

REPUBLIC DU CAMEROUN

Paix - Travail - Patrie

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

SECRETARIAT GENERAL

DIRECTION DE LA SANTE FAMILIALE



**MINISTERE DE LA
SANTE PUBLIQUE**

REPUBLIC OF CAMEROON

Peace - Work - Fatherland

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

GENERAL SECRETARIAT

DEPARTMENT OF FAMILY HEALTH

PROTOCOLES ET ALGORITHMES EN SR/PF AU CAMEROUN

MINSANTE, MARS 2017



SOMMAIRE

AVANT PROPOS2

REMERCIEMENTS4

LISTE DES ABBREVIATIONS5

PARTIE 1 : PROTOCOLE EN SANTE DE REPRODUCTION.....9

COMPOSANTE 1 : SANTE MATERNELLE, PERINATALE NEONATALE.....10

 1.1. PLANIFICATION FAMILIALE.....11

 1.2. SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE, L'ACCOUCHEMENT ET LE POST PARTUM75

 1.3 SOINS OBSTETRICAUX ET NEONATALS D'URGENCE (SONU)97

 1.4 SOINS APRES AVORTEMENT (SAA)142

 1.5 AVORTEMENT THERAPEUTIQUE.....157

 1.6 FISTULES OBSTETRIQUES164

COMPOSANTE 2 : SANTE DE LA REPRODUCTIONDES ADOLESCENT(E)S ET JEUNES166

COMPOSANTE 3 : IST / VIH / SIDA184

COMPOSANTE 4 : SERVICES COMMUNAUTAIRES DE SR213

COMPOSANTE 5 : MUTILATIONS GENITALES FEMININES / EXCISION218

COMPOSANTE 6 :PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES SEXUELLES.....222

COMPOSANTE 7 : AFFECTIONS GENITALES NON INFECTIEUSES ET LES230

COMPOSANTE 8 : COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT270

COMPOSANTE 9 : SURVEILLANCE DES DECES MATERNELS, PERINATALS ET RIPOSTE (SDMPR).....297

COMPOSANTE 10 : CONSULTATION PRESOLAIRE.....307

PARTIE 2 : ALGORITHMES DE PRISE EN CHARGE EN SRMNIA340

PARTIE 3 : FICHES TECHNIQUES.....390

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, Périnataux 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...

Cameroun

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.

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'M. Enow', written in a cursive style.

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

Cameroun

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

Cameroun

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

Cameroun

SA	Santé de l'Adolescent
SAA	Soins Après Avortement
SAT	Sérum Anti Tétanique
SC	Sous cutané
SDMPR	Surveillance des Décès Maternels, Périnataux 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 : PROTOCOLE EN SANTE DE REPRODUCTION

COMPOSANTE 1 : SANTE MATERNELLE, PERINATALE NEONATALE

1.1. PLANIFICATION FAMILIALE

Définition contraception/ espacement des naissances	Définition de la planification pour l'espacement idéal des naissances /Grossesses pour la Santé) PEIGS
<p>L'espacement des naissances est un ensemble de moyens et méthodes donnant aux couples et aux individus, le loisir d'avoir le nombre d'enfants qu'ils veulent, au moment choisi par eux, et ce avec le maximum d'informations sur les conséquences possibles de leur décision au niveau personnel et social ».</p> <p>un espacement des grossesses pour la santé (PEIGS) dure au moins 24 mois</p>	<p>La PEIGS est un concept qui détermine le temps qui doit s'écouler entre un accouchement ou un avortement et une nouvelle grossesse pour une fertilité saine. Cet intervalle est au moins de deux ans et au maximum 5 ans pour un accouchement et pour les avortements, cet intervalle correspond :</p> <p>1er trimestre= âge gestationnel</p> <p>2^{ème} trimestre = âge gestationnel + 3 mois</p> <p>3^{ème} trimestre= âge gestationnel + 6 mois</p> <p>Exemple un accouchement à 8 mois : 8 mois+ 6mois. La PEIGS est sensible parce qu'elle vise la bonne santé du couple mère enfant, apparaissant ainsi comme une intervention préventive dans le cadre d'une approche de promotion de la santé de la mère et de l'enfant.</p>

I.I Etapes de l'offre de services	1.1.1. LA CAUSERIE ÉDUCATIVE				
	Définition de la causerie éducative	Les différentes étapes de la causerie éducative			
Les étapes de l'offre de PF		1. Planification des causeries éducatives	2. Préparation de la causerie éducative	3. Déroulement de la causerie éducative	4. Evaluer la séance de causerie éducative
1. Causerie éducative 2. Counseling 3. Bilan de la cliente 4. Offre de méthode 5. application de la méthode 6. Documentation 7. Rendez-vous	La causerie éducative est une technique de communication interpersonnelle entre un individu et un groupe (15 à 20 personnes). En matière d'offre de services, elle vise à fournir l'essentiel des informations dans un langage simple et compréhensible sur l'espace	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les besoins, les cibles, les thèmes et les sites • Etablir un calendrier spécifiant les thèmes et les responsabilités • Identifier et organiser les ressources humaines, matérielles et financières 	<ul style="list-style-type: none"> • Préparer le lieu et le matériel • Installer l'auditoire (face à face)(voir document normes page...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Saluer et se présenter • Introduire le thème • Evaluer les connaissances par des questions ouvertes • Récapituler en renforçant les bonnes réponses • Développer le thème: <ul style="list-style-type: none"> - Compléter les informations - Utiliser les aides-visuelles - Bien articuler - Utiliser un langage accessible • Tester la compréhension en posant des questions aux participants; • Encourager les participants à poser des questions et à discuter entre eux • Ramener avec tact les participants qui tentent de sortir du débat 	<ul style="list-style-type: none"> • Dénombrer les Participants • Noter les principales préoccupations des participants Apprécier <ul style="list-style-type: none"> • l'organisation • Définir les étapes pour l'organisation de la prochaine séance
	des naissances et sur les méthodes de contraception moderne			<ul style="list-style-type: none"> • Evaluer les connaissances (acquises) par des questions ouvertes. • Faire la synthèse <ul style="list-style-type: none"> - Conclure en remerciant les participants 	

1.1.2 LE COUNSELLING				
Définition du counseling	Etapas du counseling			
	1. Counselling initial			
	a. Établissement du rapport	b. Exploration	c. Prise de Décision	d. Implementation de la Decision
Le counseling est un processus par lequel une personne est aidée à exprimer ses besoins ou problèmes, à identifier les solutions possibles, et à prendre une décision libre et éclairée en matière de Planification familiale	<ul style="list-style-type: none"> • Saluer la cliente, lui souhaiter chaleureusement la bienvenue • Se présenter (et présenter toute autre personne présente dans la pièce) • Se montrer respectueux • Garantir la confidentialité et l'intimité • Expliquer la nécessité de discuter des questions sensibles et personnelles • Introduire le sujet 	<ul style="list-style-type: none"> • Explorer les raisons de la visite de la cliente • Rechercher les besoins de la cliente en relation avec la visite (test VIH, PF...) • Évaluer les connaissances de la cliente et lui fournir des informations en cas de besoin • Assister la cliente dans l'évaluation des risques auxquels elle est exposée (test VIH, PF, IST, grossesse non désirée) 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier la ou les décision(s) que doit prendre la cliente • Identifier les options de chaque décision • Discuter des avantages, des inconvénients et des conséquences de chaque option • Assister la cliente dans la prise de décision • Encourager la cliente pendant la discussion: • Les encouragements se traduisent par le soutien des comportements positifs 	<ul style="list-style-type: none"> • Assister la cliente dans l'élaboration d'un plan précis et concret en vue d'implémenter la/les décision(s) • Identifier les compétences dont aura besoin la cliente pour mettre en application le plan • Aider la cliente à pratiquer ces compétences • Identifier les obstacles auxquels la cliente pourrait être confrontée dans l'implémentation du plan • Développer les stratégies pour surmonter ces obstacles • Établir un plan de suivi

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

Etapes du bilan

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

1. Interrogatoire			
Informations sur l'identité du client	anamnèse	Antécédents obstétricaux	Antécédents gynécologiques
<ul style="list-style-type: none"> • Nom et prénoms 		<ul style="list-style-type: none"> • Gestité 	<ul style="list-style-type: none"> • Age de la menarche
<ul style="list-style-type: none"> • Age • Adresse (téléphone, E-mail, quartier) • Etat matrimonial • Profession • Religion 	Antécédents personnels	<ul style="list-style-type: none"> • Parité • Age du dernier enfant • Maladie associée à la dernière grossesse • Césarienne, etc... 	<ul style="list-style-type: none"> • Troubles du cycle • Infection génitale <ul style="list-style-type: none"> - Ulcération - Leucorrhées - Douleurs pelviennes, etc... • Tumeurs génitales <ul style="list-style-type: none"> - fibrome - Cancer, etc...
Antécédents médicaux		Antécédents chirurgicaux	
<ul style="list-style-type: none"> - Cardio-vasculaires <ul style="list-style-type: none"> • HTA • Cardiopathie • Anémie • Thrombophlébite • Embolie pulmonaire, etc... - Hépatiques <ul style="list-style-type: none"> • Ictère • Hépatites • Tumeurs, etc... - Acné - Chute des cheveux - Dermatose, etc... 		<ul style="list-style-type: none"> - chirurgie pelvienne 	
		Contraception antérieure	
		- Type de méthodes utilisées	
		Informations permettant d'apprécier l'état actuel du client	
		<ul style="list-style-type: none"> - Date des dernières règles, - Régularité du cycle, - Durée et volume de règles, - Dysménorrhée 	
<ul style="list-style-type: none"> • insister sur l'évolution de la courbe pondérale 			

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

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, allaitiez-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
<p>Les étapes de l'examen sont les suivantes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Préparer le matériel • Expliquer à la cliente le processus de l'examen • Inviter la cliente à vider sa vessie pour faciliter l'examen, prendre le poids et la taille pour apprécier l'état nutritionnel (une surcharge pondérale ou perte de poids) • Aider la cliente à s'installer sur la table d'examen • Prendre la tension artérielle et le pouls • Apprécier l'état général à la recherche de varices, cicatrices pelviennes, anomalies de la pilosité, des muqueuses (anémie, ictère), de dermatoses, lésions buccales, etc... • Examiner les appareils : en fonction des résultats de l'interrogatoire : <ul style="list-style-type: none"> - cœur et vaisseaux : auscultation, à la recherche de souffle, battements irréguliers, etc... et recherche de signe de thrombo-phlébite aux membres inférieurs - Foie : volume et sensibilité à la palpation - Abdomen : masse, point douloureux, signes d'irritation péritonéale (contracture, défense, cri de l'ombilic), etc... - Aires ganglionnaires : ganglions anormaux (augmentés de volumes, sensibles, suppurés, etc...) • Informer sur les résultats de l'examen 	<ul style="list-style-type: none"> • Expliquer à la cliente l'objectif et la procédure • Examiner les seins tout en enseignant la technique de l'auto observation palpation des seins à la cliente, • Aider la cliente à se mettre en position gynécologique • Examiner les organes génitaux externes : ulcération, inflammation, lésions de grattage, malformations, pertes (leucorrhées, sang) • Poser le spéculum. • Inspecter le vagin et le col à la recherche de pertes vaginales anormales (sang, sécrétions muco-purulentes ou blanchâtres, épaisses ou verdâtres, etc...), • Faire un prélèvement vaginal et / ou cervical au besoin • Faire le test de dépistage du cancer du col : Inspection visuelle à l'acide acétique et au Lugol (VIA/VILI) • Faire le TV combiné au palper bimanuel
4. Examen des organes génitaux	5. résultats
Chez l'homme	
<ul style="list-style-type: none"> • Inspecter les organes génitaux à la recherche d'anomalie. • Palper les testicules à la recherche d'anomalie au niveau de l'épididyme; masser l'urètre pour extérioriser une sécrétion anormale. ou d'une tumeur de la prostate • Toucher rectal : à la recherche d'une inflammation ou d'une tumeur de la prostate 	<ul style="list-style-type: none"> • A la fin de l'examen clinique, il convient de synthétiser les résultats et d'en informer le client dans un langage audible. Ceci permettra au client de participer à l'appréciation de son état de santé le jour de la consultation, étape importante pour sa prise de décision et son adhésion aux traitements qui lui seront prescrits. • Cette synthèse permet la classification selon les critères d'éligibilité de l'OMS qui déterminent l'adéquation des différentes méthodes contraceptives en soupesant les risques et les avantages, sur le plan sanitaire, par rapport à des conditions

	<p>spécifiques.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sur le plan pratique, appliquer la fiche de consultation rapide qui synthétise l'ensemble des éléments du bilan décrit ci-dessus • Une condition est définie de sorte à inclure les caractéristiques biologiques de la femme telle que l'âge ou les antécédents en matière de procréation et toute condition médicale connue et préexistante, par exemple le diabète ou l'hypertension artérielle.
--	---

La présence d'une condition spécifique influençant l'admissibilité pour l'utilisation d'une méthode contraceptive se range dans l'une des quatre catégories (CRITERES DE RECEVABILITE DE LA CONTRACEPTION DE L'OMS) :	
Classe 1	Une condition pour laquelle il n'existe pas de restriction pesant sur l'emploi de la méthode contraceptive : utiliser la méthode quelle que soit les circonstances
Classe 2	Une condition pour laquelle les avantages liés à l'emploi de la méthode dépassent généralement les risques théoriques ou prouvés : utiliser généralement la méthode
Classe 3	Une condition pour laquelle les risques théoriques ou prouvés dépassent généralement les avantages liés à l'emploi de la méthode. L'emploi de la méthode n'est généralement pas recommandée à condition qu'il n'existe pas d'autres méthodes appropriées ou que celles-ci ne soient pas acceptables
Classe 4	Une condition qui représente un risque de santé inaccessible lié à l'emploi de la méthode contraceptive. La méthode ne devrait pas être utilisée.

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

Fiche de Consultation rapide pour les Critères de recevabilité médicale de l'OMS — 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 = thromboembolie 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	Immédiatement 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 TA = tension artérielle	Antécédents (TA ne pouvant pas être mesurée)				
	TA contrôlée et pouvant être mesurée				
	TA élevée (systolique 140-159 ou diastolique 90-99)				
	TA élevée (systolique ≥160 ou diastolique ≥100)				
	Pathologie vasculaire				
Thrombose veineuse profonde (TVP) et 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
	Traitement immunosuppresseur				A
Céphalées	Non migraineuses (légères ou sévères)	A	P		
	Migraines sans aura (âge < 35 ans)	A	P		
	Migraines sans aura (âge ≥ 35 ans)	A	P		
	Migraines avec aura (quel que soit l'âge)			A	P

- 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 : TVP antérieure, thrombophilie, immobilisation, transfusion lors de l'accouchement.

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 indécélabes				
	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, gonorrhée				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)				A P
	Amélioration en Stade 1 ou 2 sous TAR	Voir iii.	Voir iii.	Voir iii.	
	Aucune amélioration sous TAR				A P
Interactions médicamenteuses	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

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

II. I. Méthodes naturelles**II.I.I. Les méthodes d'auto-observation (M.A.O)**

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

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

B. Méthode du Calendrier		
1. Expliquer le mode d'utilisation de la	2. instructions	3. Suivi
<p>C'est une méthode contraceptive, permettant de déterminer les périodes fertiles à partir de calcul fait sur les cycles menstruels précédents.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La durée du cycle le plus long moins 11 • La durée du cycle le plus court moins 18 • Exemple : les 6 derniers cycles durent 28, 26, 29, 27. <ul style="list-style-type: none"> - 1er jour fertile : $26 - 18 = 8$ - Dernier jour fertile : $29 - 11 = 18$ - Dire à la femme d'éviter les rapports sexuels du 8ème au 18ème jour du cycle inclus • Expliquer que la méthode ne protège aucunement contre les IST/ SIDA 	<ul style="list-style-type: none"> • La 1ère visite de contrôle se fera 15 jours après puis une visite par mois pendant 3 mois. • Demander à l'occasion des visites si le couple est satisfait de la méthode. • Vérifier la maîtrise de la méthode par le couple à partir de la 4^{ème} visite, • Demander au couple de se présenter au besoin.

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

II.1.2. MAMA			
1. Définition	Conditions		2. Le mécanisme d'action
C'est la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée. Elle repose sur l'allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois du Post-partum.	<ul style="list-style-type: none"> • Femme dans les 6 premiers mois du post partum • Allaitement fréquent à la demande • La cliente est en aménorrhée • Pas d'apports d'aliments complémentaires. 		La succion du mamelon par le bébé stimule l'hypophyse qui produit de la prolactine entraînant un blocage de l'ovulation
3. Les avantages			4. Expliquer les inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> • Méthode de contraception très efficace si bien utilisée Taux d'efficacité à 98% si conditions suivantes sont réunies 			<ul style="list-style-type: none"> • Aucune protection contre les IST/SIDA • Contraignante (par rapport aux heures de tétées) • La courte durée d'application (6mois) • L'efficacité qui diminue si l'une des complications n'est pas remplie. L'ovulation peut se produire à tout
Sur le plan de la contraception		Sur le plan de la santé	
<ul style="list-style-type: none"> • Pas d'effets secondaires • Ne coûte rien • N'interfère pas avec les rapports sexuels 	Enfant	Mère	
	<ul style="list-style-type: none"> • Immunisation jusqu'à 6 mois • Renforce l'affection mère/enfant • Assure un meilleur développement psychomoteur • Réduit le risque infectieux. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diminue le saignement postpartum • Réduit le risque d'anémie 	

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

II.2. Méthodes hormonales

II.2.1. les contraceptifs oraux combinés			
1. définition	2. Types		3. Le mécanisme d'action
Contraceptifs oraux comprenant un œstrogène et un progestatif (E/P). Il existe: <ul style="list-style-type: none"> • Pilule normodosée (50 microgrammes d'œstrogènes) • Pilule minidosée (30 à 35 microgrammes d'œstrogènes) 	Monophasique	Toutes les 21 pilules actives contiennent la même quantité d'œstrogènes/progestatifs OE/P)	<ul style="list-style-type: none"> • Blocage de l'ovulation • Epaissement de la glaire cervicale • Altération de l'endomètre
	Biphasique	Les 21 pilules actives contiennent 2 combinaisons différentes d'OE/P (10/11)	
	Triphasique	Les 21 pilules actives contiennent 3 combinaisons différentes d'OE/P (6/5/10)	
4. Les avantages	5. Les inconvénients	6. Mode d'administration	
<ul style="list-style-type: none"> • Efficacité 98 à 99% • Effet immédiat si pris dans les 5 premiers jours du cycle • N'interfère pas avec les rapports sexuels • L'emploi peut être facilement arrêté • Les menstruations sont moins abondantes • Réduit le risque d'anémie. • Réduit les crampes menstruelles (dysménorrhées) • Peut rendre les cycles menstruels plus réguliers • Protège contre les cancers des ovaires et de l'endomètre • Diminue les maladies bénignes des seins et des kystes ovariens • Protège contre certaines causes de MIP (maladie inflammatoire du pelvis) 	<ul style="list-style-type: none"> • C'est d'un emploi quotidien et continu • L'oubli augmente les risques d'échec (CAT en cas d'oubli voir ci dessous) • Les COC peuvent entraîner des effets secondaires • Céphalées, vertiges, nausées • Spotting, aménorrhée, acné • Ils peuvent compliquer certains états pathologiques (maladies thrombo-emboliques) • La prise concomitante avec certains médicaments (anti-tuberculeux et anticonvulsivants) peut en réduire l'efficacité • Ils ne protègent aucunement contre les IST/SIDA. 	<ul style="list-style-type: none"> • La prise doit débuter entre le 1er et le 5ème jour des règles • Si la prise est faite après les 5 premiers jours du cycle : commencer les pilules à tout moment si on est raisonnablement sûr que la cliente n'est pas enceinte et utiliser une méthode de barrière ou s'abstenir pendant les premiers 7 jours • Dans le post-abortum, commencer immédiatement ou dans les 7 premiers jours • A partir de 6 mois si la femme allaite et utilise la MAMA. • A partir de 6 mois si la femme allaite et utilise la MAMA. • Après 6 semaines si la cliente allaite et n'utilise pas la MAMA. • Après 3 semaines si la cliente n'allait pas. 	

7. Instructions

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

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

Afin de déterminer si les COC sont médicalement sans danger pour la cliente, posez-lui les questions 1 à 12. Dès que la cliente répond OUI à une question, arrêtez-vous et suivez les instructions figurant après la question 12.

NON	1. Allaitiez-vous actuellement un bébé de moins de 6 mois ?	OUI
NON	2. Fumez-vous et avez-vous plus de 35 ans ?	OUI
NON	3. Vous a-t-on dit que vous avez le cancer du sein ?	OUI
NON	4. Avez-vous déjà eu une attaque cérébrale (AVC), un caillot de sang dans les jambes ou dans les poumons, ou une crise cardiaque ?	OUI
NON	5. Etes-vous sujette à des maux de tête intenses et répétés, souvent localisés d'un seul côté ou palpitant, avec des nausées et aggravés par la lumière, le bruit ou le mouvement ?	OUI
NON	6. Suivez-vous régulièrement un traitement contre la tuberculose ou les crises d'épilepsie ?	OUI
NON	7. Avez-vous accouché dans les 6 dernières semaines ?	OUI
NON	8. Souffrez-vous d'une maladie de la vésicule biliaire ou d'une grave maladie du foie ou de la jaunisse (jaunissement des yeux ou de la peau) ?	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. Avez-vous deux ou plusieurs problèmes de santé qui pourraient augmenter vos chances d'une crise cardiaque ou d'une attaque cérébrale, tels que la vieillesse, le tabagisme, l'obésité, l'hypertension artérielle ou le diabète ?	OUI
NON	12. 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 12, elle peut utiliser les COC. Passez aux questions 13 à 18.

Si la cliente répond **OUI** à l'une des questions 1 à 6, 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 7 à 12, il ne faut pas lui donner de COC sans une évaluation plus approfondie. Évaluez la cliente ou référez-la à un prestataire qualifié, et donnez-lui des préservatifs à utiliser entre-temps. Consultez les explications au verso pour des instructions supplémentaires.

Posez les questions 13 à 18 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 18.

OUI	13. Vos dernières règles ont-elles commencé au cours des 7 derniers jours ?	NON
OUI	14. Vous êtes-vous abstenue de rapports sexuels depuis vos dernières règles ou depuis que vous avez accouché ?	NON
OUI	15. Utilisez-vous une méthode contraceptive fiable de manière correcte et systématique depuis vos dernières règles ou depuis que vous avez accouché ?	NON
OUI	16. Avez-vous accouché au cours des 4 dernières semaines ?	NON
OUI	17. Avez-vous accouché il y a moins de 6 mois, allaitiez-vous exclusivement ou presque et est-il exact que vous n'avez pas eu vos règles depuis l'accouchement ?	NON
OUI	18. Avez-vous fait une fausse couche ou subi un avortement au cours des 7 derniers jours ?	NON

Si la cliente répond **OUI** à au moins une des questions 13 à 18 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 13 à 18, on ne peut pas écarter la possibilité d'une grossesse.

Écartez une grossesse par d'autres moyens. Donnez-lui des préservatifs à utiliser jusqu'à ce que la grossesse puisse être écartée.

Offrez la contraception d'urgence si chaque acte sexuel non protégé depuis les dernières règles a eu lieu au cours des 5 derniers jours.

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

8. Suivi				9. conduite à tenir devant les effets secondaires
Lors de la première consultation		Lors de la visite de suivi		<ul style="list-style-type: none"> • Voir les arbres de décisions suivantes • Spotting sous COC • Tension mammaire sous COC • Migraine sous COC • Elévation de la T.A. sous COC • Aménorrhée sous COC • Aménorrhée après arrêt COC
Pour les femmes de classe 2	Pour les femmes qui ne nécessitent pas de surveillance particulière	Demander si la cliente est satisfaite		
Donner une plaquette et fixer le rendez-vous à la fin de la 3ème semaine;	Donner 6 plaquettes et fixer le rendez-vous au début de la prise de la 6ème plaquette.	Si oui	Si non	
		Si la femme est de classe 1 ou 2, redonner 6 plaquettes.	Demander les effets secondaires et les prendre en charge.	

II.2.2. Contraceptifs à seuls progestatifs (CSP)

2.2.2.1. LES INJECTABLES	
1. Définition	2. Le mécanisme d'action
<p>Ce sont des produits contraceptifs injectables à base de progestatifs seuls. Différents types, durée d'action et mode d'administration</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dépo-provéra en IM (150mg acétate de depo medroxyprogestérone DMPA) agit pendant 3 mois 	<ul style="list-style-type: none"> • Bloquent l'ovulation • Épaississent la glaire cervicale • Atrophient l'endomètre • Ralentissent les transports des gamètes dans les trompes de Fallope
3. Les avantages	4. Les inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> • efficacité à 99% • Efficacité immédiate en moins de 24 heures après l'injection • 3 mois de protection pour le Dépo-provéra • N'interfère pas avec l'allaitement et les rapports sexuels • Ne contient pas d'œstrogène • Moins de crampes menstruelles • Protège contre l'anémie • Protège contre les cancers de l'endomètre • Protège contre les fibromes utérins • Diminuent les maladies bénignes des seins • Diminuent le risque de MIP par épaissement de la glaire cervicale 	<p>Présente des effets secondaires tels que :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aménorrhée • Spotting • Saignements • prise de poids • céphalées • diminution de la libido • Retour à la fécondité retardé • Aucune protection ne contre les infections du tractus génital (ITG) et IST/SIDA.
5. Mode d'action	
<p>Quand administrer</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'injection doit être faite entre le 1er et le 7ème jour du cycle • Si elle est faite après les 7 premiers jours du cycle : faire l'injection à tout moment si on est raisonnablement sûr que la cliente n'est pas enceinte et utiliser une méthode de barrière pendant les premiers 7 jours <p>Dans le post-partum, commencer</p> <ul style="list-style-type: none"> • A partir de 6 mois si la femme allaite et utilise la MAMA. • Après 6 semaines si la cliente allaite et n'utilise pas la MAMA. • Après 3 semaines si la cliente n'allait pas. <p>Dans le post-abortum, commencer immédiatement ou dans les 7 premiers jours.</p>	

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

Afin de déterminer si le DMPA est médicalement sans danger pour la cliente, posez-lui les questions 1 à 9. Dès que la cliente répond **OUI** à **une question**, arrêtez-vous et suivez les instructions figurant après la question 9.

NON	1. Vous a-t-on dit que vous avez le cancre du sein ?	OUI
NON	2. Avez-vous déjà eu une attaque cérébrale (AVC) 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 (jaunissement des yeux ou de la peau) ?	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 avez 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. Avez-vous plusieurs problèmes de santé qui pourraient augmenter vos chances d'une crise cardiaque ou d'une attaque cérébrale (AVC), tels que le tabagisme, l'obésité, l'hypertension artérielle ou le diabète ?	OUI
NON	9. Allaitiez-vous actuellement un bébé de moins de 6 semaines ?	OUI

Si la cliente répond **NON** à **toutes les questions 1 à 9**, elle peut recevoir le DMPA. Passez aux questions 10 à 15.

Si la cliente répond **OUI** à la **question 1**, le DMPA ne lui convient pas. Informez la cliente sur les autres méthodes disponibles ou référez-la à un prestataire qualifié.
 Si la cliente répond **OUI** à **une des questions 2 à 8**, il ne faut pas lui administrer le DMPA sans une évaluation plus approfondie. Évaluez la cliente ou référez-la à un prestataire qualifié, et donnez-lui des préservatifs à utiliser entre-temps. Consultez les explications au verso pour des instructions supplémentaires.
 Si la cliente répond **OUI** à la **question 9**, dites-lui de revenir pour l'administration du DMPA dès que possible une fois que son bébé aura 6 semaines.

Posez les questions 10 à 15 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 15.

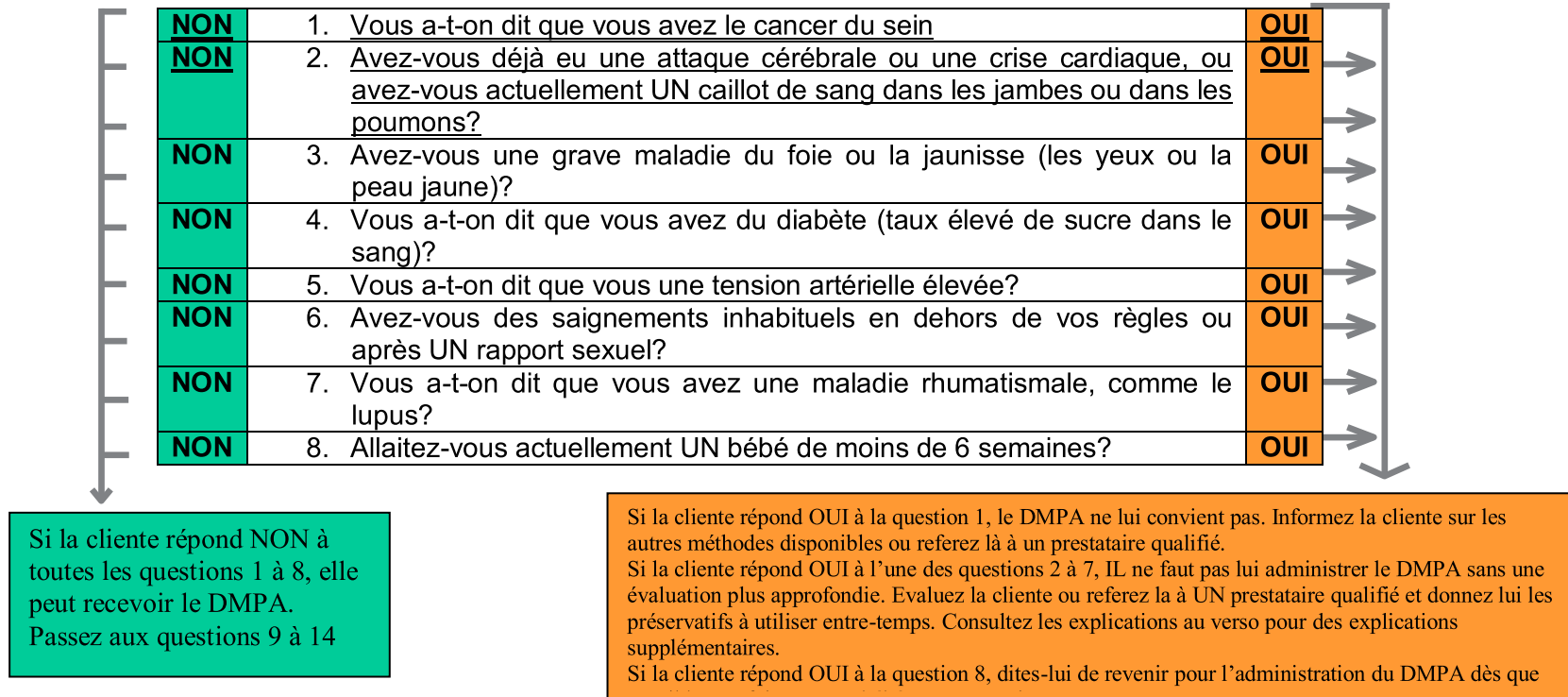
OUI	10. Vos dernières règles ont-elles commencé au cours des 7 derniers jours ?	NON
OUI	11. Vous êtes-vous abstenue de rapports sexuels depuis vos dernières règles ou depuis que vous avez accouché ?	NON
OUI	12. Utilisez-vous une méthode contraceptive fiable de manière correcte et systématique depuis vos dernières règles ou depuis que vous avez accouché ?	NON
OUI	13. Avez-vous accouché au cours des 4 dernières semaines ?	NON
OUI	14. 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	15. Avez-vous fait une fausse couche ou subi un avortement au cours des 7 derniers jours ?	NON

Si la cliente répond **OUI** à **au moins une des questions 10 à 15** 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 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 de 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 sexuelles pendant les 7 jours prochains**. Donnez-lui des préservatifs à utiliser pendant les 7 jours prochains.

Si la cliente répond **NON** à **toutes les questions 10 à 15**, on ne peut pas écarter la possibilité d'une grossesse.
 Écartez une grossesse par d'autres moyens. Donnez-lui des préservatifs à utiliser jusqu'à ce que la grossesse puisse être écartée.
 Offrez la contraception d'urgence si chaque acte sexuel non protégé depuis les dernières règles a eu lieu au cours des 5 derniers jours.

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.



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 ou 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 de 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 prochains

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

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

Nota bene

En dehors des dates habituelles	Après 4 semaines de retard
<ul style="list-style-type: none"> • L'injection peut être donnée avec 02 semaines d'avance avant la date de rendez-vous • L'injection peut être donnée avec 4 semaines de retard pour le Depo-provera sans nécessité d'utiliser une contraception 	<ul style="list-style-type: none"> • Administrer la dose de Depo-Provera si on est raisonnablement sûr que la cliente n'est pas enceinte, • Abstention, ou rapport protégé pendant 7 jours • En cas de rapport sexuel dans les cinq jours, CU plus la dose de Depo-Provera

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

Aide-mémoire pour la réinjection de DMPA

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

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

- Si elle arrive au maximum 2 semaines avant ou 4 semaines après sa date de rendez-vous, elle est dans la marge de réinjection ➡ Passez à l'Étape 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'Étape 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'Étape 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'Étape 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'Étape 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 quelle puisse se faire réinjecter.

Mois A						
1	2	3	4	5	6	7
lundi	mercredi	vendredi	samedi	dimanche	lundi	mercredi

1	2	3	4	5	6	7
lundi	mercredi	vendredi	samedi	dimanche	lundi	mercredi

1	2	3	4	5	6	7
lundi	mercredi	vendredi	samedi	dimanche	lundi	mercredi

1	2	3	4	5	6	7
lundi	mercredi	vendredi	samedi	dimanche	lundi	mercredi

= La marge de réinjection (semaines 11 à 17 pour le DMPA)
 = Le dernier jour de la marge de réinjection
 = Après la marge de réinjection, écartez l'éventualité d'une grossesse



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.

2.2.2.2. pilules à seuls progestatifs (PSP)	
1. Définition	2. Mécanisme d'action
Les PP sont des contraceptifs oraux à base de progestatifs seuls utilisés en prise continue	<ul style="list-style-type: none"> • Blocage de l'ovulation • Epaissement la glaire cervicale • Atrophie de l'endomètre empêchant la nidation
3. Les avantages	4. Les inconvénients des PSP
<ul style="list-style-type: none"> • Très efficaces (si la prise en correcte) 90-97% • Réversibilité immédiate • N'interfèrent pas avec les rapports sexuels • N'influencent pas la lactation • Diminuent le flux menstruels • Diminuent les crampes menstruelles • Protègent contre les cancers de l'endomètre • Diminuent les maladies bénignes des seins • Diminuent les risques de MIP • Pas d'effets liés aux œstrogènes 	<ul style="list-style-type: none"> • Effets secondaires : • Spotting, saignements • Aménorrhée • Tension mammaire • Nausée • Céphalées • Prise ou perte de poids • Utilisation contraignante : nécessité de respect de l'heure de prise • Risque d'oubli • Ne protège pas contre les IST/SIDA.
5. Mode d'administration	
Commencer la prise entre le 1er et le 5ème jour du cycle menstruel A tout moment si on est raisonnablement sure que la femme n'est pas enceinte	
Dans le post	
Avec	Dans le post partum
<ul style="list-style-type: none"> • Prise à partir de 6 mois si la cliente utilise la MAMA • Prise à partir de 6 semaines si la cliente n'utilise pas la MAMA • Sans allaitement immédiatement ou dans les 3 semaines 	<ul style="list-style-type: none"> • Prise immédiate ou dans les 5 jours qui suivent

Instructions	En cas d'oubli		6. Suivi
<ul style="list-style-type: none"> •Prise quotidienne ininterrompue et à la même heure : dès la fin d'une plaquette, enchaîner avec une autre •En cas de vomissements dans les 30 mm qui suivent la prise, reprendre une autre Pilule 	Si oubli de prendre une pilule	Si oubli de prendre deux pilules consécutives ou plus	<ul style="list-style-type: none"> •Visite initiale : donner 6 plaquettes •Donner rendez-vous dans un mois et demander à la cliente de revenir dès qu'un problème se pose •Si la cliente présente des problèmes ou des effets secondaires, se référer à la prise en charge des effets secondaires •Lors de toutes les visites, préciser à la cliente de revenir au centre en cas des signes d'alarmes suivants : <ul style="list-style-type: none"> - Aménorrhée de plus de 3 mois - Céphalées intenses
	Dès rappel et continuer à prendre une pilule chaque jour.	Reprendre la prise d'une pilule par jour dès rappel mais utiliser des condoms ou s'abstenir de relations sexuelles pendant 7 jours consécutifs <ul style="list-style-type: none"> •En cas de diarrhée persistante continuer la prise et renforcer par une méthode de barrière jusqu'à la fin du traitement •Continuer la prise même en l'absence de rapports sexuels •Si risque d'IST/SIDA, encourager l'utilisation du condom 	
		<ul style="list-style-type: none"> •Si désir d'arrêt, revenir au centre. 	<ul style="list-style-type: none"> - Douleurs vives au bas ventre - Troubles de la vision - Saignements très abondants.
	NB : la cliente peut utiliser les pilules progestatives même au-delà de 6 mois après l'accouchement		

2.2.2.3. LES IMPLANTS					
1. Définition	2. Durée d'action				3. Mécanisme d'action
<p>Les implants sont une méthode contraceptive</p> <p>Composée de capsules fines et flexibles ramollies de progestatifs insérées juste sous la peau à la partie interne du bras. Il peut s'agir de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 capsule d'étonogestrel (Implanon Nex) • 2 (6) capsules de Lévonorgestrel (Jadelle (Norplant)) 	Norplant		Jadelle		<ul style="list-style-type: none"> • Epaissement de la glaire cervicale • Blocage partiel de l'ovulation • Atrophie de l'endomètre
	7 ans	Si poids < 70 kg	5 ans	Si poids < 80 kg	
	5 ans	Entre 70 et 80 kg			
	4 ans	Si poids > 80 kg	4 ans	Si poids > 80 kg	
4. Les avantages		5. Les inconvénients			6. Complications
<ul style="list-style-type: none"> • Efficace (taux d'efficacité : 90 à 100%) • Réversible • N'affecte pas l'allaitement • Retour immédiat de la fécondité • Pas d'effets liés aux œstrogènes • N'interfère pas avec les rapports sexuels 		<ul style="list-style-type: none"> • Effets secondaires • Spotting • Aménorrhée • Maux de tête • Vertiges • Nausées 			<ul style="list-style-type: none"> • Sont rares • Infection du site d'insertion • retrait difficile • Expulsion de capsules
<ul style="list-style-type: none"> • Prévention de l'anémie chez certaines femmes (aménorrhée, diminution du flux menstruels) • Diminue le risque de MIP (Maladie Inflammatoire du Pelvis) • Discrète 		<ul style="list-style-type: none"> • Tension mammaire • Nervosité • Prise de poids • Petite procédure chirurgicale pour l'insertion et le retrait (Personnel formé) • Ne protège pas contre les IST/SIDA <p><i>Ces inconvénients sont plus fréquents pour le Norplant</i></p>			

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 poignets ?	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 et dehors de vos règles ou après un rapport sexuel ?	OUI
NON	6. Attendez-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. Évaluez la cliente ou référez-la à un prestataire qualifié, et donnez-lui des préconcepts 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, allaité-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 symptômes 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'implant), la cliente peut recevoir des implants immédiatement. Si ses dernières règles ont commencé il y a plus de 7 jours (5 jours pour l'implant), 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 préconcepts 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 préconcepts à utiliser entre-temps.

7. Mode d'administration: quand commencer?		
Période gynécologique	Dans le post partum	Dans le post abortum
<ul style="list-style-type: none"> • Entre le 1er et le 7ème jour des règles • A tout moment si la femme était jusqu'alors couverte par une autre méthode • A tout moment si l'on est raisonnablement sûr que la femme n'est enceinte 	<ul style="list-style-type: none"> • Si MAMA au 6è mois • Si n'allait pas : immédiatement ou dans les 3 semaines • Si allaite sans MAMA : après 6 semaines 	<ul style="list-style-type: none"> • Immédiatement ou • Dans les 7 jours qui suivent l'évacuation Utérine
Administration de la méthode		Instructions après l'insertion
<ul style="list-style-type: none"> • Préparation du matériel (matériel complet et stérile) • Préparation de la cliente : • Explication de la procédure, • Lavage du bras, • Installation • Préparation du prestataire : <ul style="list-style-type: none"> - Tenue adéquate, - Lavage des mains, - Port de gants stériles. • Insertion des capsules en respectant la technique appropriée 		<ul style="list-style-type: none"> • Eviter toute souillure. • Ne pas mouiller le pansement. • Refaire le pansement au 3ème jour et demander à la cliente de l'enlever au 5ème jour. • Peut reprendre ses activités, <ul style="list-style-type: none"> - Mais éviter de soulever des objets lourds avec le bras ayant les implants le 1er jour. • Peut reprendre les activités sexuelles (moins de 24 heures) L a zone d'insertion peut être enflammée ou un peu douloureuse • Après cicatrisation pas de soins particuliers • Son effet contraceptif se termine si la durée d'action est dépassée en fonction du poids • Peut changer de méthode à tout moment

8. Suivi		
La femme doit se présenter à la structure si elle présente les signes d'alarme suivants :		Visites de contrôle
<ul style="list-style-type: none"> • vives douleurs au bas ventre (symptôme de grossesse extra utérine) • Pus ou saignement à l'endroit de l'insertion • Expulsion des capsules • Maux de tête sévères ou trouble de la vision. 		<ul style="list-style-type: none"> • 1er contrôle à 1 mois après l'insertion • Puis tous les ans • si la femme revient pour le suivi, vérifier le degré de satisfaction • Rechercher l'existence d'effets secondaires.
Conduite à tenir devant des effets secondaires et des complications		
Effets secondaires et complications	Conduite à tenir	
Aménorrhée	Si pas de grossesse	Rassurer la patiente
	Si grossesse	<ul style="list-style-type: none"> • Retirer les implants • Expliquer que la dose de progestatif n'a pas d'effet nuisible sur le fœtus • Prendre en charge pour CPN.
	Si suspicion de GEU	• Référer
Nausées, vertiges, nervosité	Si pas de grossesse	• Rassurer la cliente
	Si grossesse confirmée	<ul style="list-style-type: none"> • Retirer les implants • Expliquer que la dose de progestatif n'a pas d'effets nuisibles sur le fœtus • Prise en charge pour CPN
Prise ou perte de poids	> 5 kg par rapport au poids initial	<ul style="list-style-type: none"> • Conseiller à la cliente de voir son régime alimentaire • De faire des exercices physiques si nécessaire
Infection au site d'insertion	Avec suppuration	<ul style="list-style-type: none"> • Retrait • Antibiothérapie adéquate • Soins locaux • Prescription d'une autre méthode ou • Insertion d'un jeu dans l'autre bras
	Sans suppuration	Soins locaux + antibiothérapie
Si au bout de 7 jours pas d'amélioration		<ul style="list-style-type: none"> • Retrait • Insertion dans l'autre bras • Autre méthode

Expulsion de capsules (manque 1 à 2)	Si pas infection	<ul style="list-style-type: none"> Retirer les capsules restantes Insérer 1 nouveau jeu
	Si infection	Retirer les capsules restantes (voir infection au site)
Saignements	Eliminer une cause organique ou une grossesse.	Donner du fer
	Si saignement peu abondant	Rassurer
	Si saignement persiste	1 cycle de COC 30 mcg
	Si saignement persiste malgré COC	<ul style="list-style-type: none"> Retrait Conseiller une autre méthode
	Si saignement abondant	<ul style="list-style-type: none"> Retrait Conseiller une autre méthode

2.3 LE DISPOSITIF INTRA –UTERIN (DIU)			
1. Définition	2. Les types de DIU	3. Durée d'action	4. Mécanismes d'action du DIU au cuivre
Le DIU (stérilet) est un petit objet que l'on insère dans la cavité utérine pour éviter une grossesse.	<ul style="list-style-type: none"> Les DIU Bio-actifs : <ul style="list-style-type: none"> Avec cuivre (Tcu-380 A) Avec un progestatif associé (Mirena) 	<p>12 à 15 ans</p> <p>3 ans</p>	<ul style="list-style-type: none"> Empêche la fécondation par: <ul style="list-style-type: none"> la réduction du nombre des spermatozoïdes et de leur mobilité L'accélération du péristaltisme tubaire et du transport de l'ovule vers la cavité utérine a un effet inflammatoire (corps étranger dans l'utérus) empêchant la nidation
5. Avantages		6. Inconvénients	
<ul style="list-style-type: none"> Efficacité 99% Discrète Réversible N'affecte pas l'allaitement Aucune interaction avec les médicaments Longue durée d'action (13 ans) pour Tcu 380 A N'interfère pas avec les rapports sexuels Peut être retiré à tout moment par un personnel formé Peu coûteux. 		<ul style="list-style-type: none"> Nécessite un personnel formé Nécessite un suivi médical L'insertion et le retrait peuvent être plus ou moins douloureux Ne protège pas contre les IST/SIDA Possibilité d'effets secondaires temporaires <ul style="list-style-type: none"> Crampes utérines modérées saignements vaginaux irréguliers ou abondants Augmentation de la dysménorrhée 	

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

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

D'abord, il faut être raisonnablement 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. Vos dernières règles ont-elles commencé au cours des 12 derniers jours ?	NON
OUI	2. Vous êtes-vous abstenue de rapports sexuels depuis vos dernières règles ou depuis que vous avez accouché ?	NON
OUI	3. Utilisez-vous une méthode contraceptive fiable de manière correcte et systématique depuis vos dernières règles ou depuis que vous avez accouché ?	NON
OUI	4. Avez-vous accouché au cours des 4 dernières semaines ?	NON
OUI	5. 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	6. Avez-vous fait une fausse couche ou subi un avortement au cours des 12 derniers jours ?	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 4, l'insertion doit être retardée jusqu'à 4 semaines après l'accouchement. Demandez à la cliente de revenir à ce moment-là.

Si elle répond **NON** à toutes les questions 1 à 6, demandez-lui si chaque acte sexuel non protégé depuis que les dernières règles a eu lieu au cours des 5 derniers jours. Si oui, elle peut être considérée pour l'insertion d'un DIU comme contraception d'urgence*, si non, la grossesse ne peut pas être écartée en utilisant la liste de contrôle. Écartez une grossesse par d'autres moyens. Donnez-lui des préservatifs à utiliser jusqu'à ce que la grossesse puisse être écartée.

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 chlamydie ou d'une gonococcie.
 Si la cliente répond **OUI** à la 2^e 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
FROM THE AMERICAN PEOPLE

* Les femmes qui sont médicalement inadmissibles pour un DIU comme méthode de contraception d'urgence devraient recevoir des pilules contraceptives d'urgence.



© 2015

9. Les instructions à la cliente

- Possibilité de crampes pelviennes dans les 3 jours après l'insertion
- Reprendre les rapports sexuels 1 semaine après
- Possibilité de saignement après la pose (1^{ère} semaine)
- vérifier les garnitures (possibilité d'expulsion plus importante surtout pendant la 1^{ère} semaine)
- Vérifier les fils 1 fois par mois après les règles
- Apprendre à la femme comment vérifier les fils :
 - Se laver les mains au savon
 - Adopter la position accroupie, debout avec un pied sur une chaise ; ou couchée
 - Introduire l'index jusqu'au fond du vagin
 - Toucher les fils sur le col sans fils
- Ne pas utiliser de tampons intra vaginaux pendant les règles
- Respecter les mesures d'hygiène.

10. Suivi

1. Donner des informations concernant le suivi

- Informer la femme sur le calendrier de suivi :
1 mois - 6 mois - tous les ans ;
- Dire à la cliente de revenir à la clinique à chaque fois qu'elle présente un des signes suivants :
 - DIU expulsé
 - fils non sentis
 - Bout en plastique du DIU senti au niveau du col
 - fils anormalement longs
 - Saignements très abondants.
- Dire à la cliente de revenir à la clinique en cas de signes d'alarme à savoir :
 - infection (pertes vaginales, douleurs pelviennes, fièvre)
 - Saignement anormal
 - Retard de règle de plus de 15 jours (TCU 380 A)
- Demander à la cliente de revenir à tout moment au besoin

2. Visite de suivi

Elle doit se faire selon le calendrier suivant :

- 1 mois après l'insertion,
 - 6 mois après,
 - Puis une fois par an
- Lors de la visite, il faut :
- Demander à la cliente si elle est satisfaite, si elle n'a pas de problèmes ou de questions concernant son DIU
 - vérifier si le DIU est en place
 - Vérifier si la cliente ne présente pas une infection
 - Dépister l'apparition d'effets secondaires et de complications
 - Pour les clientes des classes 2 et 3, le suivi sera plus rapproché et en fonction des cas.

2.4. La contraception d'urgence		
1. Définition	2. Indications	3. Méthodes
<p>La contraception d'urgence est une méthode contraceptive d'exception qui permet d'éviter la survenue d'une grossesse non désirée après un rapport sexuel non ou mal protégé. Elle peut être offerte à n'importe quel moment du cycle menstruel</p>	<p>La CU doit être utilisée dans les situations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Violence sexuelle • Rapport sexuel sans aucun moyen contraceptif • Méthode contraceptive mal utilisée : <ul style="list-style-type: none"> - Préservatif mal mis, déchiré ou non retiré à temps - Utilisation incorrecte du diaphragme - Retrait tardif du pénis lors de la méthode de retrait - Prise anarchique de pilule - Non prise de l'injection au delà de 4 semaines après la date de rendez-vous - Non respect de la période d'abstinence ou rapport sexuel non protégé durant le PEN 	<p>Méthode hormonale (PCU et pilules classiques)</p> <p>Pilule contraceptive d'urgence (PCU)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilise le Lévonorgestrel 750 µg Exemple : le Norlevo® , Duet destinées uniquement à la CU - Pilules classiques comprennent - Les pilules combinées oestro- Stédiril®, Loféménal®, Microgynon*, Adépal®) - Les pilules à progestatifs seuls (Ovrette® et Microval®, Microlut®) - Méthode mécanique - Dispositif Intra Utérin (Tcu 380A)
4. Mécanisme d'action	5. Mode d'administration	
<p>En fonction des méthodes utilisées, atrophie l'endomètre</p>	<p>La CU doit être offerte dans les 120 heures (5jours) qui suivent l'acte sexuel pour la méthode hormonale. Elle est d'autant plus efficace qu'elle est utilisée dans les suites immédiates soit 12 à 24 heures (efficacité de 95%). Elle baisse par la suite au fur et à mesure que le délai d'utilisation passe à 95% dans les 24heures, à 85% dans les 48 heures et 58% entre 48 et 72 heures).</p>	

Pour la méthode mécanique, l'administration peut se faire jusqu'au 7 ^{ème} jour		
Pilules (progestatifs seuls) Dose nécessaire - 0,750 mg de levonorgestrol par prise	Norlevo à 2 comprimés	Prendre un comprimé à renouveler 12h plus tard ou prendre 2 comprimés en prise unique
	Norlevo à 1 comprimé	Prendre 1 comprimé en prise unique
	Ovrette®	Prendre 20 cp à renouveler 12h plus tard
	Microval® Microlut®	Prendre 25 cp à renouveler 12h plus tard
Pilules Oestro-progestatives Dose nécessaire - 0,006 mg de levonogrestrol - +0,12 mg d'ethinyloestradiol par prise	Normo-dosées • Stédiril®	Prendre 2 comprimés à renouveler 12h plus tard
	Mini-dosées • Loféménal® /Microgynon • Adépal®	Prendre 4 comprimés à renouveler 12h plus tard
	Pour le DIU	L'insertion peut se faire dans les 7 jours qui suivent le rapport sexuel non ou mal protégé.
6. Avantages	7. Inconvénients	8. Efficacité
<ul style="list-style-type: none"> • Prévention des grossesses non- désirées • Méthode sûre et efficace plutôt elle est prise plus elle est efficace • Utilisable à tout moment du cycle • Limitent le recours à l'avortement • Bonne innocuité • Peut servir de méthode régulière pour le DIU 	<ul style="list-style-type: none"> • Nécessite un personnel qualifié (DIU) • La CU ne protège pas contre les IST/VIH 	<ul style="list-style-type: none"> • L'efficacité varie également en fonction des méthodes • 85% pour la CU utilisant les pilules progestatives seules • 75% pour les pilules COC • 99% pour le DIU

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

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

12. Visite de suivi

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

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

2.5. LES METHODES DE BARRIERES	Les méthodes mécaniques	Les méthodes chimiques ou spermicides
Les méthodes barrières sont des méthodes contraceptives qui empêchent la pénétration dans les spermatozoïdes dans la cavité utérine. Il existe différents types.	Bloquent l'entrée des spermatozoïdes	Inactivent ou détruisent les spermatozoïdes
	<ul style="list-style-type: none"> • Condom masculin • Condom féminin • Diaphragme • Eponge • Cape cervicale 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimés/cônes • Crèmes • Gelées • Mousses

2.5.1. LE CONDOM MASCULIN	
1. Décrire le condom en le montrant	2. Expliquer le mécanisme d'action
C'est une fine gaine en latex, plastique portée sur le pénis en érection avant le rapport sexuel	<ul style="list-style-type: none"> • Empêche le sperme d'entrer en contact avec les voies génitales féminines. • Empêche la transmission d'organismes pathogènes entre les partenaires

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

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

2.5.2 LE CONDOM FEMININ		
1. Définition	2. Expliquer le mécanisme d'action	
C'est un mince fourreau de plastique en polyuréthane mou et transparent. Il est formé de deux anneaux. L'un est fermé et doit être placé en contact avec le col utérin, l'autre est ouvert à l'extérieur devant être placé au niveau des petites lèvres.	Avant les rapports sexuels, la femme place le préservatif dans son vagin, empêchant ainsi le sperme d'entrer en contact avec les voies génitales féminines.	
3. Expliquer les avantages	4. Expliquer les inconvénients	5. Bilan
<ul style="list-style-type: none"> • Efficacité : 71-95% si employé correctement et constamment • maitrise par la femme • Protège contre les IST/VIH et les grossesses non désirées • N'exige pas d'ordonnance ni de bilan médical • Pas d'effets secondaires ; pas d'allergie • N'interfère pas avec l'allaitement maternel • Méthode d'attente ou d'appui • peut améliorer l'orgasme chez la femme • Sensation de contact naturel • Consistance plus souple • Peut être posé à l'avance jusqu'à 8 heures avant le rapport sexuel et n'interrompt pas les rapports sexuels • Peut ne pas être enlevé immédiatement après le rapport 	<ul style="list-style-type: none"> • Exige l'adhésion du partenaire • La femme doit toucher ses parties génitales • Peut faire du bruit lors des rapports 	Aucun bilan n'est nécessaire
6. Administrer la méthode	7. Suivi	
<ul style="list-style-type: none"> • Expliquer le mode de fonctionnement grâce u modèle anatomique et/ou de la fiche technique prévue à cet effet • La femme peut choisir l'une des 4 positions suivantes pour l'insertion : <ol style="list-style-type: none"> 1. Assise sur le bord d'une chaise 2. Couchée sur le dos, cuisses repliées 3. Accroupie 4. Debout avec appui d'un pied sur une chaise. • D'une main, elle pince l'anneau interne en forme de 8, de l'autre main, elle écarte les lèvres de la vulve, le condom est alors comprimé puis • introduit le plus loin possible. • Donner les instructions suivantes : 	<ul style="list-style-type: none"> • Demander si le client est satisfait • verifier la bonne utilisation du condom • Réapprovisionner 	

<ul style="list-style-type: none">• ne pas induire le lubrifiant sue le condom• Conserver le condom à l’abri de la chaleur• Utiliser un condom pour chaque rapport sexuel• Après usage, prendre toutes les dispositions utiles pour éviter la réutilisation, ne pas jeter dans les poubelles, mais enterrer ou jeter dans les W.C. et latrines• Ne pas utiliser si l’emballage est rompu• Insister sur les conditions d’achat et de conservation (éviter chaleur – stabilité 5 ans)• Disposer d’un nombre suffisant en cas de besoin• vérifier la date de péremption (5 ans à partir• Utiliser une CU en cas de mauvaise utilisation• Peut être poser 8h avant les rapports sexuels	
---	--

2.5.2. LE DIAPHRAGME	
1. Définition	2. Expliquer le mécanisme d'action
Le diaphragme a la forme d'une cupule en latex munie d'un ressort pour en renforcer le bord. La taille varie de 50 à 105 mm de diamètre. Il doit être utilisé avec un spermicide (gel, crème).	Empêche les spermatozoïdes d'arriver dans le tractus génital supérieur en faisant obstacle devant le col

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

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

N.B:

Classe 1 : Sans restriction = (indiquée)

Classe 2 : les avantages sont supérieurs aux risques

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

Classe 4 : proscrire la méthode (C.I absolues)

6. Administrer la méthode	
<p data-bbox="300 225 792 252">1. Expliquer le mode d'administration</p> <p data-bbox="235 260 1294 320">Pour être efficace, le diaphragme doit être mis en place correctement. Lorsque la méthode est acceptée, le rôle du prescripteur est de :</p> <ul data-bbox="235 363 1294 767" style="list-style-type: none"> • Déterminer la taille du diaphragme à utiliser et dont le diamètre correspond à la distance cul- de-sac vaginal postérieur, symphyse pubienne, mesurée par toucher vaginal • Placer le diaphragme choisi et vérifier qu'il est bien ajusté entre le cul de sac postérieur et la symphyse pubienne couvrant le col. Un diaphragme trop petit peut glisser et découvrir le col d'autant plus qu'il y a expansion du vagin lors de l'acte sexuel. Un diaphragme trop grand peut s'allonger verticalement et découvrir latéralement le col, il peut occasionner une dyspareunie. • Apprendre à la femme l'insertion du diaphragme : la femme commence par se laver les mains. Un produit spermicide est ensuite appliqué sur la face interne et sur le bord du diaphragme. <p data-bbox="235 775 1151 802">La femme peut choisir l'une des 4 positions suivantes pour l'insertion :</p> <ol data-bbox="235 810 748 938" style="list-style-type: none"> 1. Assise sur le bord d'une chaise 2. Couchée sur le dos, cuisses repliées 3. Accroupie 4. Debout avec appui d'un pied sur une chaise. <p data-bbox="235 946 1294 1007">D'une main, elle pince le bord du diaphragme en forme de 8, de l'autre main, elle écarte les lèvres de la vulve, le diaphragme est alors comprimé puis introduit le plus loin possible le long de la paroi postérieure. La partie antérieure du diaphragme est alors pressée derrière la saillie du pubis. En position debout l'introduction est horizontale. En position couchée, l'introduction est verticale. Un applicateur en plastique peut être utilisé pour l'insertion. Après la pose, la femme doit vérifier si le col est bien recouvert ; ensuite elle doit se lever et marcher un peu pour voir si elle ne ressent pas de gêne.</p> <p data-bbox="235 1286 1294 1412">Le retrait du diaphragme se fait en introduisant l'index derrière le bord interne qui est situé derrière le pubis. Une fois retiré, le diaphragme est lavé au savon ordinaire et éponge avec de l'eau tiède, puis essuyé et mis dans une boîte jusqu'à nouvelle utilisation</p>	<p data-bbox="1391 225 1973 252">2. Instructions pour la pose d'administration</p> <ul data-bbox="1330 260 2056 866" style="list-style-type: none"> • En cas de perte ou gain de poids supérieur à 5 kg et après accouchement ou avortement, revenir à la clinique pour réajustement • Laisser le diaphragme en place au moins 6 H après le rapport sexuel et enlever avant 24 H • Ajouter du spermicide pour chaque rapport sans retirer le diaphragme en cas de rapports successifs • Ajouter du spermicide si le rapport n'est pas fait dans l'heure qui suit l'insertion du diaphragme • retirer le diaphragme en cas de rapports successifs • Pas de toilette vaginale avant les 6 heures suivant le dernier rapport • Changer de diaphragme au bout de 2 ans • Après utilisation, laver le diaphragme à l'eau et au savon ordinaire rincer et éponger • vérifier l'étanchéité • Garder le diaphragme à l'abri de la lumière, de la chaleur et de l'humidité

7. Suivi		8. Prise en charge des effets secondaires	
La cliente est-elle satisfaite ?		Effets secondaires	Conduite à tenir
OUI	NON	Infection urinaire simple récidivante	Traiter et aider à choisir une autre méthode
Continuer après Vérification DDR	<ul style="list-style-type: none"> •Aider à choisir une autre méthode et/ou •Prise en charge des effets secondaires 	Allergie	Autre méthode
		Compression Pelvienne	Ajuster le dispositif
		Infection vaginale	Traiter, donner des conseils et au besoin changer de méthode
		Infection grave	<ul style="list-style-type: none"> •Changer et aider à choisir une autre méthode • Traiter et référer

2.5.4. LES SPERMICIDES

2.5.4.1 Counseling spécifique

1. Définir les spermicides

Les spermicides sont des produits chimiques qui sont introduits dans le vagin avant le rapport sexuel rendant inactifs les spermatozoïdes

2. Expliquer le mécanisme d'action

Action chimique : détruit la membrane cellulaire des spermatozoïdes affectant leur mouvement et leur capacité à féconder.

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

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

3. Suivi	
La cliente est-elle satisfaite	
O	NO
Verifier DDR et continuer	Aider à choisir une autre méthode de contraception, et/ou prise en charge des effets secondaires

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

II.2.3 CONTRACEPTION CHIRURGICALE VOLONTAIRE

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

Chez l'homme : vasectomie

Chez la femme : Ligature Bilatérale de Trompes (LBT)

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

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

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

N.B.

Catégorie A : Pas de restriction

Catégorie C : Faire avec plus de préparation et précautions

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

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

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

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

B. VASECTOMIE

1. Définir vasectomie	2. Expliquer le mécanisme
<ul style="list-style-type: none"> • vasectomie est une méthode irréversible et volontaire pour mettre fin à la fécondité de l'homme. 	Ligature et section des canaux déférents qui empêche les spermatozoïdes de se mêler au sperme (le sperme ne contient plus de spermatozoïdes)
3. Expliquer les avantages	4. Expliquer les inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> • 99,8% d'efficacité • Méthode irréversible • N'interfère pas avec les rapports sexuels et la fonction sexuelle (érection) • Ne nécessite pas d'approvisionnement ni de dépense supplémentaire. • Jouissance sexuelle accrue • Plus grande fréquence de l'acte sexuelle 	<ul style="list-style-type: none"> • Possibilité de regret : Méthode irréversible • efficacité retardée (après 3 mois) • Ne protège pas contre les IST/SIDA • Risque de complications liées à l'intervention. <i>(vive douleur au scrotum ou dans les testicules, saignement sous la peau, infection au site d'insertion)</i>
5. Bilan	
Eléments	Conduite à tenir
Antécédents ou diabète courant	Catégorie C
Troubles de la coagulation	Catégorie S
Cardiopathie et/ou symptômes pulmonaires	Catégorie S
Manifestations évoquant une atteinte rénale	Catégorie C
TA > 160/100 mm Hg	Catégorie S
Taux de l'hémoglobine < 9g/dl	Catégorie D
Infection de la zone scrotale ou inguinale	Catégorie D
MST courante, balanite, épидидymite ou orchite	Catégorie D
Antécédents de chirurgie ou traumatisme scrotale	Catégorie C
Infection systématique ou gastro-entérite	Catégorie D
Varicocèle énorme	Catégorie C
Filariose si inguino-scrotale	Catégorie D
Tumeur intrascrotale	Catégorie D
Hernie inguinale	Catégorie S
Testicules ectopiques	Catégorie S
Drépanocytose	Catégorie A

Cameroun

N.B.

Catégorie A : Pas de restriction

Catégorie C : Faire avec plus de préparation et précautions

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

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

6. Administration de la méthode		7. Suivi
Instruction après l'intervention <ul style="list-style-type: none"> • Porter un soutien scrotal (slip serré) pendant 2 à 3 J • Ne pas mouiller la plaie • Nécessite une méthode d'attente au moins pendant 3 mois • Eviter de soulever les charges lourdes, les travaux ou exercices pénibles pendant 3 jours • En cas de douleurs du scrotum, prendre 1 à 2 comprimés d'analgésique toutes les 4 - 6 heures • Revenir après 1 semaine pour enlever les points de suture • Revenir pour un test de sperme après 3 mois • Revenir en cas de : <ul style="list-style-type: none"> - Infection de la plaie - Tuméfaction et douleur persistante - Fièvre 		Demander au client de revenir à tout moment s'il le désire
8. Prise en charge des effets secondaires communs		
Effets secondaires	Traitement	
<ul style="list-style-type: none"> - Infection de la plaie - Hématome (scrotal) 	<ul style="list-style-type: none"> - En présence d'infection cutanée, traiter avec des antibiotiques. En cas d'abcès, drainer et traiter tel qu'indiqué. - appliquer un pansement chaud et humide à l'endroit et fournir un soutien scrotal . observer – disparaît tout seul 	

L'INFECONDITE

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

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

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

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

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

LA PREVENTION DES INFECTIONS

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

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

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

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

C. Traitement du matériel et des instruments				
1. Décontamination et Nettoyage				
1.1. Des Instruments chirurgicaux				
<ul style="list-style-type: none"> • Une bonne décontamination et un nettoyage correct sont nécessaires pour optimiser la stérilisation. • Après utilisation, placer doucement le matériel dans un seau en plastique contenant une solution chlorée à 0,05% fraîchement préparé (moins de 24 h) et laisser pendant 10 mn. • Rincer les objets à l'eau pour enlever toutes traces de sang ou liquide organique, si on ne les nettoie pas immédiatement. • Frotter les instruments doucement avec une brosse en les tenant sous l'eau savonneuse pour éviter les éclaboussures • Bien nettoyer les dents, les jointures et vis ; une vieille brosse à dents fait bien l'affaire. • Rincer à nouveau avec de l'eau propre pour éviter toute trace de détergent. • Sécher à l'air ou essuyer avec une serviette propre. Il n'est pas nécessaire de faire sécher les instruments qui vont être bouillis 				
Préparation de la solution chlorée diluée à 0,05% pour la décontamination				
Formule	% de chlore concentré	- 1	=	Nombre de parts d'eau nécessaire par part de chlore concentré
	% de chlore désiré dans la solution (0,5)			
	Marque d'eau de javel	Concentration du chlore		Comment diluer pour obtenir une solution à 0,5%
	Eau de javel La Croix – 12°	3,6%		
1° Chlorure est équivalent à environ 0,3% de chlore. Durée de décontamination: 10 minutes				
1.2. Des aiguilles et seringues		1.3. Du linge et des champs opératoires		1.4. Des surfaces (tables, sol, paillasse, matelas, chaises) souillées.
<ul style="list-style-type: none"> • Laisser l'aiguille attachée à la seringue après usage • Remplir la seringue avec une solution à 0,5% en aspirant avec l'aiguille. • Immerger tout dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes • en les plaçant horizontalement dans un plateau • Ejecter la solution chlorée de la seringue. • Si seringue à usage unique, séparer l'aiguille capuchonnée du corps de la seringue, mettre de l'aiguille dans une boîte à tranchant et jeter la seringue dans une poubelle. 		<ul style="list-style-type: none"> • Tremper le linge et les champs contaminés pendant 10 minutes dans une solution chlorée à 0,5%. • Les laver après la décontamination avec un détergent et de l'eau chaude. • Bien rincer. • faire sécher au soleil ou à la machine • les toucher pour éviter de les recontaminer • Si les champs opératoires sont séchés à l'air, les repasser lorsqu'on ne dispose pas d'autoclave 		<ul style="list-style-type: none"> • Les essuyer chaque fois avec une solution chlorée à 0,5% si elles sont souillées.

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

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

Cameroun

	<p>l'extérieur.</p> <ul style="list-style-type: none">• ne pas revenir sur les zones déjà traitées• Attendre que l'antiseptique agisse avant de commencer la procédure.		<ul style="list-style-type: none">• Brûler ou enterrer les déchets solides contaminés.• Décontaminer et nettoyer les gants et les récipients.• Enlever les gants et se laver les mains.
--	--	--	---

1.2. SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE, L'ACCOUCHEMENT ET LE POST PARTUM

1.2.1. SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE : les consultations prénatales

INTRODUCTION

1. Le but du suivi prénatal est d'aider la femme à mener sa grossesse jusqu'à terme et à accoucher dans les meilleures conditions de sécurité pour elle et son enfant.
2. Pour ce faire, la prise en charge devra assurer :
3. Le suivi de la grossesse (préventif et curatif)
4. La préparation à l'accouchement
5. La communication pour le changement de comportement (mode de vie, signes de danger de grossesse...etc.)

I. Première consultation prénatale (CPN I)	I.I Objectifs spécifiques
La CPNI est définie comme la visite prénatale ayant lieu au premier trimestre de la grossesse (jusqu'à la 14ème semaine d'aménorrhée incluse).	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostiquer la grossesse • Rechercher les pathologies associées à la grossesse et les facteurs morbides • Rechercher les signes de danger • Eduquer informer et sensibiliser la femme enceinte • Mener les activités préventives prioritaires (prévention de l'anémie, du tétanos néo natal, du paludisme et de la transmission mère-enfant du VIH, hépatite B) • Mener les activités curatives • Etablir le plan de suivi de la grossesse

I.I. Objectifs spécifiques Respecter les étapes de l'observation classique			
I.2. Etapes			
I.2.1 Accueil	I.2.2. Interrogatoire		
Il doit se faire dans un cadre adéquat et garantissant la confidentialité, la sécurité et le confort. Le prestataire devra être chaleureux, disponible et avoir une attitude d'écoute, donner des explications nécessaire et limiter le temps d'attente	1. Identification	2. Motif de consultation Les signes fonctionnels	3. La date des dernières règles (mettre dans identification
	Nom prénom, Age, Situation matrimoniale, Profession, Adresse exacte, Contact téléphonique, etc...	Début, Mode de survenue d'installation, Evolution Traitement éventuel	Demander la date des dernières règles(DDR). S'aider d'un calendrier évènementiel où sont notées les dates des évènements religieux et locaux

Objectifs spécifiques					
4. Le terme de la grossesse	5. Les antécédents obstétricaux	6. Les antécédents gynécologiques	7. Les antécédents médico-chirurgicaux	8. Les antécédents sociaux à risque	9. Les antécédents familiaux, Grossesse gémellaire, malformations
la date de l'accouchement est calculée par la règle de Nägele: - 1 ^{er} jour des règles + 7 jours) –3 mois ou - 1 ^{er} jour des règles +7 jours) + 9 mois Exemple: DDR : 12 mars Terme : 26 décembre	nombre de grossesse(s), avortements (inférieur à 22 SA) parité (à partir de 22 SA), envisager la plage 22SA-27+6jrs nombre d'enfants vivants, mort-nés (frais ou macérés), nombre d'enfants décédés et causes de décès, notion de césarienne et indication (protocole opératoire obligatoire), accouchement prématuré, hypotrophie, macrosomie, pathologies au cours 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...)	Notion de diabète, d'hypertension artérielle, de cardiopathie, signes d'appel d'une infection à VIH - (amaigrissement important supérieur à 10 % du poids habituel, - diarrhée chronique de durée supérieure à un mois, - fièvre prolongée de durée supérieure à un mois, - zona - tuberculose, - prurit généralisé, - muguet, - passé transfusionnel, - date d'une éventuelle contamination connue au VIH, - traitement ARV...) Chirurgie gynéco-obstétrique	profession de la cliente, profession du conjoint/ partenaire, statut matrimonial, notion de voyages et d'émigration, comportement sexuel à risque, toxicomanie, ...	Drépanocytose, diabète, HTA, traitement ARV cancers gynécologiques familial (sein, endomètre ovaire),

I.2.4. EXAMEN CLINIQUE topographique avec rapport topographique respectant IPPA

1. Préparer la cliente	2. se préparer	3. examen général	4. Examen obstétrical	5. Inspection	6. Palpation
expliquer le but et le processus de l'examen, lui demander de vider sa vessie	se laver les mains à l'eau et au savon et les sécher avec une serviette individuelle ou à l'air libre ; Communiquer avec la cliente durant tout le processus	Il consiste en la mesure du poids, de la taille, de la tension artérielle, l'examen des muqueuses, la recherche des œdèmes ou de varices. Il ne faut pas oublier de regarder la patiente marcher à la recherche d'une boiterie	Demander à la cliente de se dévêtir l'installer sur la table d'examen effectuer les manœuvres de Léopold	concerne les seins, l'abdomen, la vulve, l'attitude à la marche	seins et abdomen membres inférieurs
7. examen au spéculum	8. Au niveau du centre de santé intégré, du CMA, HD, HRG			9. Toucher vaginal	10. examens des autres appareils
Aspect macroscopique du col et l'existence des pertes éventuelles.	il est associé, si possible à l'Inspection visuelle à indiquer, aux tests à l'acide acétique (VIA) et au lugol (VILI) pour la recherche d'éventuelles anomalies cervicales ; l'existence de zone blanche après application de l'acide acétique et qui est iodo-négative doit conduire à une référence pour la réalisation d'une colposcopie a un niveau adapté (HD,HRG équipé)			Il permet d'apprécier : l'état du col, le volume de l'utérus, l'état des annexes,	Il est centré sur la recherche d'anomalies cliniques

I.2.5 Examens complémentaires

Les examens obligatoires	Les examens conseillés	Les examens facultatifs
<p>Groupe sanguin et rhésus Recherche d'agglutinines irrégulières si rhésus négatif ; Numération formule sanguine Test d'Emmel /électrophorèse Sérologie syphilitique (RPR/TPHA) Sérologie VIH Recherche d'albumine à la bandelette (à partir de 2 croix, demander l'albuminurie des 24h)/sucre/nitrites (multistix) Selles(KOAP), AgHBS</p>	<p>Ac HCV FCV</p>	<p>Sérologies : toxoplasmose et rubéole Glycémie à jeun Echographie pelvienne si disponible, afin de confirmer grossesse et de préciser situation, évolutivité, et âge gestationnel Les examens orientés en fonction du contexte, protéinurie des 24h, examen cyto bactériologique des urines (ECBU), prélèvement vaginal/examen bactériologique créatininémie, calcémie, protidémie, albuminémie, uricémie, transaminases, taux de prothrombine, numération CD4</p>

La PTME	En cas de sérologie négative (VIH ?)
<p>en cas de sérologie VIH positive, il faut :</p> <p>t Assurer une prise en charge promotionnelle par le prestataire en relation, si possible, avec le service social. Elle devra en particulier cibler :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les conseils hygiéno-diététiques et l'appui nutritionnel, - La promotion des rapports protégés, - La promotion du dépistage du partenaire, de la descendance, et des coépouses, -l'identification des signes d'alerte (douleur pelviennes, saignement génital,...) - Les entretiens avec le pédiatre ou la personne compétente pour discuter des modalités de prise en charge et de l'alimentation de l'enfant à naître <p>Une mise sous traitement ARV option B+</p>	<p>Sérologies : toxoplasmose et rubéole</p> <p>Il faut insister sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> La promotion des rapports protégés pour les femmes ayant des comportements à risque, La promotion du dépistage du partenaire, et des coépouses

I.2.6 Prescription	I.2.7 Mise à jour des supports, signes de danger et rendez-vous
<p>la supplémentation en fer :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 60 mg par jour et acide folique 400 µg. - Eviter autant que faire se peut l'absorption de thé, café, tabac, argile blanc. - la vaccination antitétanique en fonction du statut vaccinal - la prescription de moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action (MILDA) - les conseils hygiéno-diététiques : - repos, - alimentation variée... (insister pour les femmes maigres et les adolescentes) - expliquer l'importance de l'allaitement maternel exclusif - Recommander une sexualité à moindre risque - établir un plan d'accouchement - Choix du lieu d'accouchement avec le prestataire de soins de santé - rassembler le matériel nécessaire pour un accouchement (Garniture ou serviettes ou pagnes propres, un savon, une bouteille d'eau de javel pour la décontamination) • Identification du centre et moyen de transport à utiliser en cas d'urgence • Mobilisation des ressources financières pour le transfert et les dépenses d'urgence au moment de l'accouchement pour la mère et l'enfant • la promotion du dépistage volontaire du VIH dans le cadre de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH. <p>Ces mesures doivent être effectuées à tous les niveaux</p>	<p>Remplissage correct des registres et carnet de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explication du calendrier de surveillance - Reconnaissance des signes danger (douleurs à type de contraction, brûlures mictionnelles, leucorrhées, saignement génital,...) - Sensibilisation sur les dangers des pratiques néfastes - information sur le prochain rendez-vous. <p>NB : faire la synthèse de l'examen clinique et des examens complémentaires. Traiter ou référer.</p>

II. Les contacts du 2^{ème} trimestre

Ils sont définis comme la consultation ayant lieu au deuxième trimestre de grossesse (entre 12 et 28 semaines)

2.1 objectifs spécifiques	2.2 examen clinique	
Evaluer l'évolution de la grossesse Prendre en charge les signes de danger et les pathologies intercurrentes Assurer les mesures préventives éventuellement l'étude de la morphologie fœtale	2.2.1 Accueil	2.2.2 interrogatoire
	Il doit se faire dans les mêmes conditions que la CPN1	Il cherchera : Des plaintes éventuelles - Début - Mode de survenue d'installation - Evolution - Traitement éventuel La perception des mouvements actifs fœtaux, La confirmation de la date de dernières règles
2.2.3. examen général	2.2.4. examen obstétrical (topographique)	
Il consiste en la mesure Du poids, De la taille, De la tension artérielle, L'examen des muqueuses, La recherche des œdèmes ou de varices. Il ne faut pas oublier de regarder la patiente marcher à la recherche d'une boiterie	Inspection	<ul style="list-style-type: none"> • Les seins, • L'abdomen • Le visage • Les membres inférieurs (œdème)
	Palpation	<ul style="list-style-type: none"> • Les seins • L'utérus (souplesse, mobilité) • Les membres inférieurs
	Mesure de la hauteur utérine	
	Auscultation	Recherche de la présence des bruits du cœur fœtal
	Examen au spéculum éventuel	Recherche des anomalies cervicales
	Toucher vaginal éventuelle	Apprécie l'état du col L'existence des pertes éventuelles

2.3 examen des autres appareils	2.4. examens complémentaires
Comme la CPNI, il est centré sur la recherche d'anomalies cliniques.	Examens obligatoires : <ul style="list-style-type: none"> • Recherche d'albumine avec les bandelettes. A partir de deux croix, demander une albuminurie des 24 heures et une créatininémie. • Examens facultatifs : échographie pelvienne, si disponible, afin de préciser l'évolutivité et la morphologie fœtales. • Examens orientés : NFS si anémie clinique, test de glycémie à jeun ? , Prélèvement vaginal/examen bactériologique éventuelle

<p>2.5. prise en charge préventive Supplémentation en fer et acide folique, Vaccination antitétanique selon statut vaccinal,</p> <p>Vérification de l'utilisation de moustiquaire imprégnées et Traitement Préventif Intermittent (TPI) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consiste en l'administration de la 1^{ère} dose de Sulfadoxine Pyriméthamine cp de 500mg (S) et 25mg (P) (3 comprimés) à partir de la 16^{ème} semaine d'aménorrhée ou dès perception des mouvements actifs du fœtus par la gestante. - Cette administration doit se faire selon le principe du Traitement Direct Observé (TDO) (les comprimés sont administrés durant la consultation en présence du prestataire,) - Conseils hygiéno-diététiques, - Rétro information sur la CPN et l'évolution de la grossesse, - Counseling sur la reconnaissance des signes de danger (arrêt des mouvements du fœtus, douleurs à type de contraction, brûlures mictionnelles, leucorrhées, saignement génital,...) <p>Sensibilisation contre les pratiques néfastes Plan l'accouchement (idem CPN1) PTME</p>
--

2.5. Prise en charge préventive	
En de sérologie VIH positive,	En cas de sérologie VIH négative
<p>Il faut :</p> <ul style="list-style-type: none"> Assurer une prise en charge promotionnelle par le prestataire en relation – si possible – avec le personnel social en ciblant particulièrement : <ul style="list-style-type: none"> Les conseils hygiéno-diététiques et l'appui nutritionnel, La promotion des rapports protégés, La promotion du dépistage du partenaire, de la descendance, et des coépouses, L'identification des signes d'alerte : <ul style="list-style-type: none"> Douleurs pelviennes, Saignement génital, etc. Les entretiens avec le pédiatre ou la personne compétente pour discuter des modalités de <p>Prise en charge de l'alimentation de l'enfant à naître.</p> <ul style="list-style-type: none"> Si la femme enceinte séropositive est vue pour la première fois en CPN option B+ 	<p>Il faut insister sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> La promotion des rapports protégés, La promotion du dépistage du partenaire, et des coépouses <p>NB : - faire la synthèse de l'examen clinique et des examens complémentaires</p> <p>Traiter ou référer.</p>

III. Les contacts de 30, 32, 34 SA

Elle est définie comme la visite ayant lieu au troisième trimestre de la grossesse .28 -32SA

3.1 Objectifs spécifiques	3.2. examen clinique	
<ul style="list-style-type: none"> Evaluer l'évolution de la grossesse Rechercher les signes de danger Prendre en charge les pathologies de la grossesse Evaluer le pronostic de l'accouchement Préciser la présentation 	3.2.1. accueil	3.2.2. interrogatoire
	Idem T1, T2	Idem T1, T2

3.2.3 examen général	3.2.4 examen obstétrical		3.2.5. examen des autres appareils
Idem T1, T2	Inspection	Les seins L'abdomen Les membres inférieurs	Idem T1, T2
	Palpation	- Manœuvre de Léopold Souplesse, - Présence de ballotement fœtal et - La position du fœtus Les membres inférieurs Mesure de la hauteur utérine	
	Auscultation	Recherche la présence de bruits du cœur fœtal	
	Toucher vaginal si nécessaire	Apprécie l'état du col, L'état du segment inférieur, Le type de présentation L'existence de pertes génitales éventuelles (blanches ou sanglante	
Cet examen sera orienté vers la recherche de pathologie du troisième trimestre	Syndrome vasculo-rénaux, Placenta prævia, etc. Le diagnostic de la présentation		

3.3. examen complémentaires		
Examens obligatoires	Examens facultatifs	Examens orientés
Faire sérologie HIV <ul style="list-style-type: none"> • Recherche d'albumine avec les bandelettes. (A partir de deux croix, demander une albuminurie des 24 heures) • Rechercher une Maladie Rénale Chronique par les bandelettes urinaires multifonction et le dosage de la créatinémie 	Echographie pelvienne afin de préciser <ul style="list-style-type: none"> - L'évolutivité - La trophicité fœtale - La situation du placenta - La position du fœtus 	NFS si anémie clinique Prélèvement vaginal/examen bactériologique
3.4. prise en charge préventive et promotionnelle		
Prise en charge préventive, idem CPN2 avec :		
TPI : L'administration de la 2 ^{ème} dose de Sulfadoxine Pyriméthamine cp de 500mg (S) et 25mg (P) (3 comprimés) à partir de la 28 ^{ème} semaine d'aménorrhée et toujours en TDO avec utilisation de MILDA		
PTME : Si la femme enceinte séropositive est vue pour la première fois en CPN au-delà de 14 SA, il faudra faire <ul style="list-style-type: none"> - Le bilan - démarrer la trithérapie aussitôt après préparation (éducation thérapeutique) 		
Etablissement avec la femme d'un plan d'accouchement t Choix du lieu d'accouchement avec le prestataire de soins de santé Rassembler le matériel nécessaire pour un accouchement <ul style="list-style-type: none"> - pagnes propres ou serviette et garniture - Un savon - Une bouteille d'eau de javel pour la décontamination 		
<ul style="list-style-type: none"> • Identification du centre et moyen de transport à utiliser en cas d'urgence, • Prévoir les ressources financières pour le transport et les dépenses d'urgence et au moment de l'accouchement pour la mère et l'enfant • Prévoir des donneur de sang • Voir qui est le preneur de décision • Pour les cas sociaux, référer au service social • Orientation vers le lieu d'accouchement 		
NB : - Faire la synthèse de l'examen clinique et des examens complémentaires <ul style="list-style-type: none"> - Traiter ou référer 		

Cameroun

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

La consultation doit avoir lieu au site de l'accouchement

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

4.2.1 Accueil	4.2.2 Interrogatoire	4.2.3 Examen général	4.2.4 examen obstétrical (topographique)	
Idem CPN1 à 3	Idem CPN1 à 3	Idem CPN1 à 3	Inspection	Les seins L'abdomen Les membres inférieurs Le visage
			Palpation	Les seins et l'utérus - Manœuvre de Léopold, estimation de poids fœtal Souplesse - La position du fœtus Les membres inférieurs. Mesure de la hauteur utérine
			Auscultation	Recherche la présence de bruits du cœur fœtal
			Examen au spéculum	Recherche des anomalies cervico-vaginales
			Toucher vaginal	Apprécie L'état du col L'état du segment inférieur Le type de présentation L'existence de pertes génitales éventuelles (blanches ou sanglantes) score de Bishop éventuel
			Pelvimétrie clinique	Recherche du promontoire avec calcul du diamètre RP), lignes innominées, concavité du sacrum ; angle sous pubiens, pédale coccygienne diamètre bi

4.3 examen somatique des autres appareils	4.4. examens complémentaires	
Idem CPN 1 à 3	Examens obligatoires	RPR/TPHA si test négatif au 2 ^{ème} trimestre Recherche d'albumine avec les bandelettes. sans hypertension artérielle ni protéinurie) Vérifier la sérologie VIH éventuellement, bilan de coagulation au besoin
	Examens facultatifs	<ul style="list-style-type: none"> Echographie obstétricale, si disponible, afin de préciser le score biophysique de Manning, cordon l'évolutivité et
	Examens orientés	NFS si anémie clinique Prélèvement vaginal/examen bactériologique

4.5. Prise en charge préventive
<p>Idem CPN 1, 2&3 avec Etablissement avec la femme d'un plan d'accouchement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Choix du lieu d'accouchement avec le prestataire de soins de santé - Matériels nécessaires pour l'accouchement idem CPN 3 <p>Identification du centre et moyens de transport à utiliser en cas d'urgence Prévoir les ressources financières pour le transport et les dépenses d'urgence au moment de l'accouchement pour la mère et l'enfant Identification du centre et moyen de transport à utiliser en cas d'urgence PTME Si la femme enceinte séropositive est vue pour la première fois en CPN, il faudra faire le bilan et démarrer la trithérapie aussitôt après préparation (éducation thérapeutique) NB :- faire la synthèse de l'examen clinique et des examens complémentaires/Traiter ou référer si échappé</p>

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

1. Définition	2. contre-indications générales à la tocolyse	3. les tocolytiques de première intention
C'est l'apparition de contractions utérines Avec des modifications cervicales au cours d'une grossesse entre 22 et 34 SA exclus	Souffrance fœtale aiguë RPM Chorioamniotite Métrorragies inexplicables ?	Les inhibiteurs calciques, Les bêta-mimétiques (salbutamol)

1. Les tocolytiques de première intention

1.1. Tocolytiques aux inhibiteurs calciques (Nifédipine ou Nifedipine)	1.1.1. Contre-indications	1.1.2 Modalités du traitement (il existe 2 protocoles que l'on choisit selon les cas)	
On conseille d'utiliser préférentiellement les inhibiteurs calciques en cas de diabète, de grossesse multiple et de les éviter en cas d'hypertension artérielle ou d'hypotension inférieure à 9/5 ou métrorragies sur preavia	Hypertension artérielle et hypotension artérielle maternelle (PA < 9/5) Association avec le sulfate de magnésie Défaillance cardiaque notamment secondaire aux bêtamimétiques Pré-éclampsie Antécédent d'ischémie myocardique	Protocole d'attaque	Protocole d'entretien
		Nifedipine sublingual : 10 mg Répété 15 minutes plus tard si persistance des CU (et TA stable), maximum 40 mg en 1 heure puis arrêt. Surveillance de la tension artérielle pendant 2 heures par 15 min. Si hypotension maternelle (PA systolique < 9) : Ephédrine 2 à 3 cc IVD de l'ampoule diluée prête à être utilisé	Nifedipine LP 20 mg par 6 heures puis par 8 heures. Surveillance TA 30 min après la prise Transaminases 1x par semaine Effets indésirables : céphalées, rash cutané L'échec des inhibiteurs calciques autorise les bêta- mimétiques dans les 2 heures qui suivent la dernière prise.

1.2 Tocolyse aux B-mimétiques

1.2.1. contre-indications aux B-mimétiques	1.2.2. modalités du traitement	
Troubles du rythme cardiaque et cardiopathies Intolérance aux β -mimétiques (tachycardie, OAP) Diabète pré-existant ou gestationnel	Traitement d'attaque	Traitement d'entretien
	Débit initial : 15ml/h(1.5mg/h ou 25gamma/mn) Dose maximale : 34 ml/h (tenir compte de notre contexte avec absence de pousse seringue°	Après 48 heures de tocolyse IV, le relais est fait par Salbumol cp 2cp/3 H puis 2cp/4H 2. Corticothérapie anténatale
	Surveillance	Bétaméthasone
	Immédiate : pouls maternel doit rester \leq 120 puls/min ;arreter , 25 mg de tenormine peuvent être donnés per os en cas de tachycardie J2 : contrôle de la kaliémie.	1 cure = 12 mg soit 3 ampoules de celestène Faire 2 cures à 24h d'intervalle

1.1. Prévention

Communauté	Contre-indication au transport	Interventions efficaces
Conseiller aux femmes, tôt dans la grossesse, d'être attentives aux signes et symptômes du travail pré terme imminent, lesquels incluent : des contractions, une perte de liquide vaginal, un saignement vaginal, un changement au l'accompagnement lors du transport, conditions du niveau de la pression pelvienne, douleur sourde au dos ou écoulement vaginal	Situation clinique de la patiente instable, monitoring foetal non rassurant, accouchement imminent, non disponibilité de personnel qualifié pour l'accompagnement lors du transport, conditions du voyage dangereuses NB : Le prestataire devra épuiser tous les moyens à sa disposition pour rendre le devenir du malade agréable	Dépistage et traitement de la bactériurie asymptomatique Dépistage et traitement de la vaginose bactérienne chez les femmes qui ont eu un accouchement prématuré antérieur - RPM - Bébé de faible poids à la naissance) Tocolyse avec les inhibiteurs calciques Corticothérapie anténatale

SURVEILLANCE DE L'ACCOUCHEMENT

Le travail comprend trois stades :

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

1. Diagnostic de la phase du travail

Symptômes et signes	Stade	Phase
Col non effacé Non dilaté	Faux travail/travail	
Dilatation du col de 0 à 3 cm	Premier stade	Phase latente
Dilatation du col 4 cm et plus Rythme de dilatation de 1cm/h au moins Début de descente fœtale	Premier stade	Phase active
Dilatation complète (10cm) Poursuite de la descente fœtale Pas de forte envie de pousser	Deuxième stade	Phase initiale
Dilatation complète (10 cm) engagement	Deuxième stade	Phase finale ou expulsive

1.1 Au premier stade

1.1.1. Accueil			
Il doit se faire dans un cadre adéquat garantissant :	La confidentialité La sécurité Le confort	Evaluer rapidement l'état général de la femme - Pouls - Tension artérielle - Respiration - Température	Devant les signes d'urgence (cf tableau) ou d'état de choc : - Prendre immédiatement en charge selon les protocoles en l'absence de signes de danger ou d'urgence - Procéder au respect du concept de l'accouchement humanisé
Le prestataire devra être :	Chaleureux, Disponible Avoir une attitude d'écoute D'empathie		
Il doit donner :	Des explications nécessaires sur le déroulement de l'accouchement Éviter le temps d'attente		
Le prestataire peut :	Accepter la présence d'un accompagnant choisi par la cliente éventuellement dans des salles adaptées		

1.1.2. L'interrogatoire (organiser selon étape classique de l'observation)

1.1.2. L'interrogatoire			
Identification	Histoire du travail	Antécédents	
Nom prénom, Age, Situation matrimoniale, Profession, Adresse exacte, Contacts téléphoniques, etc.	Contractions : - Début Perte des eaux : - Début - Couleur Perte de sang : - Début - Quantité Mouvements actifs du fœtus Préoccupation de la cliente	Si ce n'est pas sa première grossesse, demander à la cliente : - Combien de fois elle a été enceinte - Combien de fois elle a accouché - Nombre d'avortements - Si elle a subi une ou des césariennes, - Une extraction aux forceps - A la ventouse obstétricale ou - Si elle a eu une autre complication, comme une hémorragie du postpartum ; - Si elle a eu une déchirure périnéale du troisième degré	Examen du carnet de santé à la recherche de : Facteurs morbides et signes de danger pendant la grossesse Date prévue de l'accouchement Déterminer s'il s'agit d'un accouchement prématuré Plan d'accouchement Statut : - GSRH - Syphilis - Vaccination antitétanique - Taux d'hémoglobine - HIV - Hépatite B et C - Choix d'allaitement En l'absence de carnet de santé, poser des questions sur les éléments ci-dessus
1.1.3. L'examen de la cliente			
Se laver les mains au savon avant et après chaque examen			
Inspection	Palpation	Auscultation	Toucher vaginal
Une cicatrice de césarienne ; Un anneau de rétraction dans la partie basse de l'abdomen (s'il y en a un, vider la vessie, B12 et observer à nouveau). Observer la réaction de la patiente aux contractions et les mentionner dans le dossier (détresse, efforts de poussée, gémissement)	La fréquence et la durée des contractions S'il y a une contraction ininterrompue La position du fœtus, longitudinale ou transverse La présentation, tête, siège, autre S'il y a plus d'un fœtus	Écouter le cœur fœtal : compter le nombre de battements cardiaques en une minute Signes de danger si le rythme inférieur à 110 ou supérieur à 160	Installer la cliente jambes fléchies et écartées Pratiquer l'examen vaginal avec précaution (ne pas commencer pendant une contraction) L'examen au spéculum doit toujours précéder le toucher vaginal s'il y a un saignement ou s'il y en a eu un, à quelque moment que ce soit, au-delà de 7 mois de grossesse.

1.1.4. Surveillance du travail					
Apporter un soutien psychologique durant le processus					
Communication	Hygiène	Mobilité	Urines	Alimentation	Respiration
	L'encourager à se laver, à prendre un bain ou une douche au début du travail Désinfecter la région vulvo-périnéale avant chaque examen Se laver les mains au savon avant et après chaque examen Veiller à la propreté des locaux prévus pour l'accouchement Nettoyer immédiatement toute projection ou tout écoulement de liquide	L'encourager à se déplacer librement L'encourager à adopter la position qu'elle voudra pendant le travail et l'accouchement	L'encourager à vider sa vessie régulièrement	L'encourager à boire et à manger à sa convenance	Lui enseigner les techniques respiratoires pour le travail et l'accouchement. L'encourager à expirer plus lentement qu'à l'accoutumée et à se détendre à chaque expiration

1.2.Pendant la phase active du travail	2. La courbe s'incline vers la droite et s'écarte de la ligne d'alerte	3. La courbe atteint la ligne d'action
(Premier stade et début 2 ^{ème} stade)	(zone de vigilance)	Prendre en charge selon les niveaux
Le prestataire note régulièrement sur le partogramme: Les contractions utérines : fréquence et intensité Les bruits du cœur fœtal : fréquence (norme entre 110 et 160 battements par minute) et régularité La dilatation du col L'état de la poche des eaux L'aspect du liquide amniotique La variété de la présentation et le niveau de la	Il faudra alors rechercher un obstacle mécanique - Disproportion fœto-pelvien - Bassin rétréci - Gros fœtus - Hydrocéphalie - Présence d'une tumeur en position prævia - Kyste de l'ovaire Une anomalie de la présentation - Siège - Transversale)	

1.2. Pendant la phase active du travail	2. La courbe s'incline vers la droite et s'écarte de la ligne d'alerte	3. La courbe atteint la ligne d'action
<p>présentation</p> <p>Les constantes (température, TA et pouls)</p> <p>L'appréciation de l'évolution du travail jusqu'à l'accouchement grâce à la courbe</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les éventuelles anomalies au cours du travail - Le partogramme permettra de prendre des décisions appropriées : - La courbe suit la ligne d'alerte ou reste à gauche de celle-ci - La dilatation progresse normalement à une vitesse de 1 cm ou plus par heure. Il s'agit d'un travail normal 	<p>Une inertie utérine :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contractions trop rares - Trop peu intenses <p>Si toutes les conditions obstétricales sont bonnes, rompre artificiellement les membranes.</p> <p>Surveiller tous les ¼ d'heure :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les BDC - La couleur du liquide amniotique à la recherche d'une souffrance fœtale. <p>Au moindre doute sur les conditions obstétricales ou en cas d'apparition d'une souffrance fœtale : prendre en charge selon les niveaux</p>	

1.3 Pendant la phase d'expulsion	1.4 au 3 ^{ème} stade du travail
(2 ^{ème} stade)	
<p>Dégagement du fœtus</p> <p>Diriger les efforts expulsifs</p> <p>Aider au dégagement de la tête en contrôlant le périnée</p> <p>Faire une épisiotomie si nécessaire (surtout chez les parturientes excisées)</p> <p>Attendre le mouvement de restitution</p> <p>Procéder au dégagement des épaules</p> <p>Poser l'enfant sur le ventre de sa mère</p> <p>Clamper tardivement et sectionner le cordon</p> <p>Installer le bébé sur la poitrine de sa mère, peau à peau</p> <p>Essuyer le bébé avec un linge propre</p> <p>L'envelopper avec un linge doux et sec puis dans une couverture et veiller à ce que sa tête soit bien couverte pour éviter qu'il ne se refroidisse</p> <p>Palper l'abdomen pour écarter l'éventualité de la présence d'un deuxième enfant et poursuivre en prenant activement en charge le troisième stade du travail</p> <p>Féliciter la mère et lui annoncer le sexe du bébé si possible</p>	<p>Procéder à la Délivrance Active</p> <p>Vérifier l'absence d'un second fœtus</p> <p>Injection d'utérotonique 10 UI de syntocinon</p> <p>Clampage tardif du cordon ombilical (2 à 3 minutes) (voir chapitre SPNN)</p> <p>Traction contrôlée du cordon et contre pression simultanée sur l'utérus</p> <p>Massage utérin</p> <p>Surveillance toutes les quinze minutes pendant 2 heures</p> <p>A noter :</p> <p>Examiner soigneusement le placenta et les membranes</p> <p>Examiner le périnée et réparer une éventuelle épisiotomie ou déchirure des parties molles</p> <p>pour garder son efficacité, l'ocytocine doit toujours être conservée dans une chambre froide à une température comprise entre 2 et 15 °c (au frais).</p>

Cameroun

Soins essentiels du nouveau-né (SPNN)	La mise au sein précoce dans la demi-heure, Le maintien de la température, Les soins du cordon ombilical, et Les soins des yeux, Administration de la vitamine K orale systématique chez tout nouveau-né La réanimation des nouveau-nés qui ne respirent pas à la naissance, Les soins complémentaires pour les nourrissons de faible poids (supplémentation en fer 2mg/kg à J 42) voir chapitre SPNN
---------------------------------------	--

SURVEILLANCE DU POST PARTUM

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

Classification	Période
Post partum immédiat	1-2h suivant l'accouchement
Post partum précoce	2h-48h 48 heures après l'accouchement jusu'au 8 ^{ème} jour
Post partum tardif	2jr jour au 42 ^{ème} jour après l'accouchement

Tenant compte de cette classification le calendrier des consultations post-natales	Période
La première visite ou CPON 1	J6
CPON 2	6J
La troisième visite ou CPoN3	J à J42

1^{ère} consultation post natale ou CPoN 1 (adapter à la CPON de 6 jrs)

Mère	Nouveau-né
Rechercher les situations d'urgence (saignement, convulsions, fièvre, HTA) L'encourager à ne rien mettre dans le vagin Surveiller la montée laiteuse, les mollets, l'involution utérine, la diurèse et les lochies Rechercher une perte urinaire anormale	Soins essentiels et préventifs continus aux nouveau-nés, Allaitement maternel exclusif Maintien de la température Soins du cordon ombilical Vaccinations Détection des signes de danger et référence

Donner des conseils sur : - La nutrition - la planification familiale - L'allaitement maternel exclusif - La vaccination - La surveillance nutritionnelle et pondérale de l'enfant (SNP) Conseil pour utilisation de MILDA Conseil ou suivi PF Conseiller le dépistage VIH et Hépatite B (si non fait)	Application continue des activités de prévention de transmission de la mère à l'enfant (PTME), incluant : - La prophylaxie ARV - L'encadrement du choix du mode d'alimentation Les conseils sur la PF (triple protection) - dépistage et prise en charge des autres membres de la famille - L'accompagnement psychosocial Physiothérapie du post partum - Dépistage et PEC des autres membres de la famille.
--	---

2. 2^{ème} consultation post natale ou CPoN 2

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

L'interrogatoire	Examen	Prescription/activités promotionnelles
Demander à la femme - La date d'accouchement - Les plaintes - Douleurs - fièvre - Saignements S'enquérir des problèmes - Urinaires - Digestifs - Mammaires Demander à la femme si elle a choisi une méthode contraceptive S'enquérir de l'état psychologique voire psychiatrique	Prendre les constantes - Température - Tension artérielle Rechercher les autres signes de danger Rechercher les oedèmes Examiner - Les muqueuses - Les seins - Les mollets Apprécier l'involution utérine Examiner la vulve et le périnée - cicatrice éventuelle - Ecoulement - Quantité - Odeur des lochies	Informer sur - Les signes de danger - Les signes d'urgence MILDA Vaccination antitétanique Fer SNP ? Prophylaxie ARV si indiqué Conseil ou suivi PF Hygiène nutrition Physiothérapie dun post partum

Cameroun

3. 3^{ème} consultation post natale ou CPoN 3

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

L'interrogatoire	Examen	Examens complémentaires selon le contexte	Prescription/activités promotionnelles	MILDA (réorganiser)
Retour de couches Qualité de la continence urinaire et anale Problèmes liés aux rapports sexuels éventuels Qualité de l'allaitement et problèmes mammaires Etat psychologique	Tension artérielle et poids Examen minutieux des seins Examen abdominal : qualité de la sangle abdominale et de la cicatrice en cas de césarienne Examen vulvopérinéal : qualité de la sangle abdominale et de la cicatrice en cas de césarienne Examen au spéculum : sécrétions cervicovaginales, aspect du col. Réaliser l'IVA/ IVL ou un frottis cervicovaginal. t Toucher vaginal: trophicité du vagin, tonicité des releveurs de l'anūs, aspect du col utérin	ECBU Bilan vasculo-rénal et consultation néphrologique Hyperglycémie provoquée par voie orale	Traitement si nécessaire VAT selon le calendrier	Conseil sur la PF suivi du service selon le choix Conseil sur l'allaitement maternel exclusif, l'alimentation de la mère Evaluation clinico-biologique en cas de séroposivité au VIH Rappel du calendrier vaccinal

NB : Femme tuberculeuse qui allaite

Une femme allaitante qui présente une tuberculose doit recevoir un traitement antituberculeux complet tout en continuant à allaiter son bébé.

Tous les antituberculeux sont compatibles avec l'allaitement et les femmes qui prennent peuvent continuer sans risque d'allaiter leur enfant. La mère et l'enfant doivent rester ensemble et le nourrisson doit continuer à se nourrir au sein de la manière habituelle.

Cependant, les concentrations d'antituberculeux dans le lait maternel sont insuffisantes pour prévenir ou traiter la tuberculose chez le nourrisson. Celui-ci doit recevoir une chimio prophylaxie par isoniazide pendant 6 mois.(protocole le plus en vue dans le bénéfice materno foetal)

1.3 SOINS OBSTETRIKAUX ET NEONATALS D'URGENCE (SONU)

SONU 1 : CONDUITE À TENIR DEVANT LES INFECTIONS DE LA GROSSESSE, DU POSTPARTUM ET DU POST ABORTUM

1. DEFINITION

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

2. DIAGNOSTIC ET CONDUITE A TENIR PAR NIVEAU

2.1. CHORIOAMNIOTITE

Situation	Diagnostic	Prise en charge
<ul style="list-style-type: none"> • Fièvre dépassant 38,5°C, pouls accéléré sans altération de l'état général • Douleur abdominale basse • Lochies fétides, parfois hémorragiques • Utérus gros, mou, sensible et douloureux • Col ramolli, largement ouvert • Culs de sac libres et indolores Utérus sensible et douloureux • Ecoulement spontané et continu de liquide amniotique fétide, parfois purulent. <p>Rechercher toujours une notion de rupture prématurée des membranes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Chorioamniotite (Infection du chorion et de l'amnios pendant la grossesse) 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier, référer et accompagner • Organiser le transport
		<ul style="list-style-type: none"> • faire le moins de toucher vaginal possible • Amoxicilline : 2g IM • Paracétamol per os : 1g • Référer en accompagnant la patiente
		<ul style="list-style-type: none"> • faire le moins de toucher vaginal possible • voie veineuse avec ringer lactate • Ampicilline : <ul style="list-style-type: none"> - 2g IV toutes les 6 heures pendant 3 jours - Relais par voie orale pendant 7 jours • Gentamycine 160 mg IM/j pendant 5 jours • Métronidazole 500mg en perfusion toute les 8 heures • Accoucher la patiente si l'expulsion est imminente et qu'il n'existe pas de dystocie • Arrêter traitement après accouchement par voie basse • Transférer un hôpital de catégorie 3 ou 2 sous perfusion et antibiotiques si : <ul style="list-style-type: none"> - Fièvre supérieure à 38° malgré les antibiotiques - Il existe des signes de gravité - Dystocie • Hospitaliser et perfuser • Maintenir l'antibiothérapie • Hâter l'évacuation utérine : <ul style="list-style-type: none"> - Déclencher le travail ou activer le travail - Césariser

2.2. ENDOMETRITE DU POST PARTUM

Situation	Diagnostic	Prise en charge	
<ul style="list-style-type: none"> • Fièvre supérieur à 38,5° , pouls accéléré sans altération de l'état général • Douleur abdominale basse • Lochies fétides, parfois hémorragiques • Utérus gros, mou, sensible et douloureux • Col ramolli, plus ou moins ouvert • Culs de sac libres et indolores 	<ul style="list-style-type: none"> • Endométrite aiguë du post partum (Infection de l'utérus qui survient entre le 4ème et le 8ème jour dans les suites de couches) 	<ul style="list-style-type: none"> • identifier, référer et accompagner • Organiser le transport 	
		• Ampicilline	• 2 g IM
		• Métronidazole cp	• 500mg (2 cp de 250mg)
		• Paracétamol	• 1g per os
		• Ocytocine	• 10 U en IM (pas de méthylergométrine)
		• Transférer	• Vers hôpital de catégories 3 ou 2
		• Perfuser	• Voie veineuse avec ringer lactate
		• Ampicilline	• 2g IV toutes les 8h
		• Gentamycine	• 160mg par jour en IM
		• Métronidazole :	• 500 mg en perfusion toutes les 8h
		• Antipyrétique en perfusion	• (paracétamol 1g /8h) jusqu'à apyrexie
		• Echographie (si disponible):	• Rechercher une rétention placentaire pour évacuer l'utérus par une aspiration
		• Evacuer l'utérus par aspiration	• Si échographie non disponible
		• Ocytocine en perfusion:	• 10UI dans 500 cc x 2/j
		• Relais par voie orale 48h après l'apyrexie et pendant 10 jours :	• Ampicilline 2g/j • Métronidazole 500 mg x 3/jour
• Référer (Si persistance symptomatologie ou complication)	• un hôpital de catégories 3 ou 2		
		<ul style="list-style-type: none"> • Idem avec Prélèvement de lochies • Echographie puis évacuation utérine si indiqué • Antibiothérapie adaptée • Ocytocine en perfusion 	

NB : vérifier fonction rénale avant l'utilisation des aminosides type Gentamycine

2.3. ENDOMETRITE AIGUE DU POST ABORTUM

Situation	Diagnostic	Prise en charge	
<ul style="list-style-type: none"> • Contexte de tentative d'interruption de grossesse • Température supérieure à 38,5°C, frissons et pouls accéléré • altération de l'état général • Douleur pelviennes • Pertes malodorantes • métrorragies • Utérus sensibles et parfois lésions traumatiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Endométrite aiguë du post post abortum (Infection de l'utérus qui survient après un avortement septique) 	<ul style="list-style-type: none"> • identifier, référer et accompagner • Organiser le transport 	
		• Ampicilline	• 2 g IM
		• Métronidazole cp	• 500mg (2 cp de 250mg)
		• Paracetamol	• 1g per os
		• Ocytocine	• 10 U en IM (pas de methylergométrine)
		• Transférer	• un hôpital de catégories 3 ou 2
		• Perfuser	• VV AVEC Ringer lactate ?
		• Ampicilline	• 2g IV toutes les 8h
		• Gentamycine	• 160mg par jour en IM
		• Métronidazole :	• 500 mg en perfusion toutes les 8h
		• Antipyrétique en perfusion	• (paracétamol 1g /8h) jusqu'à apyrexie
		• Echographie (si disponible):	• Rechercher une rétention ovulaire pour évacuer l'utérus par une aspiration manuelle intra utérine
		• Ocytocine en perfusion:	• 10UI dans 500 cc x 2/j
		• Vaccination antitétanique	• Si indiquée
		• Sérum anti D	• Femme rhésus négatif
		• Relais par voie orale 48h après l'apyrexie et pendant 10 jours :	• Ampicilline 2g/j
			• Métronidazole 500 mg x 3/ jour
• Counseling pour la contraception			
• Référer (Si persistance symptomatologie ou complication)	• un hôpital de catégorie (1 ou 2		
		<ul style="list-style-type: none"> • Perfuser sérum glucosé 5% • Prélèvement de pertes • Echographie puis évacuation utérine si indiqué • Antibiothérapie adaptée • Ocytocine • Réanimation • Traitement chirurgical 	

SONU 2 : PRISE EN CHARGE DU TRAVAIL DYSTOCIQUE

1. DEFINITION

Il s'agit d'une anomalie du travail :	Dystocie mécanique : Dystocie dynamique
Dystocie mécanique <ul style="list-style-type: none"> • Dystocie osseuse • Dystocie fœtale • Dystocie de présentation 	<ul style="list-style-type: none"> • Dystocie de dilatation : • dystocie de la phase active • Dystocie d'expulsion

1.1. CONDUITE GENERALE Elle obéit à 3 principes

Principe 1	Principe 2	Principe 3
<ul style="list-style-type: none"> • Etablir un partogramme 	<ul style="list-style-type: none"> • Rechercher les 3 types d'obstruction évidente telle qu': <ul style="list-style-type: none"> - Un bassin rétréci, - Une disproportion fœto-pelvienne, - Une présentation dystocique - Transférer : <ul style="list-style-type: none"> • hôpital de référence (catégorie 4 hôpital de District) • hôpital (catégorie 2) 	Réguler la prise en charge en fonction de l'évolution : <ul style="list-style-type: none"> • Accoucher par voie basse si tous les paramètres sont normaux • Transférer au niveau supérieur le plus proche pour césarienne si dystocie.

2. CONDUITE SPECIFIQUE

2.1. DYSTOCIE DYNAMIQUE

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

NB : Importance de l'attitude par rapport a la ligne d'alerte et la ligne d'action

2.2 DYSTOCIE MECANIQUE DEFINITION : Inadéquation foeto pelvienne

Situation	Diagnostic	Prise en charge
<ul style="list-style-type: none"> • les contractions utérines de bonne qualité sont inefficaces • Dilatation et présentation ne progressent pas • Pelvimétrie clinique anormale • Lignes innominées suivies au-delà des deux tiers antérieurs • Promontoire atteint avec une promonto rétro- pubien compris entre 8,5 et 10,5cm • Epines sciatiques très saillantes • Bi ischiatique inférieur à 9 cm (le point) 	Dystocie osseuse (bassin rétréci : <ul style="list-style-type: none"> • Bassin limite • Bassin malformé) 	<ul style="list-style-type: none"> • Référer vers le centre de santé adapté
		<ul style="list-style-type: none"> • Référer vers l'hôpital • Césariser tout bassin chirurgical • faire une EPREUVE DE TRAVAIL devant un bassin limite
<ul style="list-style-type: none"> • Hauteur utérine excessive avec débord de la tête fœtale au dessus du pubis • Dilatation trainante • « Dystocie des épaules » au cours de l'expulsion 	Dystocie par macrosomie fœtale	<ul style="list-style-type: none"> • Dépister les femmes à risque de macrosomie fœtale; • Transférer la femme vers le centre de référence • Dépister les femmes à risque de macrosomie fœtale ; • Transférer la femme au niveau hospitalier • Césariser toute macrosomie excessive :sup 4500grs • Gérer la dystocie des épaules : • Ne jamais tirer sur la tête fœtale ; • Ne pas faire d'expressions utérines ; • Demander de l'aide ; • Installer la femme sur un plan dur les fesses débordant la table ; • demander à l'aide de pousser fermement les genoux fléchis de la patiente vers sa poitrine; • Essayer de dégager les épaules sans forcer en sollicitant de votre aide une pression sus pubienne ; • Si l'épaule n'est toujours pas dégagée : • Introduire une main dans le vagin • saisir l'humérus du bras postérieur, et tout en maintenant fléchi au niveau du coude, le ramener vers soi en le faisant glisser le long de l'abdomen, ce qui laisse à l'épaule antérieure la place nécessaire pour pivoter sous la symphyse pubienne.
<ul style="list-style-type: none"> • Débord à la palpation de la tête fœtale par 	Dystocie par	<ul style="list-style-type: none"> • Transférer à un hôpital de catégorie 2 ou 1 toute

Situation	Diagnostic	Prise en charge
rapport au détroit supérieur <ul style="list-style-type: none"> Echographie : importance de l'hydrocéphalie 	hydrocéphalie	suspicion de fœtus malformé et surtout d'hydrocéphalie
		<ul style="list-style-type: none"> Transférer au niveau hospitalier toute suspicion de fœtus malformé et surtout d'hydrocéphalie
		<ul style="list-style-type: none"> Césariser si : Hydrocéphalie mineur et proposer une dérivation ventriculaire ;
		<ul style="list-style-type: none"> Obstétricien non expérimenté pour pratiquer une craniotomie.
<ul style="list-style-type: none"> Echographie 	Dystocie sur tumeur fœtale	<ul style="list-style-type: none"> Transférer à un hôpital de catégories 2 ou 1
		<ul style="list-style-type: none"> Transférer en milieu hospitalier
		<ul style="list-style-type: none"> Césariser si déformation volumineuse ; Proscrire l'embryotomie si technique non maîtrisée (risque maternel).

Dystocie mécanique par malposition ou mal présentation

Situation	Diagnostic	Prise en charge
<ul style="list-style-type: none"> Utérus étalé transversalement ; Excavation vide ; Toucher vaginal : palper épaule et grill costal ; Si poche des eaux rompues: c'est une épaule négligée 	Si mode d'accouchement non fait a 36 SA	<ul style="list-style-type: none"> Référez au centre de Niveau 2
		<ul style="list-style-type: none"> Référez au niveau hospitalier
		Pendant la grossesse <ul style="list-style-type: none"> Faire une version par manœuvre par version externe à 36 semaines Césariser si échec à 38 semaines. Si contre-indication : faire une césarienne Pendant l'accouchement Dilatation complète et poche des eaux intacte: rompre et tenter version par manœuvre interne et grande extraction du siège (en dehors des contre- indications habituelles, obstétricien expérimenté et bloc opératoire fonctionnel avec anesthésiste sur place). Présentation transverse sur deuxième jumeau : faire une version par manœuvre interne, suivi d'une grande extraction du siège Césariser dans tous les autres cas: maturité fœtale acquise (âge gestationnel au delà de 37 semaines), épaule négligée si échec
<ul style="list-style-type: none"> Présentation longitudinale ; face fixée au détroit supérieur 	Présentation de la face	<ul style="list-style-type: none"> Référez un hôpital de catégorie 3 ou 2
		<ul style="list-style-type: none"> Accoucher par voie basse: la face en mento-antérieure et à progression normale

Cameroun

<ul style="list-style-type: none"> • Toucher vaginal : retrouver le menton et jamais la fontanelle antérieure. Il faut préciser sa variété (antérieure ou postérieure). 		<ul style="list-style-type: none"> • Transférer à l'hôpital le plus proche • Césariser: la face en mento-postérieur, ou mento-antérieure avec dystocie et ou souffrance fœtale ; • Accoucher par voie basse: la face en mento-antérieure et à progression normale
<ul style="list-style-type: none"> • Présentation longitudinale céphalique • Occiput et petite fontanelle triangulaire en arrière • présentation de front persistant 	<p>Sommet légèrement défléchi</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Transférer vers un hôpital de catégorie 3 ou 2 si présentation non engagée, dystocie de progression ou souffrance fœtale. • Terminer l'accouchement par voie basse si tête engagée et progression normale. • L'épisiotomie doit être large pour le dégagement en occipito-sacré (risques de déchirures graves du périnée) • Idem • Césariser: si dystocie de progression ou d'engagement ou souffrance fœtale. • Accoucher par voie basse: si conditions obstétricales favorables, placer une perfusion d'ocytociques et extraire • la tête par une ventouse

SONU 3: PREECLAMPSIE/ECLAMPSIE

Définition	Situation	Diagnostic
<p>Pré éclampsie : Tension artérielle (TA) élevée au cours de la grossesse (TA diastolique ≥ 90 mm de Hg avec ou sans TA systolique ≥ 140 mm de Hg) associée à une protéinurie</p> <p>Éclampsie : apparition de crises convulsives tonico-cloniques survenant dans un contexte de preeclampsia, d'un coma post-critique ou d'un trouble de la conscience</p>	Apparition à partir de la 20 ^{ème} chez une gestante présentant une HTA, et une protéinurie	HTA(TAS ≥ 160 mmhg et ou TAD ≥ 110 mmg Céphalées Œdèmes Douleur épigastrique Crises d'éclampsie

Prise en charge

Que faire PE

légère ? Mesures

générales

CSI : référer vers un hôpital de catégorie 5 ou 4

CMA (un hôpital de catégorie 5)

A	B	C	D	E	F
<ul style="list-style-type: none"> Assurer la liberté des voies aériennes supérieures (si troubles de la conscience ou convulsion) Canule de Mayo Aspiration buccale/trachéo-bronchique Position : décubitus latéral gauche, tête en extension Oxygéniser si disponible (extracteur d'oxygène) Placer une sonde vésicale (diurèse horaire) 	<ul style="list-style-type: none"> Voie veineuse (≥ 18 G) Placer un sérum salé ou Ringer lactate 500 à 1000 ml 	<ul style="list-style-type: none"> Prévenir et traiter l'éclampsie Sulfate de magnésie (++) : Dose de charge 4 g en IV lente de 5 min puis 10 gr intramusculaire (5g dans chaque fesse) Anticonvulsivants d'action rapide au moment des crises (à répéter si nécessaire) Diazépam : 2,5 à 5 mg dilués dans 10cc en IV Midazolam : 1 à 2 mg en IV 	<ul style="list-style-type: none"> Traiter l'Hypertension Artérielle Nicardipine adapter protocoles existant (exple 4amp ds 200 cc de SG5%) 	<ul style="list-style-type: none"> Surveillance Conscience Fréquence respiratoire (FR >16 C/min) Tension Artérielle Diurèse horaire Reflexes rotulien E-Accélérer le travail 	<ul style="list-style-type: none"> Référer la patiente Vers une structure avec bloc chirurgical femme non en travail (en cas d'éclampsie, l'accouchement doit avoir lieu dans un délai de 12h) Oligo-anurie (diurèse inférieure à 30 ml/h) Trouble de la coagulation Ictère HTA persistante Trouble de la conscience persistante

NB : Assurer le nursing complet (salle d'hospitalisation adapté)

Hôpital de district (catégorie 4)
Prise en charge identique (mesures générales) Corriger l'hypo volémie Lutter contre la vasoconstriction (antihypertenseur) Inhibiteur calcique (Loxen) Bêta bloquant (Trandate) Prévenir et traiter la crise d'éclampsie MgSO ₄ > benzodiazépine Accouchement par voie ou césarienne en fonction du bishop et du délai à l'accouchement la grossesse Déclenchement Césarienne Prendre en charge les complications Crises à répétition (s assurer de la stabilité du malade par l anesthésiste) 4 à 6 h ?assurer la fonction renale(multidisciplinarité) Trouble profond de la conscience (coma) OAP Défaillance organique Coagulopathie

SONU 4 : CONDUITE À TENIR DEVANT LES HÉMORRAGIES DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DU POSTPARTUM

I. Principes

I. principes	2. Reconnaître un état de choc hémorragique	3. Mesures générales	
		Centre de santé intégré	Hôpital
<p>Devant tout saignement anormal (quantité ou durée), il faut : Mettre rapidement en condition la patiente selon les mesures universelles ;</p> <p>Rechercher rapidement la cause de l'hémorragie, la traiter ;</p> <p>Transférer la patiente ou le nouveau-né, chaque fois que leur état est grave et demande des capacités humaines ou Techniques en dehors de celles de la structure d'accueil</p>	<p>Pâleur cutanée, soif vive et muqueuses sèches, sueur profuse</p> <p>froides des extrémités, asthénie et angoisse</p> <p>pouls rapide et filant, tension artérielle basse</p> <p>Hypotension sévère</p> <p>Agitation, obnubilation et confusion voire perte de connaissance</p> <p>Polynée (supérieure à 24/mn)</p> <p>Tachycardie (supérieure à 110 Pulsations/min) pouls filant</p> <p>Oligurie-anurie (inférieure à 30 l/h)</p>	<p>Mettre en position la patiente : Membres inférieurs surélevés ;</p> <p>Tête basse ;</p> <p>Sur le côté gauche ou à défaut avec un billot (champ enroulé) sous la fesse droite,</p> <p>Si elle est en fin de grossesse</p> <p>Prendre deux bonnes voies veineuses : avec de (gauge 16 ou 18), courtes et bien fixées</p> <p>Oxygénation si disponible</p> <p>Remplir avec les cristalloïdes (ringer lactate, sérum salé) et les macromolécules en fonction de l'état de la patiente et des pertes sanguines (annexe).</p> <p>Assurer une hémostase temporaire par des moyens physiques : Tamponnement de lésions des voies génitales accessibles qui saignent</p> <p>Compression utérine bimanuelle (externe puis interne)</p> <p>Compression de l'aorte trans-abdominale</p> <p>Préhension du col déchiré par des pinces</p> <p>Hémostase mécanique des</p>	<p>Idem avec Bilan biologique (GSRh, NFS, Créatininémie, crase sanguine) ou en fonction de l'étiologie</p> <p>Transfuser si les pertes sanguines sont supérieures à 1500 cc (volume pour volume), en plus du remplissage vasculaire :</p> <p>Utiliser du sang total frais chaque fois que possible.</p> <p>Utiliser des médicaments :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'adrénaline, si la tension artérielle est basse: 1 mg dans 500 cc de sérum salé à 30 gouttes/minute ; spécifiques (ocytociques pour l'atonie utérine par exemple) autres utérotonique. <p>Traiter simultanément la cause de l'hémorragie: si elle relève d'un traitement chirurgical (lésions génitales, rupture utérine, placenta praevia...)</p> <p>Surveiller le traitement sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'état de conscience ; - La fréquence respiratoire;

1. principes	2. Reconnaître un état de choc hémorragique	3. Mesures générales	
		Centre de santé intégré	Hôpital
		hémorragies du segment inférieur (placenta bas inséré) Transférer toute patiente présentant : - Une hémorragie grave (plus de 1500 cc) ; - Un ou plusieurs signes d'alarme ou de choc ; - Un état altéré ou aggravé avec le temps.	sup 24 /min - L'état circulatoire (tension artérielle, pouls, coloration téguments, pales...) ; inf 90 /60 - La diurèse horaire (sonde vésicale).inf 30 ml /h Dans les suites d'hémorragie grave: rechercher et traiter ou transférer les complications sévères de l'hémorragie du post partum (l'insuffisance rénale aigue, l'œdème aigu du poumon, les troubles de la coagulation et les autres complications ischémiques (cœur, hypophyse...))
NB/ ne pas attendre la chute de la tension artérielle pour commencer à agir (indicateur tardif et mauvais de volémie maternelle) La diminution de la diurèse et l'accélération du pouls reflète bien et mieux l'hypovolémie			

4. Reconnaître les causes	5. Conduite à tenir devant une hémorragie de la première partie de la grossesse
En début de grossesse : traumatisme génital, avortement spontané ou provoqué, grossesse extra-utérine, môle hydatiforme En fin de grossesse ou pendant le travail : décollement placentaire, placenta praevia, rupture utérine. Dans le post-partum : atonie utérine, rétention du placenta, lésion parties molles et de l'utérus.	Avortement simple Avortement septique Avortement molaire Grossesse extra-utérine

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

6.1 Avortement simple

Situation	Diagnostic	Prise en charge
<p>Hémorragies génitales, souvent continues, après un retard des règles (préciser la date des dernières règles et l'abondance des saignements)</p> <p>Douleurs pelviennes sous forme de crampes utérines rythmées</p> <p>Au spéculum: une hémorragie qui vient de la cavité utérine</p> <p>Au toucher vaginal :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un utérus mou gravide correspondant à l'âge de la grossesse ; - Un col fermé, parfois perméable à la pulpe du doigt; - Des culs de sacs libres et non douloureux. 	Menace d'avortement	<p>Identifier, référer et accompagner</p> <p>Organiser le transport</p>
		<p>Repos au lit et antispasmodiques (voie orale ou rectale);</p> <p>Progestérone naturelle par voie vaginale pour la grossesse jeune (inférieure à 10 semaines) facultatif et</p> <p>Per os au-delà, si la grossesse est évolutive et qu'il existe une insuffisance lutéale</p>
		<p>Idem</p> <p>L'échographie abdominale (si elle est disponible et si l'état de la femme le permet) précise l'état de la grossesse et oriente le diagnostic. Sérum anti D si RH négatif.</p>
		Idem
<p>Une hémorragie plus importante avec caillots.</p> <p>Des crampes utérines plus intenses et plus rapprochées.</p> <p>Au toucher vaginal : un col ouvert avec parfois des débris ovulaires sentis au doigtier.</p>	Avortement inévitable	<p>Identifier, référer et accompagner</p> <p>Organiser le transport</p>
		Avant 12 SA
		<p>S'abstenir, si le saignement est modéré et l'expulsion complète et spontanée ;</p> <p>Si col ouvert faire le curage</p> <p>Si col non perméable au doigt, effacé transférer au centre de santé le plus proche après mise en condition (en fonction de l'état clinique)</p> <p>Misoprostol : donner une dose unique de 600 µg (3 cp) per os</p>
		Au-delà de 12SA
		<p>Mettre en condition la patiente et la transférer immédiatement au centre de santé ou Hôpital</p> <p>t Sérum anti D si RH négatif</p>
		Avant 12SA
<p>Pratiquer une aspiration manuelle intra-utérine (protocole SAA) ou Misoprostol : donner une dose unique de 600 µg (3 cp) per os</p>		

Cameroun

		Au-delà de 12SA
		Placer une perfusion d'ocytocine (10 unités internationales d'ocytocine dans 500 cc de sérum salé, au débit de 20 à 30 gouttes/mn) jusqu'à l'expulsion; S'il persiste une hémorragie sur rétention placentaire (utérus gros, mou, mal involué), compléter par un curage digital ou AMIU Examiner le produit de conception Ocytocine et antibiotique Sérum anti D si RH négatif
		Idem

6.2 Avortement molaire

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

6.3. GROSSESSE EXTRA-UTERINE

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

7. Conduite à tenir devant une hémorragie de fin de grossesse

7.1. Placenta prævia

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

7.2. Décollement prématuré du placenta normalement inséré

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

7.3. Rupture utérine

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

CONDUITE A TENIR DEVANT UNE HEMORRAGIE DU POST-PARTUM

7.1 RETENTION PLACENTAIRE

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

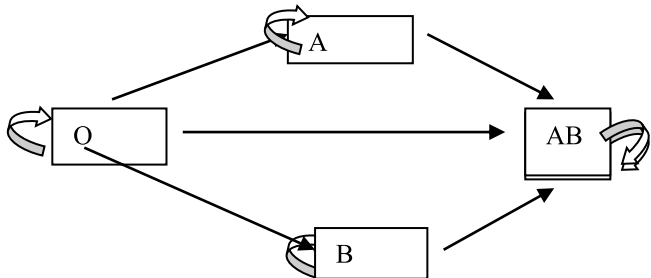
7.2 INERTIE UTERINE

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

7.3 SAIGNEMENT CERVICO-VAGINAUX

Situation	Diagnostic	Prise en charge
<ul style="list-style-type: none"> • Patiente qui saigne et qui a un bon globe de sécurité et dont le placenta est complet à l'examen • Examen sous valve identifie des lésions cervico- vaginales 	<ul style="list-style-type: none"> • Lésions cervico- vaginales 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier, référer et accompagner • Organiser le transport (accouchement inopiné) • Eliminer rapidement les autres causes d'hémorragie (examen sous valves et révision utérine) • Suturer les lésions vaginales simples • Tamponner le vagin avec des compresses, des mèches ou des petits champs • Transférer sous perfusion d'ocytocique en maintenant le massage de l'utérus.
		<p data-bbox="1070 596 1144 624">Idem</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suturer les lésions vaginales et cervicales après s'être assuré de la vacuité utérine • Mettre en condition et transférer en urgence vers l'hôpital le plus proche : si l'hémorragie est importante ou accompagne une inertie utérine, ou si les lésions cervico-vaginales sont complexes. Suturer les lésions ou pratiquer une hystérectomie pour arrêter l'hémorragie: l'indication est fonction des lésions constituées (hautes ou basses)

7.4 TRANSFUSION SANGUINE

<p>Définition</p>	<p>Injection dans la circulation sanguine d'un sujet, de l'un des constituants du sang</p>
<p>Examens biologiques pré-transfusionnels</p>	<p>Chez la receveuse :</p> <ul style="list-style-type: none"> Obligatoire : Groupage sanguin ABO-Rh Cross-Match Facultatif : Sérologie VIH Serologie hépatite B et C <p>Chez le donneur :</p> <ul style="list-style-type: none"> Obligatoire : Groupage sanguin ABO-Rh Cross-Match Sérologie VIH : un test sensible (DETERMINE ou UNIGOLD) + un test spécifique (Shanghai ou oraquick) Serologie hépatite B et C Serologie TPHA/VDRL
<p>Règles de transfusion</p>	<p>La transfusion sanguine doit être isogroupe (ABO) isorhésus A défaut les règles de compatibilité doivent être respectées :</p>  <pre> graph TD O[O] --> O O --> A[A] O --> B[B] O --> AB[AB] A --> A A --> AB B --> B B --> AB AB --> AB </pre> <p>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</p>

Réalisation de la transfusion	<ul style="list-style-type: none"> • 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 identités, des groupes sanguins et Rh, Cross-match
Surveillance transfusionnelle	<ul style="list-style-type: none"> • 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, diarrhées, bouffées de chaleur, pâleur, saignements au point d'injection
Prise en charge des accidents	<ul style="list-style-type: none"> • Arrêt immédiat de la transfusion • Voie veineuse • Corticothérapie, anti histaminique pour réactions allergiques • Diurétique 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. PATHOLOGIES DES SUITES DE COUCHES CHEZ LA MERE

<ul style="list-style-type: none"> Le Paludisme <ul style="list-style-type: none"> - Température élevée (38°5) - Céphalées, frisson - Courbatures - Goutte épaisse 	<ul style="list-style-type: none"> Identifier, référer et accompagner Organiser le transport <hr/> <ul style="list-style-type: none"> TDR Conditionner et référer <hr/> <ul style="list-style-type: none"> Quinine administrée par voie intraveineuse 25 mg/kg/jour de quinine base répartis en deux ou trois perfusions par jour dans du sérum glucosé à 10% ou 5% à défaut La durée de la perfusion est de 4 heures <ul style="list-style-type: none"> - Les deux perfusions sont espacées de 10 à 12 heures si on fait deux perfusions par jour et - Une perfusion de 4 heures toutes les 8 heures si on fait trois perfusions par jour. <p>La durée du traitement par la quinine va de 5 à 7 jours. Cependant si l'évolution est favorable après trois jours de traitement, il est recommandé de faire le relais par la voie orale avec ACT conformément au traitement du paludisme simple</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> Idem
<ul style="list-style-type: none"> Les Thrombophlébites Puerpérales <ul style="list-style-type: none"> - Mollet douloureux, tendu, luisant, chaud - Douleur à la dorsiflexion du pied - Température élevée - Pouls accéléré 	<ul style="list-style-type: none"> Référer <hr/> <ul style="list-style-type: none"> Héparine de bas poids moléculaire à dose curative Repos au lit avec membre surélevé pendant 72h Référer si pas d'amélioration au bout de 72h <hr/> <ul style="list-style-type: none"> Héparine de bas poids moléculaire à dose curative Repos au lit avec membre surélevé pendant 72h Recherche de complications Surveillance biologique Echodoppler
<ul style="list-style-type: none"> L'abcès 	<ul style="list-style-type: none"> Antibiothérapie : <ul style="list-style-type: none"> - Pénicilline M (cloxacine) : 50 mg/kg/j ou - 250 mg d'Erythromycine per os, 3 fois par jour Référer <hr/> <ul style="list-style-type: none"> Antibiothérapie : <ul style="list-style-type: none"> - Pénicilline M (cloxacine) : 50 mg/kg/j ou - 250 mg d'Erythromycine per os, 3 fois par jour Référer <hr/> <ul style="list-style-type: none"> Antibiothérapie : <ul style="list-style-type: none"> - Pénicilline M (cloxacine) : 50 mg/kg/j ou - 250 mg d'Erythromycine per os, 3 fois par jour

	<ul style="list-style-type: none"> • Incision / drainage
<ul style="list-style-type: none"> • L'engorgement mammaire Seins chauds, pleins et lourds - Apparence brillante et tendue 	<ul style="list-style-type: none"> • Position du bébé (prise correcte du sein) • Allaitement à la demande • compresses froides entre les tétées • Application d'un tissu chaud sur l'aréole juste avant les tétées • Exprimer un peu de lait avant les tétées • Exprimer du lait entre les tétées • Paracétamol 500mg x 3 par jours si nécessaire
	<ul style="list-style-type: none"> • Idem
	<ul style="list-style-type: none"> • Idem
<ul style="list-style-type: none"> • La Mastite - Fièvre - Tuméfaction/ placard douloureux, - Rouge et chaud 	<ul style="list-style-type: none"> • Continuer l'allaitement • Bandage ou soutien-gorge • Compresse froide sur les seins entre les tétées • Exprimer à la main le lait du sein affecté après chaque tétée • Antibiothérapie : - Pénicilline M (cloxacine) : 50 mg/kg/j ou - 250 mg d'Erythromycine per os, 3 fois par jour • Incision / pansement
	<ul style="list-style-type: none"> • Idem
	<ul style="list-style-type: none"> • Idem
L'Anémie	<ul style="list-style-type: none"> • Anémie modérée
- Anémie sévère :	- Donner 120 mg de fer et 400 µg d'acide folique par jour pendant 6 mois
- Hémoglobine < 7 g/dl et/ou	associé à de la vitamine C.
- Pâleur importante des paumes et muqueuses ou	- si absence d'amélioration au bout d'un mois, référer pour exploration :
	NFS, fer sérique au minimum
- Toute pâleur des muqueuses avec signes	Anémie sévère : REFERER
d'intolérance : dyspnée, fatigabilité	<ul style="list-style-type: none"> • Anémie sévère : - Transfusion - Exploration
<ul style="list-style-type: none"> • Anémie modérée - Hémoglobine entre 7 et 11 g/dl ou - Pâleur des paumes et des muqueuses 	<ul style="list-style-type: none"> • Idem

<ul style="list-style-type: none"> • L'HTA • PA systolique \geq 140 mmHg et/ou • PA diastolique \geq 90 mmHg • - En position assise • - Brassard adapté • - Technique adéquate à 2 consultations successives espacées d'une semaine • L'hypertension artérielle est considérée comme : <ul style="list-style-type: none"> • Modérée si 140/90 \leq PA < 160/100 mmHg • Sévère si PA $>$ 160/100 mmHg 	<ul style="list-style-type: none"> • HTA modérée : • Alphaméthylidopa : - 750 mg à 2000 mg par jour. <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • HTA modérée : • Alphaméthylidopa : <ul style="list-style-type: none"> - 750 mg à 2000 mg par jour, si échec - Nicardipine : 40 à 100 mg par jour ou - Nifedipine LP 20 mg: 1-2 cp/jour • HTA sévère • Hospitalisation • Nicardipine en IV : <ul style="list-style-type: none"> - 2 ml en IV directe puis 1 à 2 ml par heure en perfusion continue dans du sérum glucosé <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Idem + exploration
--	---

INSUFFISANCE RENALE ET GROSSESSE

1. Définition	2. causes	3. signes
<p>Diminution brutale du débit de filtration glomérulaire entraînant rétention azotée et perturbations hydro électrolytiques. Elle peut être fonctionnelle ou organique. Elle peut être anurique ou à diurèse conservée.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vomissements gravidiques • Hémorragies de la délivrance • Pré éclampsie • Hémolyse aigue • Infections sévères • Avortements compliqués 	<p>Signes de la maladie causale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oligurie (diurèse < 500 ml/24 heures; 20 ml/heure) ou • Anurie : absence de diurèse ou diurèse < 300 ml/24 heures • La diurèse peut être conservée • Elévation de la créatininémie, ou ascension récente (25% de la valeur de base au moins) • Evolue en 3 phases : Pré anurique; anurique, de reprise de diurèse
4. Complications	5. Prise en charge	
<p>Inflation hydrique (œdèmes périphériques, œdème aigu des poumons, œdème cérébral)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Troubles électrolytiques • Infections. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prévention chez les sujets à risque <ul style="list-style-type: none"> - Surveiller la diurèse par heure - Traiter précocement la cause • Phase pré anurique : remplissage adapté et adéquat si nécessaire • Curative • Phase anurique : restriction hydrique <ul style="list-style-type: none"> - Régime pauvre en sel et en potassium • Relance de la diurèse avec du furosémide, 500mg à 1000mg/j • Si échec référer <ul style="list-style-type: none"> - Traiter la cause - Traiter les complications • Phase de reprise de diurèse : <ul style="list-style-type: none"> - Compensation adéquate des sorties • Référer • Traiter les complications 	

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

MALADIE RENALE CHRONIQUE ET GROSSESSE

1. La maladie rénale chronique	
Elle se définit comme la présence d'un marqueur d'atteinte rénale, biologique et / ou morphologique depuis au moins 3 mois ; qu'il y ait ou non une altération de la fonction rénale (insuffisance rénale)	<p>La clairance de la créatinine peut être calculée par certaines formules dont celle de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cockcroft Gault $[(140 - \text{âge en année}) \times \text{poids en kg} / 7,2 \times \text{créatininémie mg/l}] \times 0,84$ <p>Au cours de l'insuffisance rénale chronique (IRC)</p> <ul style="list-style-type: none"> - La grossesse entraîne une accélération de la détérioration de la fonction rénale ; - le risque étant d'autant plus grand que l'insuffisance rénale est plus importante.
<p>NB :</p> <p>Pour la femme présentant une insuffisance rénale chronique, ou celles qui sont dialysées, les grossesses sont toujours déconseillées, mais survenue d'une grossesse est le plus souvent inattendue, rendant inadaptés les conseils de contraception...</p> <p>au contraire chez les patientes transplantées, une grossesse peut être planifiée, elle est souvent un motif pour choisir la greffe, mais si la grossesse survient alors que la fonction rénale est anormale, la patiente doit être prévenue qu'il n'y a aucun moyen d'empêcher la possible détérioration rénale.</p> <p>En ce qui concerne le pronostic foetal, des progrès importants ont été faits, d'autant plus que la plupart des informations obtenues proviennent de grossesses décidées en dehors de tout avis médical. Il est possible que l'on soit arrivé à stade où l'éventualité d'une grossesse soit considérée comme un des buts du traitement de l'insuffisance rénale et non plus comme un incident auquel le médecin sera confronté. Ceci reste valable pour les transplantées.</p>	

Situation	Diagnostic	Prise en charge
Stade 1 : maladie rénale avec DFG normal (débit de filtration glomérulaire)	Anomalie rénale biologique et /ou morphologique depuis 3 mois et plus Avec fonction rénale normale (Clairance de la créatinine ≥ 90 ml/mn)	Grossesse autorisée - Si la pathologie est prise en charge
Stade 2 : insuffisance rénale débutante	Clairance de la créatinine 60 à 89 ml/mn	Contraception - Si grossesse prise en charge multidisciplinaire
Stade 3 : insuffisance rénale modérée	Clairance de la créatinine 30 à 59 ml/mn	Contraception - Si grossesse interruption thérapeutique
Stade 4 : insuffisance rénale sévère	Clairance de la créatinine 15 à 29 ml/mn	
Stade 5 : insuffisance rénale ultime	Clairance de la créatinine < 15 ml/mn Le plus souvent est en dialyse ou est transplanté	Si pas de suppléance des fonctions rénales : - Contraception - Si grossesse interruption thérapeutique - Si suppléance des fonctions rénales : voir plus bas
Dialyse (5 D) : la fertilité est considérablement réduite	Interrogatoire Difficulté de grossesse ; chez celles qui veulent tenter Chez les dialysées, le diagnostic de grossesse peut être difficile : le test urinaire n'est pas valable, même chez les sujets non anuriques ; le taux sérique d'hormone chorionique est à la limite supérieure de la normale Chez les dialysées, le diagnostic doit être fait avec l'échographie	
Stade 1 : maladie rénale avec DFG normal (débit de filtration glomérulaire) Transplantation rénale (5 T) : restaure-la fertilité ; patient sous corticostéroïdes et immunosuppresseurs	Interrogatoire Informar les patientes greffées que la transplantation entrainera un retour de fertilité	Conseiller, avant d'envisager une grossesse après transplantation, un délai de 2 ans, avec une fonction rénale stable, sans épisode de rejet récent, et une créatinine < 14 mg/l. La pression artérielle doit être normale, ou facilement contrôlé par des médicaments, et la protéinurie doit être inférieure à 500 mg/24h. L'immunosuppression doit être à une posologie d'entretien, c'est-à-dire prednisone < 15 mg : azathioprine < 2 mg/kg/j, ciclosporine < 5 mg/kg/

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

Conduite à tenir obstétricale

<ul style="list-style-type: none"> • Une excellente coopération est indispensable entre le néphrologue, l'unité de grossesse à risque, et l'équipe de néonatalogie. L'accouchement prématuré étant la cause la plus <p>Importante de mortalité/morbidité fœtale chez ce type de patientes, quelques précautions doivent être prises quant à l'utilisation des perfusions de magnésium</p> <ul style="list-style-type: none"> • Certains centres décident de provoquer l'accouchement entre les 34° et 36° semaines, et en tous cas de ne pas dépasser la 38° semaine. L'indication de césarienne doit procéder des <p>Indication obstétricales habituelles et non pas de l'état de d'insuffisance rénale.</p> <p>L'enfant d'une dialysée naît avec un taux de d'urée et de créatine identique à celui de sa mère, et en général une diurèse osmotique, nécessitant une surveillance précise. Faire attention à la calcémie, car un nouveau-né exposé à une hypercalcémie risque de faire une hypocalcémie avec tétanie. Les paramètres hématologiques doivent être surveillés, car les conséquences de l'érythropoïétine, comme ceux des nouveaux immunosuppresseurs, ne sont pas encore complètement connues.</p>
--

TUBERCULOSE ET GROSSESSE

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

AFFECTIONS DENTAIRES ET GROSSESSE

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

Situation	Diagnostic	Prise en charge	
• Gingivite gravidique	<ul style="list-style-type: none"> • Inflammation des gencives • Tuméfaction • Saignement au contact • hypersensibilité 	Identification et référence	
		Amoxicilline	2 gélules de 500 mgx2 par jour 24h avant de détartrer
		Dans les cas à risque :	Diabétique, Hypertendue, Drépanocytaire donner l'antibiothérapie pendant 48 h avant le détartrage
• Epulis gingival	Excroissance non douloureuse au niveau du collet de la dent	Identification et référence	
		Amoxicilline	2 gélules de 500 mgx2 par jour 24h avant exérèse chirurgicale après ATB thérapie de prophylaxie
		Dans les cas à risque :	Diabétique, Hypertendue, Drépanocytaire donner l'antibiothérapie pendant 48 h
Fluorose dentaire (eau de boisson)	Dyschromie dentaire de l'enfant pouvant se compliquant d'une ostéoporose	Reconnaissance et référence	
		Dé fluoration des eaux (ETAT)	
Infection parodontale dentaire (carie)	Carie dentaire dont l'évolution est respectivement infection péri apicale, la cellulite, l'ostéite et dont les répercussions sur le produit de conception est le faible poids de naissance Abscess gingival	Identification et référence	
		Amoxicilline	2 gélules de 500 mgx2 par jour 24h avant extraction dentaire +++
		Dans les cas à risque :	Diabétique, Hypertendue, Drépanocytaire donner l'antibiothérapie pendant 48 h

PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES ET GROSSESSE

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

2. PENDANT LA GROSSESSE

2.1. TROUBLES NEVROTIQUES MINEURS :

2.1.1 vomissements gravidiques		
• Situation	• Diagnostic	Prise en charge
Rejets répétés d'aliments et de liquide du premier trimestre ou parfois au-delà, témoignent d'une non acceptation de la grossesse au plan psychologique. Eviter les psychotropes à cette période. Il faut un soutien psychologique et une réassurance	Vomissements incoercibles	Apprécier le vécu de la grossesse par la femme : est-ce une grossesse désirée ou non Apprécier la qualité des relations avec le conjoint Apprécier la qualité des relations avec l'entourage familiale Soutenir la femme par une écoute de bonne qualité lui permettant d'élaborer elle-même des solutions
		Continuer l'exploration de la qualité des relations et soutenir la femme Au besoin conseiller un changement temporaire de cadre de vie, aborder un séjour éventuel auprès de sa famille d'origine Prescription de pansements gastriques Conseiller un régime alimentaire approprié
Fluorose dentaire (eau de boisson) Infection parodontale dentaire (carie		Hospitalisation pour isoler de l'entourage habituel Prescription d'antiémétiques (Métopimazine (Vogalène) : 15-30 mg/j) ou de psychotropes Largactil (chlorpromazine) 100mgx2 par jour) au besoin. Les effets secondaires seront corrigés par la triphexiphénidyl ou Artane* 5 mg x2 par jour Les autres antiémétiques :
		Hôpital de district/Hôpital régional - Hospitalisation pour isoler de l'entourage habituel - Prescription d'antiémétiques ou de psychotropes au besoin Hôpital régional - Psychothérapie structurée - Prescription éventuelle de neuroleptiques

2.1.2. Troubles hystériques (grossesse nerveuse, déni de grossesse)		
La grossesse nerveuse		
• Situation	• Diagnostic	Prise en charge
Elle s'accompagne de gros ventre et arrêt des règles. Le test de grossesse et l'échographie permettent d'éliminer une grossesse. S'observe chez les femmes désirant fortement une grossesse ou au contraire chez les femmes qui craignent d'être enceintes. Peut déboucher parfois sur des situations dramatiques (vol d'enfant...)	Grossesse nerveuse	Ecoute rassurante Conseiller et oriente
		Ecoute rassurante Faire un test de grossesse pour s'assurer que la femme n'est pas enceinte Conseiller et orienter celles désirant une grossesse pour une prise en charge adéquate Si persistance de la symptomatologie : référence à un niveau supérieur (psychiatre ou psychologue)

Le déni de grossesse
<p>Favorisé par</p> <p>Une stérilité supposée (la femme se pense stérile et imagine ne jamais tomber enceinte),</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des grossesses très rapprochées, - Le contexte familial, notamment pour les adolescentes, - L'enfant d'une liaison extraconjugale, - Un bébé non désiré, - Une grossesse résultant d'une agression sexuelle, <p>Mais en réalité, chaque déni de grossesse correspond à une histoire particulière. Dans ce domaine, il est très difficile d'énoncer des généralités. Ces femmes ne fréquentent pas les structures de santé pour le suivi de leur grossesse et très souvent, leur entourage ne se rend pas compte qu'elles sont enceintes.</p>

• Situation	• Diagnostic	Prise en charge
Prise de conscience d'être en grossesse pour une femme qui l'est. Peut déboucher sur des complications du fait d'un non suivi ou d'un infanticide passif ou actif	Déni de grossesse	<ol style="list-style-type: none"> 1. Surveiller l'humeur des nouvelles accouchées 2. Etablir régulièrement une relation verbale avec elle 3. La questionner sur ses préoccupations concernant le bébé 4. Demander à une femme plus expérimentée de son entourage (sa mère) de la soutenir pour les soins au nouveau-né 5. Conseiller des massages corporels 6. Conseiller une présence maternante autour de la nouvelle accouchée

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

• Situation	• Diagnostic	Prise en charge
<p>Survenant dans les deux premières semaines du post-partum, elles présentent un tableau clinique assez polymorphe avec confusion mentale, idées délirantes et troubles de l'humeur importants.</p> <p>Le comportement est troublé avec une agitation importante. Elles sont favorisées par des complications survenues lors de la grossesse :</p> <p>infection, toxémie, ROM, enfant mort-né...Elles sont d'autant plus fréquentes que la nouvelle accouchée a des antécédents personnels ou familiaux de psychose puerpérale. Elles peuvent signer le début d'une maladie mentale chronique.</p> <p>Il faut toujours penser à une Eclampsie en fin de grossesse et à une thrombophlébite cérébrale en suite de couches. Du fait de l'agitation importante, la patiente est en danger et met aussi en danger son entourage. Il s'agit d'une situation 'urgence à prendre en charge au plus vite</p>	<p>Psychose Puerpérale</p>	<p>Préparer très vite la référence Rassurer les accompagnants Demander aux accompagnants de protéger la patiente pendant son transfert Autant que possible, ne pas séparer la patiente de son bébé</p>
		<p>Interrogatoire de l'entourage : mode de début, antécédents, maladies pendant la grossesse... Examen physique complet Utiliser au besoin un sédatif pour calmer la patiente et pouvoir l'examiner : phénergan 1 ampoule en IV lente. Organiser la référence</p>
		<p>Interroger la patiente et son entourage Faire un examen clinique complet Faire des examens para cliniques : NFS, VS, glycémie à jeun, azotémie,... Hospitalisation Amener le bébé aux côtés de sa mère qui sera idée par son entourage et le personnel de soins Neuroleptiques injectables : Largactil 25 mg : 1 ampoule en IM 2 fois par jour. Haldol 5 mg : 1 ampoule injectable 2 fois par jour. Artane 5 mg : 1 comprimé le matin. Quand le contact verbal cohérent est rétabli, relais par la voie orale : Largactil 100 mg 1 comprimé 2 fois par jour. Haldol 2 pour mille : 50 gouttes 2 fois par jour. Artane 5 mg, 1 comprimé le matin. Après amélioration, référence à une consultation de psychiatrie pour évaluation et suivi Si persistance des symptômes malgré le traitement, référer à un service de psychiatrie</p>
		<p>Hôpital de district Hôpital régional Hospitalisation en psychiatrie et suivi Hôpitaux généraux/structures spécialisées Hospitalisation en psychiatrie et suivi</p>

SONU 5 : SOINS NEONATALS D'URGENCE

1. Soins néonataux

La mère est en travail (confère ; soins obstétricaux d'urgence):

- a. A terme, laisser évoluer
- b. Elle n'est pas à terme (moins de 37 semaines ou moins de 8 mois) estimer le poids de bébé par la formule

$$\text{Poids} = \frac{\text{Hauteur Utérine} \times \text{Circonférence Abdominale}}{100}$$
 - a. Le poids est supérieur à 2000g, laisser évoluer
 - b. le poids estimé est moins de 2000g, transférer au CMA ou à l'hôpital (transfert in utéro de bébé)

1.1. Bébé respire et ou a un cri immédiat,

Bébé pèse plus de 2500 g	Bébé né à terme, accouchement normal sans incident,	Faire soins essentiels du nouveau-né : Assécher le bébé avec du linge sec et propre et retirer le linge mouillé Placer le bébé en contact peau à peau avec la mère Mise au sein précoce dans les 30 minutes qui suivent la naissance Faire Vit K1: 1mg en IM Collyre (Povidone iodée solution ophtalmique à défaut tétracycline pommade ou Gentamycine) : 1 goutte/œil en une application unique Soins du cordon à la chlorhexidine 7,1%, pas de bandage Habiller le bébé
Bébé respire Bébé pèse entre 2000 et 2500 g	Bébé né prématuré ou a un faible poids de naissance	Faire soins essentiels du nouveau-né Surveillance
Bébé pèse moins de 2000 g	Bébé prématuré et a un faible poids de naissance	Faire soins essentiels du nouveau-né Transfert en kangourou

Cameroun

Bébé ne respire pas, pas de cri

Lutter contre l'hypothermie	Assécher rapidement le bébé L'installer sur une table chauffante (lampe chauffante ou radiante ou sur le ventre de sa mère), fermer les fenêtres (pas de courant d'air) enlever le linge mouillé	A cette étape 80% des bébés respirent, poursuivre soins essentiels nouveau-né Sinon passer à l'étape suivante
Libérer les voies aériennes	Installer le bébé en position de décubitus dorsal, cou légèrement en extension Aspirer la cavité buccale puis les narines en un seul passage Evaluer la respiration et la fréquence cardiaque	A cette étape 15% des bébés crient et respirent Poursuivre soins essentiels nouveau-né Sinon passer à l'étape suivante
Ventiler au masque	Ventiler le bébé à l'air ambiant avec un ballon et un masque adaptés Tenir le ballon dans la main dominante Le masque doit couvrir le menton la bouche et le nez, maintenu par le pouce, l'index et le majeur de la main dominante Appliquer le masque en commençant par le bas N'exercer aucune pression sur le cou et les yeux du bébé Fréquence de ventilation 40 à 60 cycles par minute Puis évaluer la respiration et la fréquence cardiaque	4% des bébés respirent, se colorent. Poursuivre les soins essentiels du nouveau-né Sinon, appeler à l'aide (une autre personne disponible même un membre de la famille) Et passer à l'étape suivante (Seuls 1% des bébés nécessiteront une réanimation plus poussée)
Massage cardiaque externe Toujours couplé à la ventilation	Celui ou celle qui vous aide poursuit la ventilation telle que vous avez commencée empaumer le thorax de bébé avec vos 2 mains, les 2 pouces l'un à côté de l'autre sous la ligne bi-mamelonnaire, exercer 3 pressions douces avec vos pouces pour une ventilation au masque (soit 90 compressions et 30 insufflations/mn) Contrôler le pouls ou les battements cardiaques sans arrêter la ventilation	Bébé respire et cri Au CSI Mise en kangourou et transfert immédiat Au CMA Si bébé a plus de 2000 g Faire ATB IM dose initiale et transfert en kangourou A l'hôpital

		<p>Hospitaliser le bébé dans le service de néonatalogie Placer une Voie veineuse centrale (cathéter ombilical) ou une voie veineuse périphérique avec du G10% et du Calcium 10% : 5ml dans 250ml Mettre le bébé sous oxygène si besoin Poser une sonde naso ou orogastrique Administrer les Antibiotiques (confère fiche) Ne pas alimenter le bébé le 1er jour Surveiller les sécrétions gastriques, la température, l'état neurologique de bébé, la diurèse Bébé ne respire pas malgré une ventilation efficace, et un massage cardiaque externe bien conduit Au CSI et au CMA : organiser le transfert en ambulance vers un hôpital de district en poursuivant le massage et la ventilation</p> <p>A l'hôpital Intuber le bébé : Mettre en place le laryngoscope par la bouche, le tenir avec la main gauche, refouler la langue vers la gauche pour voir la luette, charger l'épiglotte. A l'aide d'une pince de Magill, tenir l'extrémité de la sonde et enfoncer entre les cordes vocales Retirer le laryngoscope, maintenir la sonde au ras du nez au repère correspondant (7+ 1cm/Kg) et fixer avec un sparadrap ventiler avec un ballon auto gonflable (Ambu bébé) ; Si la fréquence cardiaque s'améliore poursuivre prise en charge hospitalière, poursuivre la ventilation (respirateur ou manuelle) Si fréquence cardiaque inférieure à 60 c/min malgré la ventilation via l'intubation, faire de l'adrénaline (confère fiche pour dilution) 0,1ml/kg toutes les 5 minutes en IV.</p> <p>ARRETER LA REANIMATION () AU BOUT DE 20 MINUTES DE REANIMATION BIEN CONDUITE : VENTILATION EFFICACE, MASSAGE CARDIAQUE ADEQUAT, DROGUES A BONNES DOSES, APRES AVOIR INFORMÉ LA FAMILLE (confère fiche)</p>
--	--	---

Pathologies courantes du nouveau-né

Nouveau-né suspect d'infection materno-fœtale (IMF)

Une infection maternofoetale est une infection (surtout bactérienne) contractée avant pendant ou après l'accouchement

Quand suspecter une IMF ?	Conduite à tenir		
Travail prolongé	Au CSI	Au CMA	A l'hôpital de district
Rupture de la poche des eaux avant le début du travail	Une dose d'antibiotique	Une dose d'antibiotique	Faire des prélèvements (analyse du LCR NFS CRP)
Rupture de la poche des eaux de plus de 12h avant expulsion	Ampicilline injectable : 100mg/ KG /12h en IM	Ampicilline injectable : 100mg/ KG /12h en IM	Si LCR perturbé : faire antibiothérapie à dose méningée durant 10 à 14 jours
Fièvre maternelle au cours du travail (en dehors du paludisme) > 38°C	Gentamycine injectable : 5mg/ KG/24h en IM Puis transfert immédiat à l'hôpital	Gentamycine injectable : 5mg/ KG/24h en IM Puis transfert immédiat à l'hôpital	Si LCR normal, CRP et /ou NFS perturbés : anémie, hyperleucocytose \geq 25 000/mm ³ , leucopénie < 5000/mm ³ thrombopénie < 150 000/mm ³ : faire antibiothérapie à doses septicémiques durant 10 jours
Liquide amniotique fétide, purulent (teinté) ou méconial		Puis transfert immédiat à l'hôpital	Si LCR normal, CRP et/ou NFS normales, faire antibiothérapie à dose septicémique et contrôle CRP ou NFS 48 heures plus tard. Si toujours normale, arrêter antibiotiques et libérer le bébé et sa maman. Revoir le bébé 48h après la sortie
Prématurité inexplicite <35 semaines			Si perturbation, continuer antibiothérapie à dose septicémique durant 10 jours
Infection urinaire ou vaginale de la maman avant accouchement			
Infection d'un des jumeaux			

Traitement de l'infection bactérienne néonatale : Faire une triple antibiothérapie qui comprend : Cefotaxime injectable : 100mg /kg/12h en IVL Ampicilline injectable : 100mg /kg/12h en IVL
Gentamycine injectable : 5mg/kg/24 h en une prise en IVL

ATTENTION NE PAS DONNER D'ANTIBIOTIQUE PAR VOIE ORALE AU NOUVEAU NE

Situations particulières

Situations cliniques	Conduite à tenir (voir PTME)
4. Menace d'accouchement prématuré	Prendre en charge la menace d'accouchement sur le plan obstétrical avec emphase sur la <ul style="list-style-type: none"> - Corticothérapie 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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: <ul style="list-style-type: none"> - 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. <ul style="list-style-type: none"> • Le bébé doit être traité si: <ul style="list-style-type: none"> - 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 en dose unique en IM même si la mère a reçu un traitement pendant la grossesse. <ul style="list-style-type: none"> • Traiter la mère et son partenaire
NOUVEAU-NÉS DE MÈRE ATTEINTE DE TUBERCULOSE	<ul style="list-style-type: none"> • 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: <ul style="list-style-type: none"> - 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.

	<p>– NB: NE JAMAIS DONNER LE BCG EN MÊME TEMPS QUE L'ISONIAZIDE. LE NOUVEAU-NE DEVRAIT TOUJOURS ETRE NOURRI AU SEIN.</p>
NOUVEAU-NÉ DE MÈRE DIABÉTIQUE	<ul style="list-style-type: none"> • 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) <ul style="list-style-type: none"> – 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	<p>Faire les injections à deux sites différents sur la cuisse du nouveau-né dans les 12heures qui suivent la naissance ou dans les 72heures</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 IM à la naissance • Suite de la vaccination selon le programme PEV. • Poursuivre l'allaitement maternel exclusif

1.4 SOINS APRES AVORTEMENT (SAA)

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

1. INFORMATION/SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE / COUNSELING

<p>1.1. Buts et objectifs</p> <p>Dans le cadre des soins après avortement quelque soit la méthode d'évacuation utilisée, l'information, le soutien psychologique verbal et le counseling ont pour but de :</p> <ul style="list-style-type: none">• Etablir rapidement un climat de confiance afin de calmer l'angoisse et la préoccupation que les patientes pourraient éprouver• Rassurer la patiente en expliquant les différentes étapes de la prise en charge• Donner les informations adaptées aux besoins de la patiente• Pour atteindre ces objectifs, le prestataire doit appliquer certains principes :• Ecouter ce que la patiente veut dire, l'encourager à exprimer ses préoccupations et essayer de ne pas l'interrompre• Lui montrer qu'on l'écoute et qu'on la comprend• Répondre directement à ses questions de manière calme et rassurante• Utiliser un langage simple et adapté• Répéter les choses les plus importantes dont elle doit se rappeler• Eviter des termes médicaux compliqués, utiliser plutôt des mots que la patiente comprendra• Utiliser une communication non-verbale pleine d'empathie, par exemple en hochant la tête et en souriant, etc.
<p>1 . 2. Counseling</p> <p>Il doit se dérouler à toutes les étapes Avant la procédure d'évacuation Le prestataire doit avant tout voir si le counseling est possible sinon il le fera après avoir lever l'urgence. L'accueil se fera dans une salle d'examen isolée voire dans un bureau discret selon les circonstances cliniques. Le prestataire devra:</p> <ul style="list-style-type: none">• Saluer la cliente ou répondre à la salutation selon l'usage• Se présenter si nécessaire et lui demander de se présenter• L'inviter à s'asseoir ou l'installer• rassurer la cliente sur la confidentialité de l'entretien• Poser des questions ouvertes pour découvrir le motif de la visite• Avoir une écoute attentive• Rassurer la patiente• Demander à voir le carnet de santé de la patiente si elle en possède un de même que la fiche de référence• Être empathique envers la patiente <p>- Lui expliquer qu'on va l'examiner et que la suite dépendra de l'examen</p>

- Lui expliquer qu'un interrogatoire précède l'examen clinique. Cet interrogatoire est important pour traiter au mieux son état médical
- Expliquer les différentes étapes du traitement (procédure)
- Orienter la patiente vers les services financiers pour le coût du traitement ainsi que la durée de l'hospitalisation

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

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

2.1. EXAMEN CLINIQUE COMPLET

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

2.1.1. Interrogatoire, Anamnèse ou histoire de l'avortement				2.1.2. Examen physique général
Demander	Antécédents			
		Gynéco-obstétricaux	Chirurgicaux	Médicaux
<ul style="list-style-type: none"> • Date des dernières règles • Saignement (date, quantité) • Douleurs abdomino-pelviennes • Douleurs lombaires • Expulsion partielle ou totale du produit de la conception • Avortement spontané ou provoqué • Si provoqué, moyens abortifs utilisés • Si possible le lieu où cela a été fait (cabinet médical, domicile, etc...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Âge • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • G.E.U. • Césarienne • Myomectomie • Kystectomie • Cure de synéchie • Chirurgie tubaire • Appendicectomie 	<ul style="list-style-type: none"> • Allergie médicamenteuse • (antibiotiques, xylocaïne) • Maladies cardiaques • Maladies respiratoires 	<ul style="list-style-type: none"> • Expliquer le but et la procédure de l'examen à la patiente • Allonger la patiente • Prendre les constantes (TA, température, pouls) • Rechercher les signes d'anémie • Examiner les seins • Ausculter le cœur, les poumons • Palper et ausculter l'abdomen

2.1.3. Examen gynécologique	2.1.4. Examens paracliniques
<ul style="list-style-type: none"> • Demander à la femme de vider sa vessie • 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 stériles • Inspecter les organes génitaux externes et noter les pertes ou saignement • faire un nettoyage vulvaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Etablir le groupe sanguin rhésus • Si rhésus négatif, faire sérum anti D • Faire si nécessaire : <ul style="list-style-type: none"> - Taux d'hémoglobine/hématocrite - NFS - Echographie - Hémoculture - ASP
<ul style="list-style-type: none"> • Insérer le spéculum • Inspecter le vagin • Retirer tout produit de conception ou corps étranger du vagin et du col avec une pince • Noter toute lésion du vagin et du col • Observer le degré d'ouverture 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 	<p style="text-align: center;">2.1.5. Conclusion de l'examen</p> <ul style="list-style-type: none"> • selon les signes et symptômes, déterminer le stade de l'avortement et les complications associées. • La prise en charge sera fonction du stade de l'avortement et du type de complications rencontrées. • Ne pas confondre un avortement avec : <ul style="list-style-type: none"> - Saignements vaginaux non dus à la grossesse, il peut s'agir: - D'effets secondaires des contraceptifs - Des complications des tumeurs de l'utérus (fibromes, cancers du col, du corps et d'ovulation) - De violence sexuelle • Traiter selon l'étiologie <ul style="list-style-type: none"> - Grossesse Extra Utérine. Si suspicion, faire : - Culdosynthèse (ponction du Douglas) - Une échographie - Une laparotomie si nécessaire

3. PROTOCOLES EN FONCTION DES TYPES D'AVORTEMENT

3.1. AVORTEMENT SIMPLE

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

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

2.2. AVORTEMENT MOLAIRE

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

3. METHODES D'EVACUATION

Elles sont de trois types :

3.1. Moyens mécaniques	3.2. Moyens médicamenteux	3.3. Autres méthodes
<ul style="list-style-type: none"> • sonde de Foley • Curage • Aspiration - Manuelle 	<ul style="list-style-type: none"> • Misoprostol • Perfusion d'ocytociques 	<ul style="list-style-type: none"> • Hystérotomie • Injection de soluté hypertonique
<i>Ne pas commencer l'évacuation utérine avant de stabiliser la patiente</i>		

4. ASPIRATION MANUELLE INTRA UTERIN (AMIU)

4.1. Préparation de la patiente	4.2. Gestion de la douleur	4.3. Préparation du matériel d'évacuation
<p>Le but de ce contact sera d'informer la patiente du résultat de l'examen, la préparer pour la procédure s'il y a une indication d'AMIU en vue de la rassurer ou pratiquer le curage dans les structures ne disposant pas d'AMIU ou utiliser des méthodes médicamenteuses</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le prestataire devra lui expliquer toutes étapes de soins. • S'assurer de la vacuité vésicale et que le périnée a été nettoyé • Demander s'il existe des antécédents d'allergie aux antiseptiques (dérivés iodés) et aux anesthésiques (xylocaïne,) ou d'antécédents d'épigastrie ou d'autres médicaments 	<ul style="list-style-type: none"> • Informer la cliente de la possibilité de ressentir certaines formes de douleurs supportables et d'intensité variable qui accompagne la dilatation du col. • Par ailleurs une autre douleur diffuse, dans le bas ventre avec irradiation postérieure, liée à l'évacuation utérine, peut-être ressentie. • Parler à la femme pendant toute la durée de la procédure • Lui donner si elle n'a pas d'antécédents d'épigastrie de l'Ibuprofen® 2 comprimés par voie orale 60 mn avant la procédure ou un autre antalgique. 	<p>Pour minimiser le risque de transmission de maladies, les principes fondamentaux de prévention des infections doivent être respectés.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliser les instruments et les gants stériles ou DHN. • Il faut que les instruments, aiguilles, seringues et fournitures nécessaires pour l'AMIU ou tout autre matériel d'évacuation soient prêts et à portée de main. • Vérifier que la seringue AMIU tient le vide • Vérifier que le matériel de secours est disponible en cas d'urgence • Etablir le vide dans la seringue AMIU <ul style="list-style-type: none"> - En verrouillant la valve dans la position fermée, - En retirant le piston jusqu'à ce que les bras du piston se mettent à leur place.

4.4. ETAPES DE LA PROCEDURE

4.4.1. Préparation	4.4.2. Anesthésie paracervicale	4.4.3. Procédure proprement dit
<ul style="list-style-type: none"> • se laver les mains et enfiler des gants stériles ou DHN • Aspirer 10 ml de xylocaïne à 1% sans adrénaline dans une seringue. • Insérer doucement le spéculum, retirer caillots de sang, débris et tissus du vagin. • Nettoyer le col et le vagin avec une solution antiseptique. 	<ul style="list-style-type: none"> • Exercer une traction sur la pince de Pozzi pour exposer la zone de jonction entre l'épithélium cervical et le vagin. • Introduire l'aiguille juste à la jonction à une profondeur maximale de 5mm, aspirer pour s'assurer qu'on n'est pas dans un vaisseau. • Injecter environ 2 ml de xylocaïne à 1% à 3h, 5h, 7h et 9h. ? • Attendre 2 à 4 minutes pour que l'anesthésie ait un effet maximum. • <p>Les Effets Secondaires de l'anesthésie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Certains effets secondaires peuvent survenir : 	<ul style="list-style-type: none"> • Exercer une traction douce sur le col afin d'horizontaliser le canal cervical et l'utérus l'utérus. <ul style="list-style-type: none"> • Faire une hystérométrie • Dilater le col si nécessaire en utilisant des dilateurs du plus petit au plus grand. • Tout en stabilisant le col et en appliquant doucement une traction, insérer la canule par le col dans la cavité utérine. • Pousser doucement la canule dans la cavité utérine jusqu'à ce qu'elle touche le fond utérin, • Noter la profondeur de la cavité utérine grâce

<ul style="list-style-type: none"> • Injecter 1ml de xylocaine à 1% au niveau du point de traction de la pince de Pozzi • Saisir la lèvre postérieure du col avec une pince de Pozzi à 12h ou 18h 	<ul style="list-style-type: none"> • Effets secondaires mineurs : <ul style="list-style-type: none"> - Engourdissement des lèvres et de la langue - Goût métallique dans la bouche - Étourdissements - Vertiges - sifflements dans les oreilles - difficulté à fixer le regard • Effets graves : <ul style="list-style-type: none"> - Sensation de sommeil - Désorientation - Tremblements musculaires et frissons - Difficulté à s'exprimer - Convulsion tonique et clonique - Dépression ou arrêt respiratoire 	<p>aux pointes visibles sur la canule.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Après avoir mesuré la taille de l'utérus, retirer doucement la canule d'AMIU. • Adapter la seringue d'AMIU. • S'assurer que la canule n'avance pas dans l'utérus lorsqu'on adapte la seringue • Libérer la valve de vide sur la seringue. • Evacuer les débris de conception de la cavité utérine en effectuant doucement des mouvements circulaires avec des mouvements de va et vient avec l'ensemble seringue canule sans toutefois la retirer jusqu'au premier trou. • Si cela se produisait ou si la seringue était remplie plus qu'à la moitié (voir les Fiches techniques) Faire un prélèvement des débris pour examen anatomo pathologique
---	--	--

<p>4.5. Surveillance post-AMIU</p>	<p>4.6. Décontamination du matériel</p>
<p>Surveiller</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les signes vitaux : <ul style="list-style-type: none"> - TA, - Température, - Pouls, - Respiration • Les saignements vaginaux • La douleur abdomino-pelvienne 	<ul style="list-style-type: none"> • Avant de retirer les gants, placer les objets jetables contaminés (compresses, coton et autres déchets) dans un bac étanche ou un sac en plastique bien étiqueté à cette fin. Placer les instruments tranchants (aiguilles et seringues) dans un récipient séparé ne pouvant être percé. • Les fragments de tissus sortis de l'utérus peuvent être évacués dans le système d'égout. • Une fois qu'on est certain que la procédure est terminée, décontaminer tous les instruments (seringues, canules, pince de Pozzi et spéculum) en les plaçant dans une solution chlorée à 0,5%. Si on a administré une anesthésie para cervicale, décontaminer l'aiguille hypodermique et la seringue assemblée en les remplissant de la solution chlorée avant de les faire tremper. Laisser les articles trempés pendant au moins minutes. • Les instruments qui seront réutilisés doivent être nettoyés et, soit stérilisés, soit désinfectés à haut niveau. • Plonger les deux mains gantées dans la solution de décontamination, ensuite enlever les gants en les retournant et les Jeter Se laver soigneusement les mains à l'eau et au savon.

4.7. PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS PENDANT L'AMIU

4.7.1. Evanouissement au cours de l'AMIU	4.7.2. Perforation utérine	
<ul style="list-style-type: none"> • Arrêter la procédure • Libérer les voies aériennes supérieures • Tourner la tête de la patiente de côté pour éviter l'inhalation si elle vomit • Surélever les jambes de la patiente • Si la récupération n'est pas immédiate : <ul style="list-style-type: none"> - Prendre une voie veineuse - Oxygéner - Demander une assistance 	<p>Elle est Soupçonnée pendant la procédure :</p> <ul style="list-style-type: none"> • si la canule pénètre au delà de la taille escomptée de l'utérus en fonction de l'examen bi-manuel, • le vide de la seringue diminue avec la canule bien introduite. <p>Ce qu'il faut faire :</p> <p>Arrêter la procédure</p> <p>Observer la patiente si symptomatologie pauvre pendant 2heures au moins</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Commencer à perfuser et à donner des antibiotiques par voie intraveineuse. Verifier l'hématocrite de la patiente et prendre les dispositions nécessaires pour une transfusion de sang ou une solution de remplissage vasculaire si indiqué (et si disponible). 2. Réévaluer la situation en faisant une échographie pelvienne avant la suite de la prise en charge <p>2.. Si cela n'est pas possible, transférer la patiente dans un hôpital de niveau supérieur.</p> <p>3. Réparer les lésions si nécessaire par le biais de la mini laparotomie soit en coagulant le vaisseau sanguin ou en faisant des points de suture.</p> <p>Verifier que les intestins sont intacts et qu'il n'y a pas de blessure faites à d'autres organes intra abdominaux. (si le col est déchiré ou coupé à un point où il ne peut pas être réparé, ou s'il y a perforation utérine extensive, il faudra peut-être faire une hystérectomie).</p> <p>4. Après la chirurgie non mutilatrice, donner des ocytociques et observer les signes vitaux toutes les 15 minutes pendant 2 heures.</p>	
4.7.3. Choc grave	4.7.4. Choc infectieux	4.7.5. L'embolie gazeuse
<ul style="list-style-type: none"> • Voir prise en charge d'urgence - phase initiale 	Idem	<ul style="list-style-type: none"> • Oxygénation hyperbare • Ventilation • Voie veineuse • Remplissage • faire appel à un réanimateur

5. CURAGE

<p>5.1. DEFINITION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le curage est un procédé digital utilisé dans l'avortement dans le but d'évacuer la cavité utérine. • Il permet de mieux s'assurer de la vacuité de l'utérus ; également d'explorer et d'apprécier une éventuelle anomalie. • Le toucher vaginal au préalable permet de préciser la situation et le degré d'ouverture du col ainsi que le volume de l'utérus. 	<p>5.2. INDICATIONS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avortement incomplet • saignement abondant chez une femme qui a fait un avortement 	<p>5.3. L'embolie gazeuse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Col perméable au niveau de l'orifice interne et externe permettant ainsi l'introduction spontanément de deux doigts • Préparation psychologique (femme détendue, bien informée sur le but, la procédure et le déroulement du curage) • Vessie et rectum vidés • Femme placée en position gynécologique • Voie veineuse de sécurité gestion de la douleur par administration d'antispasmodique et une anesthésie verbale, diazépam 5 mg IM) • Prévention des infections (il doit être effectué avec le maximum d'asepsie)
<p>5.4. TECHNIQUES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Préparer le matériel • Désinfecter la région vulvo-vaginale avec un antiseptique • Porter les gants stériles selon la procédure • La main gauche par-dessus la paroi fixe et maintient solidement le fond utérin • L'index ou le médus de la main droite ou les deux doigts pénètrent par le col béant et explorent soigneusement les faces antérieures et postérieures, les bords latéraux, le fond et les cornes utérines détachant ainsi les débris ovulaires qui sont ensuite extraites • Avant de sortir les doigts il faut s'assurer de la parfaite vacuité et intégrité de l'utérus • Terminer en faisant une toilette vaginale, puis vulvaire • Faire une injection IM d'antibiotique et d'ocytocique • Examiner le produit de conception à la recherche de vésicule (môle) 	<p>5.5. IDENTIFICATION D'AUTRES BESOINS EN SRA TRAVERS</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'anamnèse (PF, Prénatale, autre) • L'examen physique/examen pelvien • Le counseling • La causerie éducative • Un traitement quelconque • Ces mécanismes peuvent aider le prestataire à identifier <ul style="list-style-type: none"> - Les notions d'infertilité et ou d'IST - La prévention des avortements - Les cas à référer encas de besoin non satisfait 	

6. METHODES MEDICAMENTEUSES

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

6.1. Indications	6.2. Contre-indications	6.3. Effets secondaires	6.4. Posologie	6.5. Suivi
<ul style="list-style-type: none"> • Grossesse intra utérine non évolutive jusqu'à quatorze semaines • Avortement incomplet 	<ul style="list-style-type: none"> • Allergie au Misoprostol ou autres prostaglandines • Glaucome • HTA sévère • DIU en place • Endométrite • Suspicion de GEU 	<ul style="list-style-type: none"> • Fièvre • Frissons • Nausées • Vomissements • Diarrhée 	<ul style="list-style-type: none"> • Avortement 1er trimestre : 800µg (4 cp de 200 µg)/voie vaginale ou sublinguale toutes les 3-4h • Avortement 2ème trimestre <ul style="list-style-type: none"> - 13-15 SA : 400 µg toutes les 12h voie vaginale (2cp x2/j) - 16-20 SA : 200 µg par voie vaginale toutes les 12h (1cp x 2/j) • S'il n'y a pas d'effet pendant 24h, doubler la dose initiale toutes les 12h. Il ne faudrait pas excéder 4 doses supplémentaires. 	<ul style="list-style-type: none"> • donner rendez-vous quarante huit heures plus tard et aviser la femme de se rendre dans la structure en cas de saignement abondant
NB : éviter de donner le misoprostol à des doses élevées chez les gestantes avec un âge de grossesse avancé car il y a un risque de rupture utérine				

NB : Voir fiche d'utilisation du misoprostol

8. LIENS ENTRE LA COMMUNAUTE ET LES STRUCTURES SANITAIRES

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

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

8.1. Prévention des avortements et complications dans la communauté	8.2. Dans le traitement d'urgence de l'avortement
<ul style="list-style-type: none"> • Prévention des grossesses non désirées et des avortements à risque • Sensibiliser la communauté sur les causes et conséquences des avortements spontanés ; les causes et conséquences de l'avortement provoqué ; la reconnaissance des signes de danger et la recherche de soins • Conscientiser la communauté à la reconnaissance de ces lacunes et problèmes liés aux 3 retards (reconnaissance du problème, prise de décision et résolution • mobilisation des ressources communautaires (politique, financières, humaines,...) pour faciliter la recherche des soins appropriés et précoces à la structure de santé • Plaidoyer auprès des leaders politiques et autorités administratives pour mobiliser les ressources de la communauté : <ul style="list-style-type: none"> - Organisation d'aide/soutien à la prise en charge des frais médicaux - Mise en place de caisses de solidarité; assurances maladies - Cotisations individuelles et adhésion des membres des groupes aux mutuelles de santé - Dispositions locales pour faciliter le transfert des urgences - Contractualisation avec chauffeurs de taxis et charretiers - Mise en place d'un standard téléphonique au niveau des Postes de santé - Plan d'utilisation de l'ambulance du poste de santé pour les urgences du village négocié avec le comité et l'CHEF DE CSI du poste - définition d'une aire de stationnement pour le taxi - Soutien à l'accès aux services SR de qualité dans les structures sanitaires qui répondent aux attentes et besoins de la communauté - Les représentants de la communauté sont impliqués dans l'organisation des services ; la mise en place de cadre de concertation entre la communauté, la collectivité locale et la structure de santé pour la résolution des problèmes liés à l'accueil, aux horaires d'ouverture. 	<ul style="list-style-type: none"> • La matrone doit identifier les signes qui montrent qu'une femme fait un avortement : <ul style="list-style-type: none"> • La perte de sang en début de grossesse • Les douleurs au bas ventre • Souhaiter la bienvenue à la cliente, la mettre à l'aise et la rassurer • Demander et vérifier si possible • L'âge de la grossesse ; • Si la femme perd du sang par voie vaginale ; <p>Conduite à tenir</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faire une toilette vulvaire, si nécessaire • Poser ou conseiller une garniture propre ; • Donner des médicaments contre la douleur (paracetamol) si elle a des crampes • Référer immédiatement dans une structure sanitaire (formation sanitaire de niveau 1 ou 2) avec l'aide de la famille afin que la femme puisse bénéficier de soins appropriés et précoces • Accompagner la femme référée • Rassurer la famille

<p>8.3. Après le traitement d'urgence à la structure sanitaire</p> <ul style="list-style-type: none">• Faire au moins une visite de suivi à domicile à son retour• Donner des conseils à la femme :<ul style="list-style-type: none">• Retourner immédiatement au poste ou centre de santé en cas de :<ul style="list-style-type: none">- Saignements plus abondants que les règles- Vives crampes ou douleurs au bas ventre- Pertes malodorantes du vagin- sensation de froid ou de fièvre ou de malaise en général- Saignements qui durent plus de 10 jours• Se reposer et bien manger• Ne rien mettre dans le vagin• Attendre que les saignements cessent avant d'avoir des relations sexuelles• Utiliser une méthode de planification familiale immédiatement ou au moment des relations sexuelles. Attendre 6 mois avant de tomber enceinte à nouveau (une grossesse peut à nouveau survenir dans les 11 jours qui suivent l'avortement)• Faire la consultation PF si elle n'est pas sous méthode contraceptive• Offrir la méthode si disponible au niveau de la case sinon référée pour autre méthode• Solliciter le soutien du mari et de la famille pour les soins de suivi et la pratique de la PF
<ul style="list-style-type: none">• Faire un contrôle le 8^{ème} jour à la structure sanitaire

ANNEXE

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

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

1.5 AVORTEMENT THERAPEUTIQUE

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
<ul style="list-style-type: none"> - Cancers du sein, du col, de l'ovaire, de l'utérus, - Toute femme sous chimiothérapie, radiothérapie et autre traitement anticancéreux - Pathologies médicales graves : <ul style="list-style-type: none"> o maladie cardiaque stade III et IV (classification de New 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) 	<ul style="list-style-type: none"> - Malformations embryonnaires en raison des conséquences psychologiques graves sur l'état de santé de la mère : <ul style="list-style-type: none"> - Anencéphalie - Agénésie rénale - Syndromes polymalformatifs - etc... - Infections congénitales graves - rubéole sévère - etc...
Entre 12 et 28 semaines	
Indications maternelles	Indications fœtales
<p>Il s'agit ici des situations où l'évolution de la grossesse constitue un risque vital (menace) pour la mère</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cancers du sein, du col, de l'ovaire, de l'utérus, - Maladie cardiaque stade III et IV (classification de New York), - maladie cardiaque emboligène - Insuffisance rénale grave 	<ul style="list-style-type: none"> - Malformation fœtale (génétique, chromosomique, anatomique...) en raison des conséquences psychologiques graves sur l'état de la mère - Grossesse arrêtée

<ul style="list-style-type: none"> - maladie hépatique grave (insuffisance 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	
<ul style="list-style-type: none"> - Age de la patiente - Date des dernières règles (début des règles) - Age de la grossesse - Saignement (date, quantité) - Douleurs abdomino-pelviennes - Douleurs lombaires 	<ul style="list-style-type: none"> - 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 - Date du dernier dépistage du cancer du col et résultat 	<ul style="list-style-type: none"> G.E.U. Césarienne Myomectomie Kystectomie (ovaire) Cure de synéchie Chirurgie tubaire Appendicectomie Autres... 	<ul style="list-style-type: none"> Allergie médicamenteuse (antibiotiques, xylocaïne) Maladies cardiaques Maladies respiratoires Troubles psychiatriques Consommation des substances toxicologiques Groupe sanguin et rhésus Electrophorèse d'hémoglobine 	<ul style="list-style-type: none"> 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 Auscultier le cœur, poumons Palper et auscultier l'abdomen

3.2. Examen gynécologique	
<ul style="list-style-type: none"> - 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 <ul style="list-style-type: none"> • 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
<ul style="list-style-type: none"> - 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 ayant 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 63 ^{ème} jour d'aménorrhée (9 SA) - Préparation à l'action des analogues des PG dans l'interruption de grossesse pour raisons médicales (<i>au-delà du premier trimestre</i>).	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 - rashes cutanés - Contractions utérines ou crampes - métrorragies - Malaises, manifestations vagues (bouffées de chaleur, vertiges, frissons) - fièvre	- 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.

VI. 1. 3. Solution salée hypertonique 20%**VI. 2. Moyens non médicamenteux****VI. 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

VII. 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
Entre 12 semaines et 22 semaines de grossesse	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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

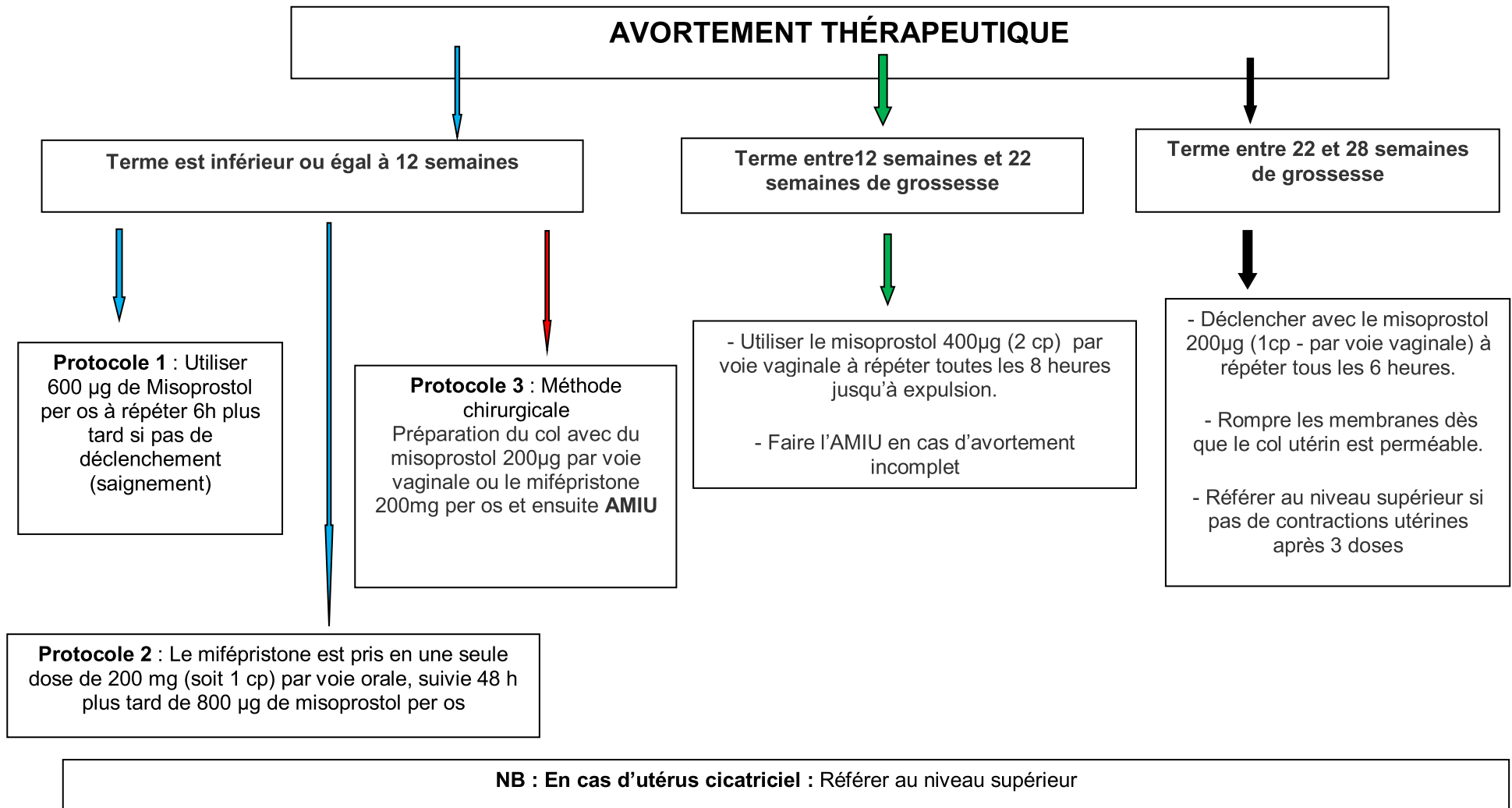
VIII. Prise en charge après la procédure

- 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
- 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 diagnostiquée
- 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • AMIU • la dilatation et l'évacuation par aspiration (D&E)

ARBRE DECISIONNEL



1.6 FISTULES OBSTETRIQUES


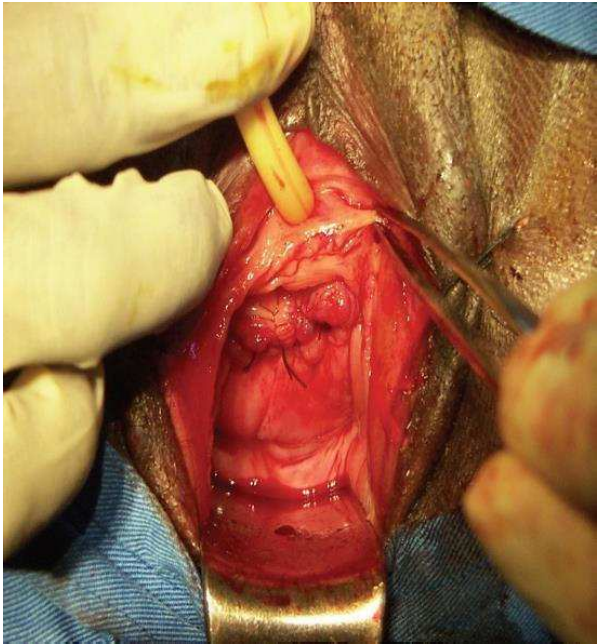
PROTOCOLE POUR LES FISTULES GENITALES OBSTETRIQUES

1. DEFINITION	SIGNES		
- Communication anormale entre la Vessie, urètre, ou uretère pelvien et le vagin et ou le rectum secondaire à l'accouchement dystocique	Pertes involontaires d'urines et ou des matières fécales par le vagin		
	Complications	Classification	Explorations paracliniques (non indispensable au diagnostic)
	- infections urinaires à répétition Sclérose vaginale -Lésions dermatologiques d'irritation -Calcul urinaire - Lésions neurologiques (neuropathie périphérique)	-fistules simples Fistules complexes -fistules compliquées	-ECBU -UIV -Dans certains cas cystoscopie

3. TRAITEMENT

3.1. Traitement curatif	Traitement préventif		
- fonction du type : peut aller de l'abstention thérapeutique (sonde urinaire) à un traitement chirurgical ATB pour traiter une Eventuelle Infection - Œstrogènes en application locale dont l'usage est controversé par certains - Exclusivement chirurgical	Prévention primaire	Prévention secondaire	Prévention tertiaire
	- Plaidoyer auprès des leaders communautaires pour un changement de comportement (MGF, mariages précoces, promotion de l'utilisation des services SR) -Reconnaissance des signes et existence de traitement -Recours précoce aux soins - Assistance et soutien psychologique -Ré	-Disponibilité des services SR (personnel qualifié, équipements adéquats, accessibilité des soins -PEC des urgences obstétricales	- surveillance du travail par le partogramme du travail - accouchement par personnel qualifié - Prise en charge des complications - Surveillance accrue du post partum des femmes avec accouchement dystocique

4. CAT PAR NIVEAU

4.1. communautaire	4.2. CSI	4.3. HR	4.4. Hôpital
<ul style="list-style-type: none"> - Entretien - Soutien - Orientation -Référéce - Prévention primaire - Réinsertion sociale 	<ul style="list-style-type: none"> -Counseling, - Soutien, - Examen clinique pour diagnostic différentiel avec incontinence urinaire - Référéce - Suivi des femmes traitées et non traitées - Prévention primaire - Prévention secondaire 	<ul style="list-style-type: none"> -idem+cure de fistule -référer les autres cas de fistules -Prévention primaire - Prévention secondaire - Prévention tertiaire 	<ul style="list-style-type: none"> --Prise en charge intégrale
			
<p>Schéma d'une fistule non encore traitée</p>		<p>Schéma d'une fistule réparée</p>	

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

2.1. SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES ADOLESCENTES

Généralités			
<p>L'ensemble des besoins (planification familiale, SONU, SPNN, MGF, prise en charge des agressions sexuelles, CCC) et des pathologies de santé de la reproduction (IST/VIH/SIDA, affections génitales non infectieuses, cancers génitaux) peut toucher les adolescent(e)s et les jeunes.</p>	<p>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</p>	<p>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</p>	<p>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.</p>
<p>D'autres domaines feront l'objet d'une présentation plus approfondie sous forme de protocoles</p>			

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

1. Définition	2. Concepts	4. signes
D'une manière générale, l'anémie se définit par un taux d'hémoglobine inférieur à 12 g/d	<ul style="list-style-type: none"> • 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		
<p>Dans la plupart des pays en développement, plus du tiers des adolescent(e)s présentent une anémie fortement liée à la carence en fer.</p> <p>La période de l'adolescence correspond à une accélération de la croissance avec une augmentation des besoins en fer.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Pourtant, les stratégies de lutte contre l'anémie sont connues :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>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.</p>		<p>L'anémie modérée est bien souvent de découverte fortuite. A un stade avancé, la symptomatologie peut être riche, caractérisée par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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, légumes vert, et en vitamines C : oseille, agrumes, diminution de la consommation du thé et du café ; éviter le kaolin) Référer les cas suspects d'anémie	Dépister cliniquement et biologiquement les cas suspects d'anémie Traiter les cas d'anémie modérée (cf. pathologies des suites de couche de la mère) Référer les cas d'anémie sévère ou rebelle au traitement initial faire l'éducation nutritionnelle	Dépister cliniquement et biologiquement les cas d'anémie Rechercher les causes d'anémie Traiter les cas d'anémies sévère faire une transfusion sanguine au besoin (cf. pathologies des suites chez la mère) Faire l'éducation nutritionnelle	Faire un dépistage clinique et biologique plus complet Rechercher les causes d'anémie Traiter les cas d'anémie sévère faire une transfusion sanguine au besoin faire l'éducation nutritionnelle

2.3. PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE DE L'OBESITE CHEZ LES ADOLESCENTÉS

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)	$IMC = \text{poids} / (\text{taille})^2$	Poids (kg) Taille (m ²)
		Obésité	
		Adulte Enfant-adolescents	IMC > 30 IMC > 97 ^e percentile
4. Intérêt de la question par rapport au contexte camerounais		5. Diagnostic	
<p>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.</p> <p>Elle est due à des facteurs génétiques et environnementaux que sont la mauvaise alimentation et la sédentarité.</p> <p>Des pathologies fréquentes chez l'adulte camerounais dont l'hypertension artérielle et le diabète surviennent fréquemment sur un terrain d'obésité.</p> <p>La prise en charge de l'obésité est d'autant plus efficace qu'elle</p>		<p>Le diagnostic de l'obésité se fait essentiellement par l'évaluation de l'index de masse corporelle (IMC).</p> <p>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, problèmes psychologiques ; troubles des règles.</p>	

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

CAT par niveau

Communautaire	CSI	CMA	HD/HR	Hôpitaux généraux
<ul style="list-style-type: none"> •Etablir le diagnostic par •l'IMC notamment en milieu scolaire et extra-scolaire •faire l'éducation nutritionnelle et promotion de l'activité physique •Référer 	<ul style="list-style-type: none"> •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) 	<p>Etablir le diagnostic par l'IMC</p> <p>Dépister les complications notamment le diabète et l'HTA</p> <p>Prendre en charge certaines complications</p> <p>Faire l'éducation nutritionnelle et la promotion de l'activité physique</p> <p>Education thérapeutique</p>	<p>Etablir le diagnostic par l'IMC</p> <p>Dépister les complications</p> <p>Prendre en charge les complications</p> <p>Faire l'éducation nutritionnelle et la promotion de l'activité physique</p> <p>promotion de l'activité physique</p> <p>Education thérapeutique</p>	<p>Etablir le diagnostic par l'IMC</p> <p>Dépister et prendre en charge toutes les complications</p> <p>Prendre en charge les obésités sévères</p> <p>faire l'éducation nutritionnelle et la promotion de l'activité physique</p> <p>Education thérapeutique</p>

Les dysménorrhées

1. Définition	2. Types	3. Signes et symptômes
<p>Douleur pelvienne récurrente à type de crampe précédant ou accompagnant des règles.</p>	<p>1-Dysmenorrhée primaire : C'est une douleur qui apparait ou précède les règles de quelques heures.sa durée dépasse rarement 24 à 36 heures.</p> <p>2-Dysmenorrhée secondaire : C'est une douleur qui apparait ou s'aggrave le deuxième ou le troisième jour des règles, et de durée plus longue. Elle est secondaire à une pathologie sous-jacente.</p>	<p>Douleur pelvienne se répétant de mois en mois sans tendance à l'aggravation (dysménorrhée primaire) ou progressivement croissante dans son intensité suspecte d'organicité et s'aggrave avec les cycles (dysménorrhée secondaire)</p> <p>Les éléments d'accompagnement : asthénie, céphalées, nausées, parfois vomissements, diarrhée, lipothymies, irritabilité, nervosité ...</p>

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

2.4. PROTOCOLE DE LA PRISE EN CHARGE DES TOXICOMANES CHEZ LES ADOLESCENT(E) S

1. Définition	2. Intérêt	3. Les drogues
<p>-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)</p> <p>- Il s'agit d'un usage persistant ou épisodique, de produits toxiques licites ou non (tabac, alcool, certains médicaments psychotropes, solvants, cannabis, etc.) accompagné d'un état de dépendance pouvant entraîner des conséquences néfastes sur la santé physique et mentale de l'individu et des effets sur la famille et la communauté en général.</p> <p>- De manière empirique, on remarque une augmentation de ce phénomène chez les adolescents au Cameroun.</p>	<p>- L'adolescence est une période propice pour l'expérimentation dans de nombreux domaines, parmi lesquels la consommation de produits psycho actifs. C'est aussi la recherche d'une identité propre. Cette quête identitaire se déroule parfois dans un climat de « heurts » qui entraîne une prise de risques ayant un impact sur la santé. Le recours à la consommation de drogues tend à devenir fréquent.</p>	<p>On appelle drogue toute substance qui peut modifier la conscience et le comportement de l'utilisateur (OMS)</p> <p>Les effets recherchés par l'absorption de substances toxiques sont de trois ordres directement liés au type de drogue :</p> <p>- Les stimulants (TABAC, le café, le thé, la cola, le ...) provoquent excitation psychologique, gaieté, et sentiment de tension physique parfois violente.</p> <p>- Les sédatifs (les somnifères, l'alcool, les solvants) déclenchent la détente physique, l'apaisement, et l'endormissement.</p> <p>Les hallucinogènes (cannabis, LSD, ecstasy) modifient : les perceptions, les sensations visuelles, olfactives, auditives...</p>

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, Bagarre, 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
<p>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</p>	<p>Idem niveau communautaire plus Prise en charge de l'agitation Donner les neuroleptiques sédatifs type chlorpromazine (50 à 100 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 Faire un signalement à tous les services compétents</p>	<p>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</p>
HR		Hôpitaux généraux et spécialisés
<p>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</p>		<p>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</p>

V. CCC/SRA

1. thématiques CCC	Hôpitaux généraux et spécialisés
<p>Les thématiques spécifiques à la SRAJ comprennent :</p> <p>Toxicomanie</p> <p>Nutrition et alimentation</p> <p>Grossesses précoces et accouchements</p> <p>Violences (morales, physiques et sexuelles) basées sur le genre</p> <p>Avortements</p> <p>IST/VIH/SIDA</p> <p>Connaissance et fonctionnement du corps (y compris la sexualité)</p> <p>les valeurs et l'estime de soi</p> <p>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.</p>	<p>Elle doit tenir compte de certaines spécificités :</p> <p>15 à 20 adolescent(e)s/jeunes au maximum</p> <p>Respect des classes d'âge (10–14 ans, 15–19 ans et 20–24 ans)</p> <p>Contexte socio-culturel</p> <p>Environnement dans lequel la cible évolue</p> <p>Niveau d'instruction: instruits/non instruits</p> <p>Exposition aux fléaux sociaux à risques/pas à risques</p> <p>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</p> <p>Nécessité d'informer le groupe sur le thème qui sera abordé</p> <p>Nécessité de s'entendre avec le groupe sur un calendrier et un lieu de rencontres selon la disponibilité de la cible</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accessible aux adolescent(e)s/jeunes; - Vaste et aéré; discret et confidentiel - Sécurisant, convivial et attrayant - À l'abri du bruit
<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>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.</p>	

2.2 lieu de la causerie	2.3 Déroulement de la causerie			
<p>Il est recommandé de l'organiser au niveau de :</p> <ul style="list-style-type: none"> •Points de Prestation de Santé, •Points d'information, •Ecoles, •Quartiers 	<p>L'enchaînement et la complémentarité des différentes étapes d'une session (consignes à donner, exercices,</p>	<p>Contenu</p> <ul style="list-style-type: none"> •Solidarité, •Confiance mutuelle Engagement, •Respect mutuel, 	<p>But</p> <p>Connaissance de valeurs,</p> <ul style="list-style-type: none"> •Connaissance de soi, •Maîtrise de soi 	<p>Inviter le groupe à développer un slogan à la fin du thème. Ce slogan peut annoncer un engagement à un changement de comportement.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Développer les thèmes
<ul style="list-style-type: none"> •Lieux de regroupement des adolescent(e)s/jeunes CMPJ 	<p>réponses fréquentes, points à retenir, etc.) sont importants:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Installer le groupe confortablement en arc de cercle pour permettre l'interrelation entre le groupe et l'animateur; •Informé le groupe du thème choisi ; •Expliquer la méthodologie d'animation ; •Proposer de créer un hymne qui leur soit propre, sur la base des mots- clés •Qui reflètent le contenu du thème et son but 	<ul style="list-style-type: none"> •Amitié 	<ul style="list-style-type: none"> • Vie saine. 	<p>en 20 à 30 minutes ;</p> <ul style="list-style-type: none"> •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 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
				<p>confronter leurs points de vue avec ceux des autres, etc.</p> <p>Eviter de toujours de toujours mettre en avant son point de vue pour affirmer qu'un tel a raison...</p> <ul style="list-style-type: none"> •Aider le groupe à discuter en s'appuyant sur les informations contenues dans le

				<p>“document de références”,</p> <ul style="list-style-type: none"> •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
--	--	--	--	---

<p>3. JEUX DE ROLE</p>	<p>4. AUTRES ACTIVITES CCC</p>
<p>Pour les jeux de rôle, respecter les consignes suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> •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 	<ul style="list-style-type: none"> •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

I. Maternité à moindre risque

Surveillance de la grossesse	Surveillance de l'accouchement	Suites de couches
<p>Eduquer l'adolescente, lui donner des conseils et lui expliquer que:</p> <ul style="list-style-type: none"> •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 <p>Elle sera prise en charge sur le plan psychologique</p>	<ul style="list-style-type: none"> •La surveillance du travail et de l'accouchement de l'adolescente doit être faite impérativement par un personnel qualifié en raison de l'immaturation et de la vulnérabilité de cette cible. 	<p>Initier la mise au sein précoce</p> <ul style="list-style-type: none"> •Donner des conseils hygiéno-diététiques •Promouvoir les méthodes de contraception adéquate •Expliquer l'importance du suivi post- natal •Prise en charge psychologique

Surveillance post natale	Système d'orientation recours
<p>Sensibiliser l'adolescente sur les avantages de la planification familiale</p> <ul style="list-style-type: none"> •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 •lui proposer un rendez-vous (continuum des soins) 	<ul style="list-style-type: none"> •Dans le cadre de la santé des adolescent(e)s, il est nécessaire d'assurer la continuité de la prise en charge par la référence. Elle pourra se faire vers les autres secteurs et le niveau communautaire pour un meilleur encadrement et un suivi social et psychologique
<p>2. soins après avortement</p> <ul style="list-style-type: none"> •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 <p>Les autres protocoles sont élaborés dans les composantes qui traitent de ces activités</p>	

ANNEXES

Classification des drogues

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

A. LES STIMULANTS

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

B. LES HALLUCINOGENES

Effets recherchés	Produits	Principaux effets indésirables et/ou nocifs
Euphorie, détente ou parfois excitation, hallucinations.	Cannabis (marijuana ou haschich)	Possibilité de dépendance essentiellement psychologique (+), plus forte en usage régulier (+ +). Troubles de la mémoire, de concentration, ivresse, perte de la vigilance. Risques psychologiques pour les plus fragiles. Toxicité voisine du tabac.
Hallucinations	De nombreuses plantes et champignons « exotiques »	Dépendance (+ ou -). Risques de confusion mentale.
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	Ectasie	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	<ul style="list-style-type: none"> •Apparition de poils pubis •Développement des épaules et de la musculature 	<ul style="list-style-type: none"> •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	<ul style="list-style-type: none"> •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. Découverts. Conflit interne	Imitation. Curiosité. Découverts. Conflit interne	Imitation. Curiosité. Découverts. Conflit interne	Imitation. Curiosité. Découverts. Conflit interne	Crise d'autorité. Veut aider les plus petits	Veut aider les plus petits

LES ORGANES REPRODUCTEURS

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

LE CYCLE MENSTRUEL

Définition	La phase pré ovulatoire	La phase ovulatoire	La phase post-ovulatoire
<p>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.</p> <p>Les phases du cycle menstruel</p> <p>Le cycle menstruel comprend 03 phases :</p>	<p>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</p>	<p>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.</p> <p>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</p>	<p>Elle est constante et dure Quatorze jours après l'ovulation.</p> <p>Pendant cette phase, la glaire redevient épaisse, peu abondante et imperméable aux spermatozoïdes. Cette phase est caractérisée par la sécrétion de la progestérone.</p>

La glaire cervicale	Conduite à tenir durant les règles
<p>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.</p> <p>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</p>	<p>Se laver régulièrement</p> <p>Rester très propre pendant les règles</p> <p>Eviter toute irritation et odeur</p> <p>Eviter d'utiliser des tampons intra-vaginaux</p> <p>Utiliser des serviettes hygiéniques s à changer régulièrement</p> <p>Utiliser des slips en coton à laver régulièrement et à sécher au soleil.</p>

COMPOSANTE 3 : IST / VIH / SIDA

I. NIVEAU COMMUNAUTAIRE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Activités CCC 2. Distribution des préservatifs (M/F) 3. Orientation des cas des IST 4. Suivi des patients atteints de VIH/Sida contre-référés 5. Dispensation communautaire des ARV 6. Recherche des perdus de vue 7. Accompagnement des patients perdus de vue retrouvés dans la formation sanitaire 8. Approche de dépistage centré sur la famille 9. Approche de dépistage de la patrie des personnes infectées par le VIH (enfants) 10. Contact-tracing 11. Approche de dépistage des femmes allaitantes
II. NIVEAU CENTRE DE SANTE (CSI/CMA)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Activités CCC 2. Distribution des préservatifs (M/F) 3. Prise en charge syndromique des cas d'IST 4. Suivi des patients VIH/Sida contre-référés 5. Référer les cas suspects 6. Détection et prise en charge des infections opportunistes 7. Dépistage de la syphilis chez la femme enceinte 8. supervision des activités des Agents de Santé Communautaire (ASC) 9. Stratégie avancée de dépistage communautaire 10. Approche de dépistage de la patrie des personnes infectées par le VIH (enfants) 11. Contact-tracing 12. Recherche des perdus de vue 13. Approche de dépistage centré sur la famille 14. Prise en charge des cas infectés au VIH/IST 15. Reference pour le suivi biologique si non disponible
III. NIVEAU HOPITAL DE DISTRICT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Activités Niveau CSI/CMA 2. Distribution des préservatifs (M/F) 3. Prise en charge syndromique des IST 4. Prise en charge étiologique 5. Prise en charge des cas suspects et référés 6. Prise en charge des coinfections et comorbidités 7. MEO de la stratégie avancée du dépistage communautaire 8. Prise en charge des cas de résistance au traitement

	9. Prise en charge des cas de complications
IV. NIVEAU HOPITAL (catégorie 1, 2, 3)	1. Activités Niveau Hopital de District 2. Facteurs de risque épidémiologique 3. Distribution des préservatifs 4. Prise en charge étiologique des cas référés
V. COMPLICATIONS ET SEQUELLES DES IST	
VI. PRISE EN CHARGE CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE DE L'INFECTION A VIH/SIDA CHEZ L'ADULTE	
VII. ANNEXES	ANNEXE 1 : Ordinogramme IST ANNEXE 2 : Ordinogramme des infections opportunistes ANNEXE 3 : Classification utilisée pour le VIH ANNEXE 4 : Fiche technique de l'examen clinique du patient ANNEXE 5 : contenu du counseling ANNEXE 6 : Thèmes de l'IEC ANNEXE 7 : Diagnostic biologique des IST en milieu hospitalier

I. NIVEAU COMMUNAUTAIRE

1. Activités de CCC:

<p>1.1. organiser des réunions éducatives en direction des leaders communautaires</p>	<p>1.2. organiser des séances de causerie éducative au sein de la communauté sur les thèmes suivants :</p>	<p>1.3. faire des entretiens (individuels) avec les patients qui le sollicitent :</p>
<p>Afin de susciter leur participation aux activités de lutte contre les IST/Sida</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Signes d'appel des IST et HVB • Modes de transmission • Complications • Inconvénients de l'automédication • Avantage des consultations précoces au niveau des structures de santé • Intérêt du traitement des partenaires • • Promotion du préservatif (M/F) et des pratiques sexuelles sécuritaires • Recours au dépistage du VIH 	<p>Lors du counseling les messages éducatifs suivants doivent être transmis dès la première consultation:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1). Nécessité de se faire traiter en même temps que les partenaires sexuelles; 2). A défaut de traitement, peuvent survenir des complications: infécondité, grossesses ectopiques, possibilité d'infection Du fœtus ou du nouveau –né chez la gestante ou chez la parturiente 3). Nécessité d'observer le traitement en dose et en durée et s'abstenir de rapports jusqu'à la guérison complète ou à défaut, utiliser des préservatifs, de même que la /le(s) partenaire(s); 4). Une IST peut faciliter l'infection par le VIH; 5). Importance de consulter précocement et revenir en consultation en cas de persistance des symptômes 6). Eviter l'automédication; 7). Informer sur les pratiques sexuelles plus sûres, y compris l'utilisation des préservatifs; 8). Importance de la complaisance au traitement. 9). Recours au dépistage volontaire du VIH 10). Insister sur la possibilité de la transmission anales des IST et du VIH 11). Démonstration technique d'utilisation du préservatif

Cameroun

Paquet d'activités

Apport de soins aux malades ;

Éducation des familles et de la communauté dans le but de prendre le relais des soins prodigués dans les établissements sanitaires ;

Recherche des perdues de vue ;

Collection, analyse et transmission des informations sur les activités menées dans la communauté ;

Référence efficace vers une formation sanitaire pour une de prise en charge.

Distribution des ARV dans la communauté (ASC)

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

2.1. Gestion de stock des préservatifs masculins et féminins

2.2. Démonstration de la technique d'utilisation aux demandeurs

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

II. NIVEAU DE CSI/CMA

1. CCC	2. Distribution de préservatifs masculins et féminins	3. Prise en charge syndromique des cas d'IST	4. Suivi des patients VIH/SIDA contre référés
<p>Tout ce qui se fait au niveau communautaire +</p> <ul style="list-style-type: none"> • Causeries dans les structures sur les thèmes IST, VIH, HVB, PTME, CDV, Accompagnement soutien aux personnes vivant avec le VIH • Counseling spécifique à chaque patient pendant la consultation 	<ul style="list-style-type: none"> • Commande de préservatifs • Gérer le stock • Assurer l'approvisionnement des relais 	<p>(voir ordinogramme en annexe 1)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tout ce qui se fait au niveau communautaire

5. Référer les cas suspects	6. Détection et prise en charge des infections opportunistes suivant la classification de BANGUI	7. Dépistage de la syphilis chez la femme enceinte	8. Formation recyclage des relais
<ul style="list-style-type: none"> • Interroger les patients sur les facteurs de risque épidémiologiques: • Comportement actuel ou passé à haut risque • Toxicomanie par voie intraveineuse • Vagabondage sexuel • Relation sexuelle avec un partenaire reconnu atteint du SIDA ou séropositif • Rappports sexuels avec des partenaires qui présentent des facteurs de risque épidémiologiques ou venant d'une zone à forte prévalence de l'infection à VIH • En pratiquant la sodomie avec d'autres hommes - Antécédents récents de lésions génitales ulcérées - Antécédents de transfusion sanguine après 1975 effectuée avec du sang, du plasma ou un facteur de coagulation non contrôlé ou (même s'il y a eu contrôle) provenant d'une zone à forte prévalence de l'infection à VIH - Antécédents de scarifications, tatouages, percement d'oreilles ou circoncision avec des instruments non stérilisés. 	<ul style="list-style-type: none"> • Commande de préservatifs • Gérer le stock • Assurer l'approvisionnement des relais 	(cf.: Normes et protocoles CPN)	(cf.: document formation des relais)

Dépistage à toutes les portes d'entrée de la SR

- Evaluer les connaissances du patient ;
- Evaluer les risques pris ;
- Evaluer les facteurs psychosociaux ;
- Explorer les convictions socioculturelles ;
- Développer un plan de réduction des risques ;
- Aider à prendre la décision.

Stratégie avancée de dépistage communautaire

III. NIVEAU HOPITAL DE DISTRICT

1. Activités CCC idem que CSI/CMA
2. Distribution préservatifs masculins et féminins:
3. Prise en charge syndromique des IST: idem que centre de santé
4. Prise en charge étiologique en cas de référence:
5. Dépistage à toutes les portes d'entrée de la SR
 - Evaluer les connaissances du patient ;
 - Evaluer les risques pris ;
 - Evaluer les facteurs psychosociaux ;
 - Explorer les convictions socioculturelles ;
 - Développer un plan de réduction des risques ;
 - Aider à prendre la décision.

6 MEO de la stratégie avancée du dépistage communautaire.

4.5. Examen du laboratoire				
<ul style="list-style-type: none"> • Coloration de gram : si gonocoque = diplocoque gram négatif • Examen à l'état frais : mis en évidence de trichomonas vaginalis • Test sérologique 				
4.6. Traitement spécifique des cas et partenaires				
Gonococcie	Chlamidiose	Trichomonas	Vaginose bactérienne	Candidose génitale
<ul style="list-style-type: none"> • Ciprofloxacine 500 mg prise unique ou Spectinomycine (Trobicine) 2grs en une injection IM 	<ul style="list-style-type: none"> • Doxycycline cp 100mg x 2/jr pendant 10 jours chez la femme enceinte Erythromycine 500mgx4/jr pdt 10 à 14 jours 	<ul style="list-style-type: none"> • 8cp de 250mg de Métronidazole (2 grammes) prise unique 	<ul style="list-style-type: none"> • Métronidazole 250 mg, 2g en prise unique (8 cps) et 1 ovule /soir pendant 7 jours 	<ul style="list-style-type: none"> • Nystatine 100.000 UI : 1cp gynécologique/jr pendant 14 jours • Daktarin gel sur la vulve • chez le partenaire instillation de Nystatine)

Syphilis tardive	Chancre mou	Herpes génital	Lymphogranulomatose vénérienne
<ul style="list-style-type: none"> • Benzathine pénicilline 2,4 M en une injection IM par semaine pendant 3 semaines • Si allergie à la pénicilline : tétracycline 500mgx4/jr pendant 14 jours • chez la femme enceinte : Erythromycine 500mgx4/jr pendant 14 jours 	<ul style="list-style-type: none"> • Première intention : Ciprofloxacine 500 mg en prise unique • Deuxième intention : Péfloxacin 400 mg (Péflacine) 2cp en une prise unique 	<ul style="list-style-type: none"> • Vésicules regroupés qui s'ulcèrent et laissent couler une sérosité avec adénopathie inguinale douloureuse - Pendant la poussée clinique, Acyclovir (Zovirax) 200mgx5/j pdt 7 jours - Pendant les phases de recrudescence : Acyclovir 200mgx5/jr pdt 5 jours 	<ul style="list-style-type: none"> • Ulcération indolore non indurée au niveau du Gland, du pénis chez l'homme, au niveau des lèvres ou de la paroi vaginale chez la femme - Tétracycline 250mg; 2cpx4/j pendant 10 jours - chez la femme enceinte : Erythromycine 500 mg, 1cpx4/j pendant 14 jours

4.7. Proposition de sérologie HIV	4.8. Contrôle et évaluation	5. Prise en charge des cas suspects	6. Prise en charge des infections opportunistes
<ul style="list-style-type: none"> • Une proposition de sérologie devra être faite. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si guérison : arrêt du traitement • Si pas guérison : référer 	<ul style="list-style-type: none"> • cf niveau poste de santé en plus : <ul style="list-style-type: none"> - Sarcome de kaposi - Candidose oesophagienne - Baisse de l'acuité visuelle (rétinite à cytomégalovirus) - Pneumopathie rebelle - Signes méningés 	<ul style="list-style-type: none"> • Diarrhée • Candidose buccale • Pneumopathie non spécifique • Lymphadénopathie • Fièvre (voir ordinogramme correspondant en annexe)

Prescription des ARV (UPEC)

Cameroun

IV. AU NIVEAU HOPITAL (Catégorie 3, 2 ou

1)) Activités CCC idem que HD

Distribution préservatifs masculins et féminins:

Prise en charge syndromique des IST: idem que centre de santé

Prise en charge étiologique des cas référés

Dépistage à toutes les portes d'entrée de la SR

- Evaluer les connaissances du patient ;
- Evaluer les risques pris ;
- Evaluer les facteurs psychosociaux ;
- Explorer les convictions socioculturelles ;
- Développer un plan de réduction des risques ;
- Aider à prendre la décision.

6 Prescription des ARV (CTA).

7 MEO de la stratégie avancée du dépistage communautaire.

	Complications et séquelles des IST	Prise en charge clinique et thérapeutique de l'infection à VIH/SIDA chez l'adulte
<ul style="list-style-type: none"> •Prise en charge étiologique des cas référés par le centre de santé (Communauté/CSI/CMA) / HD •Recherche et identification des agents des IST - Neisseria gonorrhée - Trichomonase vaginale - Candida albicans - Chlamydia Trichomatis - Vaginose bactérienne - Sérologie : syphilis - VIH Hépatite virale B 	IV.1. Complications des IST :	(voir ordinogramme en annexe)
	IV. 1.1. chez la femme	
	° Cancer du col de l'utérus	
	IV. 1.2. chez l'homme	
	<ul style="list-style-type: none"> • Epididymite •Orchite • Prostatite- vésiculite • Abcès urinaire 	

<ul style="list-style-type: none"> • Les tests supplémentaires alternatifs doivent de préférence être différents (tests indirects plutôt que de type compétitif et utiliser des antigènes autres que ceux utilisés pour le test initial afin de réduire le risque de résultats faussement positifs (lysat viral de préférence aux polypeptides recombinants ou synthétiques) • Les techniques utilisées pour les tests supplémentaires conventionnels sont : le Western Blot (WB), l'immunofluorescence indirecte et la radio-immun précipitation (RIPA). Un test supplémentaire conventionnel est nécessaire seulement en l'absence de concordance dans les résultats des tests initiaux et du test supplémentaire alternatif, ou en cas de réaction équivoque à l'un ou l'autre des tests. • S'il n'y a pas de possibilité d'effectuer un test supplémentaire conventionnel, il faut faire un second prélèvement sanguin et l'analyser deux semaines après le premier. Le second échantillon doit être adressé à un laboratoire de référence si le résultat demeure équivoque. • Aux stades précoces de la séroconversion, les résultats obtenus par le WB peuvent être indéterminés. Tester à nouveau le même échantillon. Si le schéma se répète, refaire un second prélèvement et l'analyser 2 semaines après le premier. Si le schéma persiste, le sujet doit être testé périodiquement pendant au moins 6 mois. Une personne dont les résultats au test continuent d'être systématiquement indéterminés pendant 6 mois, en l'absence de facteurs de risque épidémiologiques ou de signes cliniques, peut être considérée comme négative pour les anticorps anti-VIH. 	IV. 2. Séquelles des IST	
	IV.2.1. chez la femme	
	<ul style="list-style-type: none"> • Infertilité • Grossesse extra utérine 	
	IV.2.2. chez l'homme	
	<ul style="list-style-type: none"> • Rétrécissement urétral • Stérilité par azoospermie excrétoire 	

Ajouts : chaque site doit avoir deux tests : 1^{er} determine et 2eme Oraquick. En cas d'indisponibilité du 2eme test, il faut référer

VI. ANNEXES		
ANNEXE 1 : ORDINOGRAMME IST	ANNEXE 2 : ORDINOGRAMME DES INFECTIONS OPPORTUNISTES	ANNEXE 3 : Classification utilisés pour le VIH
1.1 Ulcération génitale 1.2 Ecoulement urétral chez l'homme 1.3 Ecoulement vaginal 1.4 Douleur abdominale basse chez la femme	2.1. Prise en charge clinique et thérapeutique de l'infection à VIH chez l'adulte au niveau de la formation sanitaire	ANNEXE 4 : Fiche technique de l'examen clinique du patient
	<ul style="list-style-type: none"> • Diarrhée chronique • Fièvre • Candidose buccale • Céphalées 	ANNEXE 5 : Contenu du counseling
	2.2. Prise en charge clinique et thérapeutique de l'infection à VIH chez l'adulte au niveau du District	ANNEXE 6 : Thèmes d'IEC
	<ul style="list-style-type: none"> • Fièvre • Céphalées • Lymphadénopathies • Toux chronique 	ANNEXE 7 : Diagnostic paraclinique des IST au niveau hospitalier
	2.3 Prise en charge clinique et thérapeutique de l'infection à VIH chez l'adulte au niveau d'hôpital	
	<ul style="list-style-type: none"> • Diarrhée chronique • Fièvre • Céphalées • Lymphadénopathies • Toux chronique 	

ANNEXE 2 : ORDINOGRAMME DES INFECTIONS OPPORTUNISTES

2.1. Prise en charge clinique et thérapeutique de l'infection à VIH chez l'adulte au niveau de la formation sanitaire	2.2. Prise en charge clinique et thérapeutique de l'infection à VIH chez l'adulte au niveau du District	2.3 Prise en charge clinique et thérapeutique de l'infection à VIH chez l'adulte au niveau d'hôpital
<ul style="list-style-type: none"> • Diarrhée chronique • Fièvre • Candidose buccale • Céphalées 	<ul style="list-style-type: none"> • Fièvre • Céphalées • Lymphadénopathies • Toux chronique 	<ul style="list-style-type: none"> • Diarrhée chronique • Fièvre • Céphalées • Lymphadénopathies • Toux chronique

ANNEXE 3 : Classification utilisée dans le cadre de l'infection à VIH

8.1. Classification de BANGUI : Niveau de centre de santé/hôpital de district (Niveau I)

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

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

8.2. Classification de l'OMS : niveau centre de santé ou HR ou CHU			
Stade clinique 1	Stade clinique 2	Stade clinique 3	Stade clinique 4
<ul style="list-style-type: none"> • Patiente asymptomatique • Adénopathies persistantes généralisées • Degré d'activité 1 : activité normale 	<ul style="list-style-type: none"> • Perte de poids < 10 % du poids corporel • Zona (au cours des 5 dernières années) • Manifestations cutanéomuqueuses mineures (dermite séborrhéique, prurigo, ulcérations buccales, chéilite angulaire) • Infections récidivantes des voies aériennes supérieures • Degré d'activité 2 : patient symptomatique, activité normale 	<ul style="list-style-type: none"> • Perte de poids > 10 % du poids corporel • Diarrhée inexplicables > 1 mois • Candidose buccale • Tuberculose pulmonaire au cours de l'année précédente • Infection bactérienne sévère • Degré d'activité 3 : patient alité moins de 50 % temps 	<ul style="list-style-type: none"> • Syndrome cachetisant dû au VIH • Pneumocystose • Toxoplasmose cérébrale • Cryptosporidiose avec diarrhée > 1 mois • Cryptococcose extrapulmonaire • Cytomégalovirose • Herpès vireux cutanéomuqueux > 1 mois ou viscéral • Leucoencéphalite multifocale progressive • Mycose endémiques généralisées (histoplasme, coccidioïdomycose) • Candidose œsophagienne, trachéales, bronchique ou pulmonaire • Mycobactériose atypique disséminée • Septicémie à salmonelle mineure • Tuberculose extrapulmonaire • Lymphome malin • Sarcomes de Kaposi • Encéphalopathie à VIH • Degré d'activité 4 : patient alité de plus de 50 % du temps

8.3. Classification du CDC 1993 : Niveaux centres de santé ou HR ou CHU		
Catégorie A	Catégorie B	Catégorie C
<ul style="list-style-type: none"> • Un ou plusieurs des critères listés ci- dessous chez un adulte ou un adolescent infecté par le VIH, s'il n'existe aucun critère des catégories B et C : - Infection VIH asymptomatique - Lymphadénopathie persistante généralisée - Primo-infection symptomatique 	<ul style="list-style-type: none"> • Manifestations cliniques chez un adulte ou adolescent infecté par le VIH, ne faisant pas partie de la catégorie C et qui répondent au moins à l'une des conditions suivantes : - Engiomasose bacillaire - Candidose oropharyngée - Candidose vaginale, persistance, fréquente ou qui répond mal au traitement - Dysplasie du col (modérée ou grave), carcinome in situ - Syndrome constitutionnel : Fièvre (38°5C) ou diarrhée supérieure à 1 mois - Leucoplasie chevelue de la langue - Zona récurrent ou envahissant plus d'un dermatome - Purpura thrombocytopénique idiopathique - Listériose - Neuropathie périphérique 	<ul style="list-style-type: none"> • Cette catégorie correspond à la définition de SIDA chez l'adulte. Lorsqu'un sujet a présenté une des pathologies de cette liste, il est définitivement dans la catégorie C : - Candidose bronchique, trachéale ou extrapulmonaire - Candidose de l'oesophage - Cancer invasif du col - Coccidioïdomycose disséminée ou extrapulmonaire - Cryptococcose extrapulmonaire - Cryptosporidiose intestinale évoluant depuis plus d'un mois - Infection à CMV (autre que foie, rate, ganglions) - Rétinite à CMV - Encéphalopathie due au VIH - Infection herpétique, ulcères chroniques supérieurs à 1 mois ; ou bronchique, pulmonaire ou œsophagienne - Histoplasmosse disséminée ou extrapulmonaire - Isosporidiose intestinale chronique (supérieur à un mois) - Sarcome de Kaposi - Lymphome de Burkitt - Lymphome immunoblastique - Lymphome cérébral primaire - Infection à Mycobactérium avium ou kansii, disséminée ou extrapulmonaire - Infection à Mycobacterium tuberculosis, quel que soit la localisation (pulmonaire ou extrapulmonaire) - infection à mycobactérie identifiée ou non, disséminée ou extra pulmonaire - Pneumopathie bactérienne récurrente - Leuco-encéphalite multifocale progressive - Septicémie à salmonelle non typhi récurrente - Syndrome cachectique dû au VIH - Toxoplasmose cérébrale

ANNEXE 4 : FICHE TECHNIQUE DE L'EXAMEN CLINIQUE DU PATIENT	
Etapes de la prise en charge syndromique des cas d'IST et HVB Identification du malade à insérer	
9. L'histoire de la maladie Elle doit porter sur les points suivants:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Etablissement de confiance 2. Motif de la consultation 3. Histoire sexuelle 4. Evaluation des risques 5. Antécédents médicaux

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

2. Examen physique

Chez l'homme	Chez la femme
Examen clinique	Examen clinique
Doit être mené comme suit : 1. Examen de la cavité buccale 2. Recherche de ganglions lymphatiques cervicaux, axillaires, inguinaux 3. Examen de la peau pour dépister d'éventuelles éruptions, ulcérations, etc. 4. Examen des poils du pubis pour détecter la présence de phtirius pubis 5. Examen de l'anus 6. Examen de la peau du pénis en retirant le prépuce 7. Pression de l'urètre pour voir s'il y a des écoulements 8. Examen du scrotum (testicules, épидидyme, cordon spermatique)	Doit être mené comme suit : 1. Examen de la cavité buccale 2. Examen du système lymphatique 3. Examen de la peau pour rechercher des éruptions et des ulcérations 4. Examen de l'abdomen 5. Examen des poils du pubis pour détecter la présence de phtirius pubis 6. Examen du périnée, de la vulve et de la région inguinale 7. Examen du vagin et du col de l'utérus avec un spéculum 8. Examen bi-manuel du pelvis

Chez l'homme			
Examen de la cavité buccale	Examen du système lymphatique	Examen de la peau	
<ul style="list-style-type: none"> Rechercher des lésions muqueuses évoquant la syphilis. La présence de candidose ou du sarcome de kaposi suggère le diagnostic du SIDA. 	<ul style="list-style-type: none"> Rechercher des adénopathies localisées ou généralisées. Aussi bien la syphilis que le SIDA peut produire des adénopathies généralisées. Il faut bien examiner la région inguinale. 	<ul style="list-style-type: none"> Détecter la présence d'éruptions et d'ulcérations. Les lésions de syphilis secondaire peuvent ressembler à n'importe quelle affection cutanée et se trouver sur n'importe quelle partie du corps, savoir les rechercher sur les paumes des mains et sur la plante des pieds. 	
Examen de l'abdomen	Examen des poils et du pubis	Examen de l'anus	
<ul style="list-style-type: none"> Avant de procéder à l'examen pelvien, il convient d'examiner l'abdomen. Il faut rechercher l'éventuelle présence de douleur, de résistance et de pression abdominale, ainsi que la présence de masses dures. 	<ul style="list-style-type: none"> Il faut rechercher la présence de Phtirius pubis (morpion) 	<ul style="list-style-type: none"> Rechercher des lésions d'herpès génital, ou des condylomes, etc. 	
Examen du pénis		Examen du scrotum	
<ul style="list-style-type: none"> Rechercher la présence d'éruptions et d'ulcérations. Si le patient n'est pas circoncis, dérouler le prépuce et examiner le gland, le sillon préputial, le frein et le méat urétral. S'il n'y a pas d'écoulement urétral évident, massé pour vérifier qu'il n'y a pas d'écoulement 		<ul style="list-style-type: none"> Palper le scrotum pour essayer de décrocher d'éventuelles anomalies des testicules, de l'épididyme et du cordon spermatique. 	
Chez la femme			

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

ANNEXE 5 : CONTENU DU COUNSELING

1. COUNSEILING	
Le counseling doit précéder tout test de dépistage. l'attente d'un résultat sérologique est tout aussi génératrice d'angoisse, de peur, d'interprétations abusives qu'un statut sérologique positif ; dès lors, il s'avère utile, pour le conseiller de s'assurer de la bonne compréhension par le consultant de la signification d'un test positif ou négatif et des implications respectives de ces résultats	
CE QU'IL FAUT FAIRE	CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE
<ul style="list-style-type: none"> • S'assurer de la faisabilité du test • Connaitre les raisons du test • Apprécier le niveau d'information et le compléter au besoin • Assurer la confidentialité • Obtenir un consentement éclairé • S'enquérir de l'existence d'un réseau de soutien et d'aide 	<ul style="list-style-type: none"> • Livrer des informations incomplètes • Induire l'angoisse par des attitudes ou des propos inadéquats
2. COUNSELING POST TEST	
L'annonce du résultat est obligatoire. C'est un temps fort du counseling. La démarche qui s'ensuit, est fonction du statut sérologique.	
2.1. A l'annonce du résultat	2.2. En cas de séropositivité
<ul style="list-style-type: none"> • Il n'y a pas de recettes. L'annonce sera d'autant plus facilitée que le counseling en pré-test aura été bien mené. • Les réactions du consultant seront fonction de son statut sérologique, de sa personnalité et du savoir-faire du conseiller. • L'annonce du résultat positif du test provoque presque toujours une situation de crise, extériorisée ou non. 	Il est important d'aider le consultant à gérer la situation de crise et à mieux vivre son nouveau statut.
CE QU'IL FAUT FAIRE	CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE
<ul style="list-style-type: none"> • Respecter les préalables déjà cités (confidentialité, confirmation) • Renouveler les informations relatives à l'infection à VIH/sida • Encourager à l'adoption de comportement apte à réduire les risques de transmission et d'apparition de co-facteurs (IST) • L'aider à gérer sa sexualité • Le soutenir face aux perturbations psychosociales • L'amener à prendre ses responsabilités individuelles face au (ou à la) partenaire et à la communauté • Assurer des consultations régulières, d'abord seul puis avec le (ou la) partenaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Livrer des informations incomplètes • Induire l'angoisse par des attitudes ou des propos inadéquats

- | | |
|--|--|
| • L'impliquer comme acteur dans la lutte contre le Sida. | |
|--|--|

2.3. En cas de séronégativité	CE QU'IL FAUT FAIRE
La personne se sentira soulagée. Le conseiller devra l'aider à préserver son statut sérologique.	<ul style="list-style-type: none"> • Maintenir la confidentialité • Reprendre les informations données au pré-test • S'assurer d'une compréhension du processus de l'infection à VIH/Sida • L'encourager à une pratique sans risque • Maintenir le contact • L'impliquer comme acteur dans la lutte contre le Sida.

DEROULEMENT DU COUNSELING

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

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

2.4. La famille et l'entourage	3. En l'absence de test
<p>Compte tenu des rapports entre le sujet et son entourage d'une part, et des réalités sociales d'autre part, le conseiller devra particulièrement s'attacher à:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Responsabiliser le sujet contaminé dans ses relations avec son entourage • Induire un réseau de soutien au sein de la communauté • Répondre aux questions de l'entourage en accord avec le consultant • Réduire tout risque de rejet • Discuter avec le (ou la) partenaire durant les consultations ultérieures et faciliter le dépistage en accord avec le consultant • Amener à éviter toute pratique à risque (rapports sexuels non protégés, échanges de seringues, co-facteurs) 	<p>Dans le cas spécifique, il appartient au médecin, se référant à la classification de Bangui, de poser le diagnostic, et de suggérer la mise en œuvre du counseling, en attendant la sérologique.</p>

ANNEXE 6 : THEMES D'IEC

Les thèmes suivants sont recommandés pour les séances d'IEC
<ul style="list-style-type: none"> • Les modes de transmission, • Les manifestations cliniques • Les complications • Les liens entre les IST et le VIH/SIDA • Les méthodes préventives (IST, VIH, PTME, CDV) • L'accompagnement et soutien psycho social aux PVVIH

PTME

Prévention de la Transmission Mère Enfant (PTME)

1. DEPISTAGE			
AVANT LA GROSSESSE	PENDANT LA GROSSESSE	APRES LA GROSSESSE	PENDANT L'ALLAITEMENT
<ul style="list-style-type: none"> - Information la plus large possible de la communauté sur la PTME (CDV, CCA, GPF, Collèges/lycées) - Conseil dépistage volontaire - Dépistage à l'initiative du prestataire - Proposition systématique du test VIH lors du bilan prénuptial ou préconception 	<p>Le dépistage de routine du VIH sera fait 2 fois au cours des consultations prénatales:</p> <ul style="list-style-type: none"> -À la 1^{ère} consultation prénatale -À la 3^{ème} consultation prénatale, si le test était négatif à la 1^{ère} visite -Si elle ne vient pas à la 3^{ème} consultation, la tester à la 4^{ème} ou au cours du travail. - Pendant le travail <ul style="list-style-type: none"> ° conditions : confidentialité, sécurité consentement éclairé ° Mesures à prendre : rendre disponibles les tests rapides en salle d'accouchement et former les sages-femmes à leur utilisation. 	<ul style="list-style-type: none"> - Intégration du conseil et dépistage du VIH dans le paquet de soins du post partum - Consultations post natales: avant la sortie de la maternité, en 1^{ère} CPoN (J1-J3), 2^{ème} CPoN (J9 – J15), 3^{ème} CPoN (J16-J42). - En cas d'accouchement à domicile: proposer le test à la mère dès le premier contact avec le personnel de santé <ul style="list-style-type: none"> ° Distribution de dépliants illustrés avec des informations générales sur la prise en charge de l'enfant et ses droits en langues nationales lors de l'établissement du certificat d'accouchement 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Lors des consultations pédiatriques Tout contact avec un enfant est une occasion pour faire passer des messages de prévention aux parents 2. Lors des vaccinations

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

Options de Dépistage et conseil	Étapes du dépistage et conseil en CPN	
<p>- Test de dépistage systématiquement proposé au 1er contact avec la femme enceinte</p> <p>° Même si le 1er contact a lieu au moment du travail, à l'accouchement, juste après la naissance ou pendant l'allaitement</p> <p>- Test proposé chez les femmes en âge de procréer à toutes les occasions possibles (consultation gynécologique, planning familial, conseils pré- conceptionnels, bilan de stérilité, bilan prénuptial...)</p> <p>- Test systématiquement proposé en cas de</p> <p>° IST et HVB</p> <p>° Tuberculose</p> <p>° symptômes cliniques d'autres infections opportunistes (classification OMS)</p> <p>- Test effectué à la demande des patientes</p> <p>La proposition de test de dépistage sera renouvelée en toutes ces occasions même en cas de résultat antérieur négatif</p>	Sensibilisation du groupe au début de la séance de CPN	Conseil avant le test au cours de la consultation individuelle
	Des séances d'information de groupe doivent être organisées à l'intention des femmes enceintes présentes dans les salles d'attente des CPN et de leurs accompagnateurs (concernant les modes de transmission du VIH/HVB, les moyens de prévention et en particulier ce qu'est la PTME dont l'allaitement protégé et quels en sont les avantages et les contraintes).	Le test de dépistage du VIH doit être systématiquement proposé à la femme enceinte dès la première visite de CPN, quel que soit l'âge de la grossesse. Il doit faire partie du bilan prénatal. En cas de refus, il faut organiser faire le counseling pour des conseils plus approfondis. Si le refus persiste, renouveler la proposition de test lors des consultations ultérieures.
Diagnostic biologique de l'infection à VIH au laboratoire	En fonction du site où le dépistage est réalisé	
Le diagnostic biologique doit se faire selon les normes et protocoles nationaux en vigueur. Le prélèvement de sang en salle de CPN sera préféré chaque fois que c'est possible pour minimiser risque de déperdition si l'on réfère les femmes au laboratoire pour le prélèvement	<p>Centre de Santé Intégré /CMA</p> <p>° Le résultat positif ou négatif doit être rendu à la femme dans l'heure suivant le prélèvement</p> <p>Pour les deux sites, si le résultat est douteux il faut faire un 2ème prélèvement, l'envoyer au laboratoire de référence, avec la mention « urgent, grossesse » et selon le terme de la grossesse la conduite à tenir est la suivante:</p> <p>° Entre S14 et 28 SA : reconvoquer la femme pour lui rendre le résultat dans le mois suivant le 1er test.</p> <p>° Après 28 SA : contacter le laboratoire de référence pour savoir dans quel délai le résultat sera disponible (confirmation sérologique et/ou virologique) et discuter le début des ARV (dans ce cas annoncer le doute sur le résultat à la femme)</p>	

Conseil après le test	Recommandations sur les tests VIH les centres de santé intégrés / CMA,
<p>Les entretiens pré et post tests seront effectués de préférence par le même prestataire. Ils doivent se dérouler en toute confidentialité dans un bureau à huis clos où les femmes seront reçues une à une.</p> <p>Le conseil individuel post test a pour but d'annoncer les résultats et d'indiquer la conduite à tenir selon que les résultats sont positifs ou négatifs ou indéterminés.</p> <p>Le prestataire doit convaincre la femme enceinte d'amener le partenaire et la fratrie à se faire tester pour bénéficier et du dépistage des services offerts</p>	

2. PROPHYLAXIE DE LA FEMME ENCEINTE SEROPOSITIVE

Indication de la mise sous TARV	Hôpital de toute catégorie	Quand débiter le traitement
<ul style="list-style-type: none"> - chez la femme enceinte séropositive n'ayant jamais reçu de traitement ARV on devra démarrer la PEC dès que le résultat du test est positif - quel que soit le stade clinique ou le taux de CD4 - Aussitôt dépistées, elles sont mises sous traitement à vie. 	Trithérapie	Dès que le test de VIH est positif quel que soit le stade clinique ou le taux de CD4 quel que soit l'âge de la grossesse.

Femmes déjà sous ARV avant la grossesse	
<p>S'assurer de :</p> <ul style="list-style-type: none"> l'innocuité des molécules utilisées en contexte de grossesse. l'efficacité du traitement en cours (évaluation clinique et biologique, (CD4, charge virale)). 	

3. Bilan chez la femme séropositive (Arrimer aux recommandations camerounaises actualisées)

Monitoring du TARV au laboratoire	Pendant la grossesse	Après l'accouchement
Il faudra faire au minimum : - Hémogramme - Transaminases - Créatinémie - Numération des lymphocytes CD4 (tous les 6 mois) Si possible - Glycémie	- CPN : au moins 4 CPN* - Bilan biologique prénatal habituel+ sérologie toxoplasmose - Mesures préventives et promotionnelles habituelles + une 3ème dose de TPI 1 mois après la 2ème dose - Promotion de l'utilisation du préservatif - Accompagnement psychosocial avec l'éducation thérapeutique, Elaboration du plan d'accouchement et la discussion concernant le choix du mode d'alimentation du futur enfant	- Poursuite des ARV à vie ° vérifier l'observance ° vérifier la tolérance ° Examen clinique particulièrement l'état des seins - Double protection : préservatifs + autre moyen de planification familial au moins pendant 2 ans - Suivi gynécologique (consultation post natale): Cf politique normes et protocole SR - Suivi médical pour la mère pour le traitement ARV, on réfèrera la femme dans le service de prise en charge des PVVIH le plus proche où la prophylaxie des infections opportunistes sera initiée. Le suivi s'effectuera selon le protocole du programme de PEC des PVVIH.

4. SOLUTIONS AUX PROBLEMES DE RESISTANCES POST PROPHYLAXIE ARV

- Bonne observance: accompagnement psychosocial+++
- Éducation thérapeutique
- Amélioration de l'accessibilité aux ARV (disponibilité des ARV)
- Supports d'aide à l'observance (affiches, cahiers de protocole, fiches techniques)
- Accompagnement communautaire : ASC et AS Santé communautaire, y inclus dispensation des ARV.
- Test de résistance si ATCD de prophylaxie si possible?

5. PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT NE DE MERE SEROPOSITIVE			
Alimentation	ARV	DIAGNOSTIC	SUIVI
Allaitement maternel exclusif (protégé)	Névirapine (NVP) 2mg/kg/J ou 0,2 ml/kg/j x 6 semaines si la maman a pris plus de 4	PCR* à 6 semaines, puis à 6 semaines après arrêt de l'allaitement	Vaccination Moustiquaire imprégnée
Substitut de lait maternel exclusif (si allaitement maternel impossible)	semaines de trithérapie ou 12 semaines si elle a pris moins de 4 semaines.	PCR* à 6 semaines	Surveillance de la croissance Etc...
		Sérologie : A 10 mois si PCR négative. Sérologie à 18 mois si sérologie positive.	

*Si négatif suivi simple, si positif démarrer ARV après le bilan pré thérapeutique

** Conditions pour une substitution de lait maternel : acceptabilité, disponibilité, accessibilité financière, durabilité, sécurité

Age de l'enfant	Dose journalière
0-6 semaines: Poids à la naissance 2000-2499 g	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 10 mg une fois par jour en une seule dose ▪ 15 mg une fois par jour en une seule dose
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Poids à la naissance ≥2500 g ▪ > 6 semaines à 12semaines 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 20 mg une fois par jour en une seule dose
Les nourrissons pesant <2000 g devraient recevoir 2 mg / kg en une seule dose	

Situations particulières

Situations cliniques	Conduite à tenir
1. Femme vue tardivement (< 4 semaines avant accouchement) ou mise sous traitement pendant le travail	- chez la mère démarrer la trithérapie (TDF + 3TC + EFV) et la poursuivre à vie - chez l'enfant, une dose journalière de NVP de la naissance à 12 semaines, quelque soit le mode d'alimentation.
2. Pour les enfants sous allaitement artificiel	- la prophylaxie du nourrisson sera soit NVP ou de l'AZT pendant 6 semaines.
3. grossesse chez une femme séropositive ayant déjà bénéficié d'une prophylaxie ARV pour la PTME lors d'une grossesse antérieure	Mère - mettre la mère sous trithérapie Enfant - l'enfant, une dose journalière de NVP de la naissance à 12 semaines, quel que soit le mode d'alimentation (A arrimer à l'option B+).
4. Menace d'accouchement prématuré	Mère - S'assurer que la femme prend régulièrement sa trithérapie - Prendre en charge la menace d'accouchement sur le plan obstétrical
5. Femme enceinte séropositive avec tuberculose évolutive	-Commencer par le traitement de la tuberculose, - Initier la thérapie ARV (protocole usuel) dès que l'état clinique le permet (de préférence 08 semaines suivant le début du traitement de la tuberculose) (Interactions médicamenteuses: rifampicine /ARV) - Tenir compte des modifications de doses de l'Efavirenz en présence d'anti tuberculeux. Enfant : - ZDV (4mg/kg toutes les 12heures) + 3TC (4mg/kg toutes les 12heures) pendant 6 semaines - + INH 5mg/Kg/ jour pendant 6 mois (Arrimer à l'option B+).
6. Alimentation de l'enfant né de mère séropositive	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les femmes VIH+ allaitantes : Allaitement exclusif durant les 6 premiers mois Des 06mois, introduire les aliments complémentaires tout en continuant l'allaitement maternel protégé jusqu'à 12mois. A 12 mois: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfant séronégatif ou de statut inconnu: arrêt progressif de l'allaitement ▪ Enfant infecté par le VIH: continuer l'allaitement jusqu'à 24 mois ou au-delà NB: L'allaitement ne devrait s'arrêter que si et seulement si une alimentation saine et appropriée peut être fournie	
<i>NB : l'alimentation artificielle peut être discutée si les 5 conditions (acceptable, faisable, abordable, durable et sûre), sont remplies au préalable.</i>	
<i>Il faudra débiter l'alimentation du nouveau-né 30 mn après la naissance telle que recommandée par la politique nationale en la matière</i>	

7. DIAGNOSTIC PRECOCE DU VIH CHEZ L'ENFANT

Diagnostic virologique :

- Avant 10 à 18 mois le diagnostic chez l'enfant ne peut pas être fait sur la sérologie en raison du transfert des anticorps maternels à travers le

placenta. Il doit donc être fait sur la recherche d'un des constituants du virus lui même : ARN ou ADN viral en PCR.

- La PCR est habituellement proposée à l'âge de 6 semaines ; ce choix est guidé par le fait que ce prélèvement va retrouver les virus transmis

in utero, durant le per partum et lors des premières tétées d'un allaitement maternel.

Cette date correspond également à celle de la

mise sous CTM des enfants nés de mère VIH +. C'est aussi l'âge de la première injection du vaccin pentavalent et celle de la troisième consultation post natale chez la mère

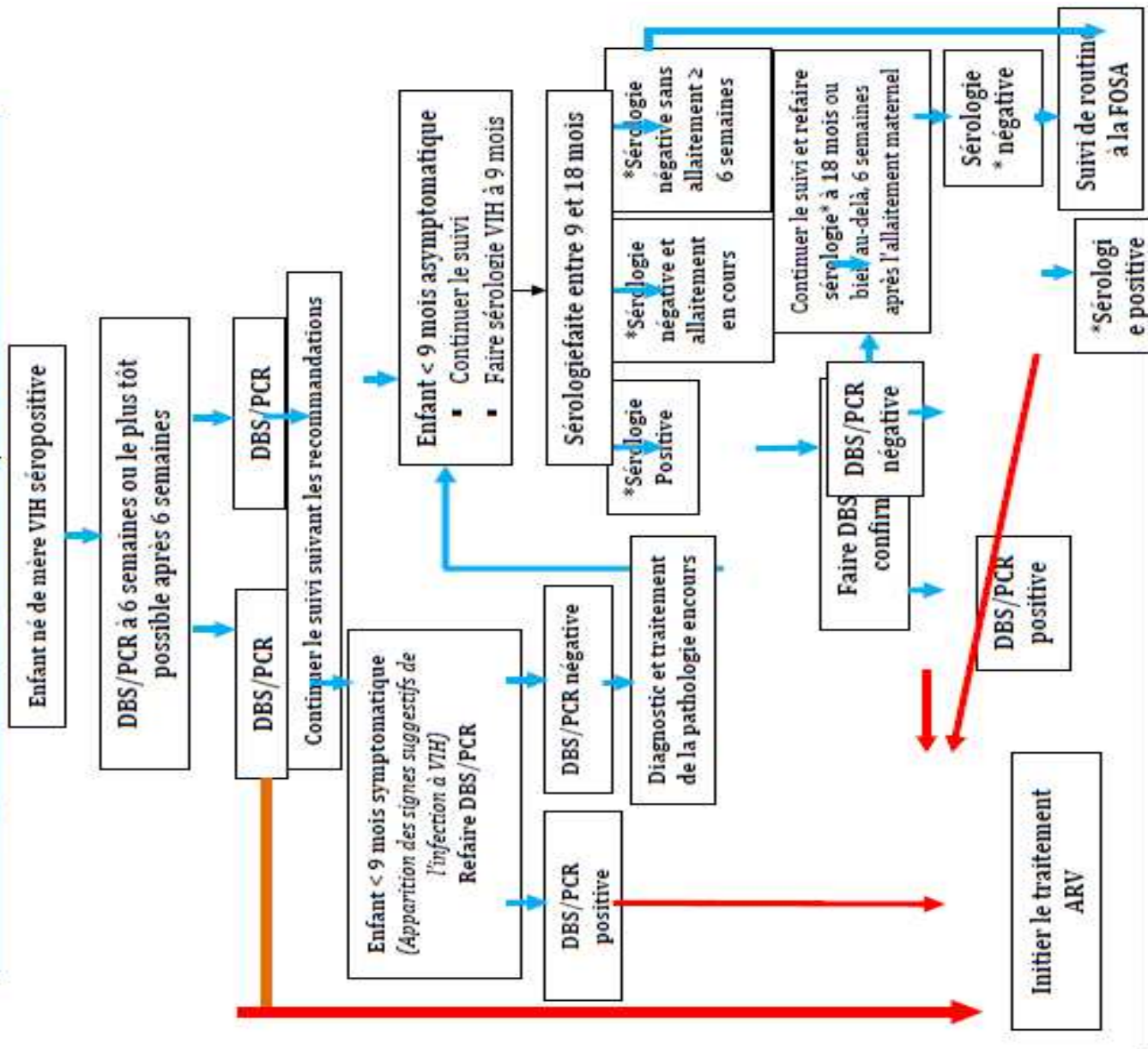
- Ce prélèvement doit être fait sur papier buvard (DBS) et adressé sous cette forme au laboratoire de référence.

- En cas de PCR positive, l'enfant est mis sous traitement ARV selon les recommandations nationales et une PCR2 est prélevée immédiatement pour confirmation du diagnostic avant le démarrage du traitement. (On n'attend pas le résultat pour initier le traitement).

En l'absence de virologie ou en attendant les résultats de la PCR	Arguments cliniques	Arguments anamnestiques	Arguments biologiques
Un diagnostic de présomption d'infection sévère peut aujourd'hui être posé sur des arguments cliniques et/ ou anamnestiques et / ou biologiques suivants	Existence d'un signe clinique du stade 4 ou Existence de 2 des 3 signes suivants - Candidose - Pneumopathie sévère - Infection sévère	- Mère au stade 4 sans traitement au moment de l'accouchement - Mère décédée du sida dans le mois suivant l'accouchement	Existence d'un pourcentage de CD4 < 20 %
Au terme de cette étape diagnostique, il doit être possible pour tout enfant de connaître son statut infectieux	Au terme de cette étape diagnostique avec une bonne complaisance de la maman la grande majorité des enfants ne sera pas infectée. Pour les enfants infectés une PEC s'impose dans les structures de référence		

8. SUIVI DE L'ENFANT NE DE MERE SEROPOSITIVE									
Calendrier de suivi post natal	J1 – J3	J7 – J9	J8 – J42	S6					- Assurer le suivi nutritionnel - la vaccination (1ère injection du vaccin pentavalent)
	polio orale et BCG	bilan de tolérance ARV (Transaminases, Hb si AZT)	suivi clinique et nutritionnel	- Faire la PCR - Démarrer la prophylaxie au Cotrimoxazole selon les posologies suivantes :		Sirop (5ml = 200 mg SMX et 40 mg TMP)	Cp enfants (100 mg SMX et 20 mg TMP)	Cp adultes simples (300 mg et 40 mg TMP)	
					< 6 mois 100mg de SMX/ 20 mg TMP	2,5ml	1cp	¼ de cp	
<p>N.B :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le vaccin contre la fièvre jaune est contre indiquée chez le nourrisson symptomatique - le BCG devra être différé si mère porteuse d'une tuberculose active : donner au nourrisson de l'INH 5 mg/Kg/jour pendant 6 mois en prophylaxie suivi du BCG 									

Algorithme de dépistage du VIH chez l'enfant né de mère VIH



* : 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 4 : SERVICES COMMUNAUTAIRES DE SR

LES PROTOCOLES

Par rapport aux 8 composantes retenues et conformément aux normes, l'Agent de Santé Communautaire (ASC) devra :
<ol style="list-style-type: none"> 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
<p>Les activités menées sont les suivantes : causeries éducatives, entretiens/counseling, Visites A Domicile Intégrées (VADI), Plaidoyer, Participation à la mobilisation sociale.</p> <p>Pour chaque type d'activité se référer au chapitre relatif à la Communication pour le changement de Comportement (CCC).</p> <p>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</p>	<p>L'ASC devra prendre en charge les cas selon les politiques et normes définies pour le niveau communautaire.</p> <p>L'ASC devra distribuer les produits mis à sa disposition.</p> <p>Cette activité de distribution suppose l'application des règles de gestion liées aux éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Le système d'approvisionnement : l'ASC s'approvisionne auprès du CHEF de l'aire de santé et devra éviter toute rupture de stock. La conservation des produits sur la base des 6 règles ci-après : <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>la gestion financière comprend l'encaissement, le décaissement, l'arrêt des comptes et le versement.</p> <p>Le remplissage régulier des outils de gestion.</p> <p>Par ailleurs, l'ASC devra pour chaque produit distribué donner le mode d'utilisation, les avantages, les inconvénients et les effets secondaires.</p> <p>Ces informations sont contenues dans les différentes composantes.</p>

3. Faire la référence et recevoir la contre référence	Les étapes de la référence	Les supports de la référence
<p>La référence est une activité importante de l'ASC qui consiste à orienter le client vers le centre de santé.</p> <p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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, - 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: 	<ul style="list-style-type: none"> - 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 référence, - Recevoir le feedback de la structure sanitaire référente - Demander à la personne référée de rapporter la fiche de contre référence dès son retour. 	<p>Les supports suivants sont utilisés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La fiche de référence-contre référence - Le registre de référence de l'ASC, - Le registre de référence du Chef du CSI où sont mentionnées les références effectuées par les ASC, la fiche de référence-contre référence qui doit être remise au patient réfère comporte 2 parties détachables: La 1ère partie qui est la référence 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- référence. Il prendra soin d'enregistrer ces éléments 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 référence <p><i>Un modèle de fiche de référence-contre référence est présenté en annexe.</i></p>

brûlure, ingestion de produits toxiques, blessure.		
--	--	--

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
<p>Le suivi consiste à revoir le client qui a reçu un service pour l'aider à résoudre des problèmes éventuels. Il permet de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - avoir un feed-back des cas référés et savoir si les cas référés ont choisi un service ou produit, - vérifier l'utilisation des services, - identifier 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 rendez-vous 	<p>Il existe plusieurs méthodes pour faire le suivi des clients:</p> <ul style="list-style-type: none"> - les Visites A Domicile Intégrée (VADI), - la revue des fiches de contre-référence, l'exploitation avec le Chef du CSI des fiches de contre-référence pour déterminer les cas d'abandon et de non-respect des rendez-vous. 	<p>L'ASC rend régulièrement visite aux clients utilisateurs des services pour s'assurer de l'utilisation effective du service.</p> <p>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</p>	<p>L'ASC doit revisiter tous les nouveaux clients référés au CSI auquel il est rattaché.</p> <p>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.</p>	<p>En cas d'abandon ou de non-respect des rendez-vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. -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-référence
- La fiche de synthèse 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 médicaments 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 tâches
- Faire le costing de tâches
- Faire valider le plan par le responsable de l'aire

7. Contribuer à la mobilisation de ressources pour la santé

Communication pour :

- Utilisation de services de santé
- Participation de la communauté aux activités de santé
- Références

COMPOSANTE 5 : MUTILATIONS GENITALES FEMININES / EXCISION

1. EXAMEN CLINIQUE	2. COMPLICATIONS IMMEDIATES
<p>L'interrogatoire précise les circonstances de l'excision (lieu, moyen, conditions, incidents et accidents), l'âge auquel elle a été pratiquée.</p> <p>L'examen physique de la région vulvo-périnéale permet d'identifier les parties des organes génitaux concernés en vue d'une classification mais aussi la recherche de complications</p> <p>Celles ci peuvent être immédiates secondaires ou tardives.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hémorragies immédiates lors de la manœuvre dues à des lésions de l'artère clitoridienne pouvant entraîner un état de choc cardio-vasculaire engageant le pronostic vital ou des vaisseaux irrigant les lèvres ou les glandes de Bartholin ou alors secondaires à la chute des tissus nécrotiques - Douleur : cette région est très innervée d'où sa sensibilité extrême. - Dysurie, rétention : 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 utilisés 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 SECONDAIRES, TARDIVES OU SEQUELLES

Elles peuvent être d'ordre :

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

- Chéloïdes vulvaires - Kystes dermoïdes vulvaires - Névrome du nerf dorsal du clitoris	- Rétention urines - Détresse respiratoire néonatale en rapport avec dystocie d'expulsion	
---	--	--

COMPLICATIONS	CAT DEVANT LES COMPLICATIONS ET SEQUELLES DE L'EXCISION ET MUTILATIONS GENITALES FEMINES				
	Niveau communautaire	Niveau CSI	Niveau HD	Niveau HR	Niveau hôpital de catégorie 2 ou 1
Immédiates - Hémorragie - Douleur - Dysurie, rétention, - Fistules vésico-vaginale, recto-vaginale - Infection urinaire, - Génitale - Déchirure périnée - Tétanos, - HIV - Hépatite - Abscesses vulvaires et périnéaux	Référer AAS et référence AAS et référence AAS et référence Soutien Psychologique Référence Référence Référence Accompagnement psychosocial Référence Référence Référence	Bilan initial, voie veineuse et hémostase référence, SAT/VAT AAS ou paracétamol AAS, Sondage vésical Référence Ciprofloxacine 500 mg 1G/jour pendant 10 jrs si échec ou récurrence référence Périnéorraphie Diazépam, Référence	Idem + hémostase chirurgicale Antalgiques Bilan complet et prise en charge Bilan, traitement chirurgical ou référence ECBU, PV antibiothérapie adaptée Périnéorraphie Sérothérapie antitétanique, Diazepam ARV, Suivi thérapeutique, traitement affections opportunistes	Idem + hémostase chirurgicale Antalgiques Bilan complet et prise en charge Traitement chirurgical ECBU, PV Antibiothérapie adaptée Périnéorraphie Idem Idem Idem	Idem + hémostase chirurgicale Antalgiques Bilan complet et prise en charge Traitement chirurgical ECBU, PV antibiothérapie adaptée Périnéorraphie Idem Idem Idem ATB, Traitement chirurgical

Cameroun

		affections opportunistes	Surveillance clinique et biologique ATB, Traitement chirurgical		
		Référence Antibiotique, Référence			
Secondaires, tardives ou séquelles Uro-gynécologiques : - Obstruction vaginale complète, - Dyspareunie - Chéloïdes vulvaires - Kystes dermoïdes vulvaires	Référence Référence Lubrifiant Référence Référence	Référence Référence ou lubrifiant Référence Référence	Cure chirurgicale de l'hématométrie, l'hématocolpos Bilan lésionnel et traitement adapte Référence Référence	Cure chirurgicale de l'hématométrie, l'hématocolpos Bilan lésionnel et traitement adapte Résection Cure chirurgicale	Cure chirurgicale de l'hématométrie, l'hématocolpos Bilan lésionnel et traitement adapté Idem Idem
Obstétricales - Dystocie d'expulsion - Hémorragies post-partum +++ - Détresse respiratoire néonatale	Voir protocoles SONU	Voir protocoles SONU	Voir protocoles SONU	Voir protocoles SONU	Voir protocoles SONU

COMMUNAUTAIRE

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

COMPOSANTE 6 :PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES SEXUELLES

1. INTRODUCTION	2. L'ACCUEIL ET LA PREPARATION DE LA VICTIME	3. L'INTERROGATOIRE ET LE RECIT DES FAITS
<p>Une agression sexuelle désigne tout acte de nature sexuelle, non consenti, imposé par une contrainte physique ou psychologique.</p> <p>Au niveau psychologique, on peut avoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 mettant en scène le viol <p>Ces agressions touchent aussi bien les sujets de sexe masculin que féminin</p> <p>Les services de prise en charge des agressions sexuelles comprennent :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 - Dépistage du VIH - Administration des ARV - Traitement préventif systématique des IST - L'évaluation du risque de grossesse et contraception d'urgence <ul style="list-style-type: none"> - Le traitement des lésions - Soutien psychologique 	<p>Dans un cadre convivial, rassurant, confidentiel empathique, sans jugement.</p> <p>Respect des droits et dignité de la victime</p> <p>La victime mineur devra être interrogée et examinée en présence de celui/celle qui est civilement responsable de lui/d'elle.</p>	<p>Recueillir le maximum d'informations sur les faits en laissant la victime raconter son histoire et en évitant toute interruption ou distraction. Le prestataire devra consigner les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informations générales (nom, adresse, sexe) - Description des faits permettant d'apprécier les risques d'IST/ VIH, de grossesse (date des dernières règles, contraception actuelle), les éléments pouvant compromettre la collecte de preuves médico-légales (prise de douche, toilette vaginale, changement d'habits...), les problèmes de santé préexistants. - Circonstance de l'agression (date, heure, existence de violence physique, d'arme, lutte

4. LA COLLECTE DE PREUVES MEDICO-LEGALES	5. L'EXAMEN PHYSIQUE
<p>Elle a pour but de collecter les preuves qui pourront aider à prouver ou contester tout lien entre les personnes et les lieux ou objets. Une collecte et un stockage 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 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 72 heures) et idéalement dans le même temps que l'examen clinique. Il ne revient pas au prestataire de déterminer si la victime a été violée ou non, la documentation des résultats doit se faire sans tirer de conclusion sur le viol.</p> <p>La collecte des preuves peut concerner les échantillons suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La preuve des blessures en les illustrant sur les pictogrammes représentant la localisation sur le corps ; - Les vêtements déchirés ou tâchés, dont on décrira l'état et gardera éventuellement comme preuve pour les remettre à la famille ou à la justice au besoin en informant la famille de ce qui pourra être fait (test d'ADN, constat police) - 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 <ul style="list-style-type: none"> - 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 (insérer recommandations UNFPA sur violences) 	<p>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)</p> <p>Il a pour objectif principal de déterminer le traitement médical à administrer à la victime. Le contenu dépend du délai de survenue de l'agression (avant ou après 72 heures). Il doit être précédé d'un consentement éclairé. Le prestataire doit s'assurer que le matériel nécessaire est disponible, doit toujours expliquer à la victime ce qui va être fait, lui demander sa permission avant de procéder aux différentes étapes de l'examen et lui assurer qu'elle a le plein contrôle et le qu'elle peut l'interrompre à tout moment.</p> <p>L'examen qui doit se faire en présence d'un chaperon comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'évaluation initiale à travers la recherche des signes vitaux (pouls tension, température, fréquence respiratoire) pour le diagnostic de complications médicales nécessitant un traitement en urgence telles que les traumatismes fermes ou ouverts de la tête, des parties génitales, de l'abdomen, du thorax ou des membres. - 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
<p>Concerne principalement la gonorrhée, la syphilis, la chlamydiae, l'hépatite B, le tétanos et le VIH. Le prestataire évalue le risque en se basant sur les faits survenus pendant l'agression, tels que la pénétration ou non, l'existence de blessures ou non, le statut de l'agresseur... Il s'agit d'administrer les traitements les plus courts possible, les plus efficaces et les plus faciles à prendre.</p>	<p>Consiste à demander les détails sur la contraception, la date des dernières règles, à utiliser le check list pour éliminer une grossesse déjà existante voire à faire un test de grossesse. Il s'agit aussi d'offrir la contraception d'urgence selon les protocoles en vigueur</p>	<p>Consiste en plus de la prise en charge des urgences médicales ou chirurgicales, à traiter les lésions, plaies, écorchures en fonction du délai de survenue de l'agression</p>	<p>C'est un élément fondamental de la prise en charge des agressions sexuelles car les victimes sont fortement angoissées et ne se souviennent pas toujours des conseils prodigués lors du premier contact avec les structures de santé. Il consiste à rassurer la victime en cas de signes de panique et d'anxiété voire exceptionnellement prescrire des médicaments et surtout orienter la victime vers des services compétents pour prendre en charge les problèmes psychologiques et sociaux dans le cadre de la référence et la multisectorialité. Elle doit aussi recevoir des conseils en vue de pouvoir utiliser les recours légaux et retrouver son équilibre psychologique</p>
<p>Le suivi dépend de l'existence d'une prophylaxie post exposition au VIH. En l'absence de cette prophylaxie le suivi médical se fera au bout de 2 semaines, puis de 3 mois. En cas de prophylaxie VIH, le suivi se fera au bout d'une semaine, de 6 semaines puis de 3 mois.</p> <p>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</p>			

PROTOCOLES DE PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES SEXUELLES

PRESTATIONS	PROTOCOLES PAR NIVEAU(CSI, CMA, HD, HC, HG)
Accueil et préparation de la victime	Au niveau de la communauté <ul style="list-style-type: none"> - Prévention - Sensibilisation de la communauté sur la gravité des violences sexuelles et leur impact sur les victimes en vue d'un changement de comportement - Dénonciation des 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 <ul style="list-style-type: none"> - Instauration d'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
	<ul style="list-style-type: none"> - Informer sur les démarches judiciaires éventuelles
	Au Niveau CMA/HD/HR Idem avec rédaction certificat médical et réparation des lésions <ul style="list-style-type: none"> - Hospitalisation si nécessaire et prescription de psychotrope
L'interrogatoire et le récit des faits	Au Niveau HC/HG/CHU Idem avec rédaction certificat médical et réparation des lésions <ul style="list-style-type: none"> - Référence vers un psychiatre
	Nom, adresse, sexe, âge ou date de naissance <ul style="list-style-type: none"> - 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
Collecte de preuves médico-légales (CMA, HD, HC, HG) discussion si	<ul style="list-style-type: none"> - Examen des vêtements et prélèvement de corps étrangers - description des lésions observées à l'examen général du corps

PRESTATIONS	PROTOCOLES PAR NIVEAU(CSI, CMA, HD, HC, HG)
CSI competent	<ul style="list-style-type: none"> - 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 emballés 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
Examen physique et génital (CSI, CMA, HD, HC, HG)	<ul style="list-style-type: none"> - 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 : <ul style="list-style-type: none"> - ne pas lui demander de se déshabiller complètement, examiner la partie supérieure puis inférieure 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 : <ul style="list-style-type: none"> - 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

PRESTATIONS	PROTOCOLES PAR NIVEAU(CSI, CMA, HD, HC, HG)
	Idem
Prise en charge du risque d'infections	<p>A partir des faits survenus au cours de l'agression et de l'examen, prescrire le traitement prophylactique contre la syphilis, gonorrhée, chlamydiae, et trichomonas</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. Traiter 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
	<p>Idem+ traitement prophylactique du VIH post exposition</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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)	<p>Voir protocole contraception d'urgence</p> <ul style="list-style-type: none"> - Voir protocole contraception d'urgence - Voir protocole contraception d'urgence
Accompagnement psycho social et suivi (CSI, CMA, HD, HC, HG)	<p>Soutien émotionnel, écoute et empathie envers la victime</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orienter vers des services de prise en charge psycho sociale - Idem + - 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.

PRESTATIONS	PROTOCOLES PAR NIVEAU(CSI, CMA, HD, HC, HG)
	<ul style="list-style-type: none"> - 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 ° 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 : <ul style="list-style-type: none"> ° 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 ° 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
	<p>Hospitalisation si nécessaire</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soutien psychologique - Prescription de psychotrope

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

7.1. PROTOCOLES POUR LA PREVENTION 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 persistante 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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 	<ul style="list-style-type: none"> - 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 (antidépresseurs tricyclique, inhibiteur de capture de la sérotonine, antipsychotique, antihypertenseurs etc.)

Signes	Diagnostic	CAT
		<ul style="list-style-type: none"> - Faire la CCC sur bonne hygiène de vie - Méfait de l'obésité - Méfaits de la caféine - Méfaits de la constipation - Méfaits du tabac
<ul style="list-style-type: none"> - Problèmes interpersonnels - Absence de stimuli - Expériences négatives - Anticipations sexuelles négatives 	- Troubles désir sexuel	<ul style="list-style-type: none"> - Thérapie Cognitivo-comportementale: pensées sexuelles négatives, distorsion sexuelle, fausses idées sur la sexualité, baisse anxiété sexuelle,
<ul style="list-style-type: none"> - Provenance de l'Excitation mentale: lecture, vidéo, à stimuler du partenaire, recevoir stimulus sexuel non génitale puis génitale, pensées sexuelles délibérées ou souvenirs - Conscience d'excitation génitale: sensation de 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) 	- Troubles de l'excitation sexuelle	<ul style="list-style-type: none"> - 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

Signes	Diagnostic	CAT
<ul style="list-style-type: none"> - Crainte de s'abandonner au plaisir - Besoin de confiance pour se laisser aller - vérifier s'il n'ya pas de trouble - 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 <p>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</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Troubles de l'orgasme (Absent, émoussé) - Dyspareunie- vaginisme - Tenir compte de cela dans le traitement: - Renforcement de l'image de soi - Remettre la confiance - Trouble des désirs sexuels 	<ul style="list-style-type: none"> - 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 hyperthyroïdie : - Antidépresseur à petites doses - Traitement hyperglycémie - contrôle effets secondaires médicaments
<p>Extrême anxiété et/ou dégoût à anticiper une activité sexuelle Hypervigilance</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aversion sexuelle 	<ul style="list-style-type: none"> - 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

Signes	Diagnostic	CAT
		périnée, exercices de contraction des muscles du plancher pelvien), - Baisse de l'anxiété - Thérapie Psychoanalytique et systémique
<ul style="list-style-type: none"> - 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 	<ul style="list-style-type: none"> - Trouble de l'excitation sexuelle subjective 	<ul style="list-style-type: none"> - 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,
<ul style="list-style-type: none"> - 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 - Atrophie du clitoris - Périnéorraphie - Chirurgie périnéale - Vestibulites vulvaires 	<ul style="list-style-type: none"> - Trouble de l'excitation sexuelle génitale - Association de troubles de l'excitation sexuelle génitale et subjective - Idem pour les signes 	<ul style="list-style-type: none"> 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) - Tibolone (association oestrogène, androgène, progestérone) - Lubrifiant vaginal - instruments (vibromasseur)

Signes	Diagnostic	CAT
Malgré excitation intense orgasme absent, diminué ou retardé	<ul style="list-style-type: none"> - - Causes: - Atrophie du clitoris - Périnéraphie - Chirurgie périnéale - Vestibulites vulvaires - MGF - Bartholinite - distribution irrégulière des micropapilles des petites lèvres: Consistance dure - testing vaginal (plancher pelvien faible) 	<ul style="list-style-type: none"> - 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), - Thérapie de couple : communication
Douleur persistante ou récurrente lors de tentative ou de pénétration vaginale complète ou lors des rapports sexuels	<ul style="list-style-type: none"> - 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, 	<ul style="list-style-type: none"> - 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),

Cameroun

Signes	Diagnostic	CAT
	ambiguïté sexuelle	<ul style="list-style-type: none"> - Thérapie Psychoanalytique et systémique - Anesthésie locale - Antimycosique, - Traitement des IST (gardenelle, papilloma etc.) - Antidépresseur - Vestibulectomie - Oestrogènes Locales
<p>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 bêta oestradiol, SHBG (sex hormone binding globuline) oestrogènes, prolactinémie si association autres pathologies (ménopause, galactorrhée, oligoménorrhée, aménorrhée)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vaginisme - Causes : - Peur de la pénétration - Neurodystonie du plancher pelvien primaire - Mariage forcé - Douleur génitale 	<ul style="list-style-type: none"> - Automassage muscle élévateur de l'anus - Traitement pharmacologique de l'anxiété - Traitement psychologique de la phobie

7.2. PROTOCOLE POUR L'INCONTINENCE URINAIRE DE LA FEMME

1. DEFINITION	2. CLASSIFICATION	3. EVALUATION DES INCONTINENCES
<p>C'est une perte involontaire d'urine. Cette fuite d'urines survient quand la pression intra vésicale (force expulsive) devient supérieure à la pression urinaire (force de clôture)</p>	<p>- 3 types d'incontinence</p> <p>- 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</p> <p>- incontinence urinaire d'effort: Perte d'urines involontaire à l'effort laquelle la pression urétrale de clôture est insuffisante (exercice, toux, éternuement) pendant Le muscle du Sphincter urétral est faible et/ou le système de soutènement urétral défectueux</p> <p>- Incontinence urinaire mixte: Association incontinence urinaire par impériosités et à l'effort</p>	<p>- Antécédents urologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>-</p> <p>- Antécédents gynéco obstétricaux</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ménopause - Nombre d'enfants - Accouchement instrumental - Césarienne - Chirurgie pelvienne - Radiothérapie <p>- Antécédents médicaux</p> <ul style="list-style-type: none"> - Toux chronique - Constipation chronique - Maladies Neurologiques - Traitement maladies cardiaques - Traitement (Anticholinergiques, Diurétiques, Anxiolytiques, sédatifs) <p>- Calendrier mictionnel (recueil journalier des</p>

		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
<ul style="list-style-type: none"> - Impériosités mictionnelles : besoin mictionnel difficile à différer - Pollakiurie diurne et nocturne: miction fréquente 	<ul style="list-style-type: none"> - Incontinence urinaire par impériosités mictionnelles - Etiologie : - Hyperactivité du détrusor Idiopathique ou Neurologique 	<ul style="list-style-type: none"> - Pharmacologique : Desmopressine (minirène) - Antimuscariniques - chirurgical : - Cystoplastie d'agrandissement - Neurostimulation des racines sacrées - Autodilatation vésicale
<ul style="list-style-type: none"> - 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 	<ul style="list-style-type: none"> - Incontinence urinaire d'effort: - Etiologie : - Grossesse - Accouchement par voie basse - Chirurgie pelvienne et radiothérapie - Causes neurologiques par étirement du nerf pudendal 	Au niveau communautaire
		<ul style="list-style-type: none"> - Faire CCC - méfaits de l'obésité - méfaits de la caféine et du tabac
		CSI, CMA, HD
<ul style="list-style-type: none"> - Méfaits de certains exercices musculaires - Miction régulière Promotion d'une bonne hygiène de vie (voir plus haut) - Rééducation vésico -sphinctérienne - Biofeedback - Traitement physique: - stimulation électrique 		
<ul style="list-style-type: none"> - Testing vaginal (évaluation de la tonicité des muscles du périnée) - Testing anal (évaluation de la tonicité du sphincter anal) - Examens complémentaires - Bandelettes urinaires 	<ul style="list-style-type: none"> - Mauvaise hygiène de vie: - antécédent de tabac, alcool, café, obésité, constipation, 	<ul style="list-style-type: none"> - stimulation magnétique - Thérapie comportementale - CCC - Traitement de la toux - Traitement de la constipation - Référence

Cameroun

<ul style="list-style-type: none"> - ECBU Evaluation de la fonction rénale - Mesure résidu post mictionnel - Pad test (quantification de la perte en pesant la couche - Test urodynamique - Electromyographie (EMG) du sphincter strié urétral ou du périnée - Abdomen sans préparation - Cystographie rétrograde - Échographie pelvienne - IRM - cystoscopie 	<p>absence de miction régulière</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sport excessif fatigue musculaire - Causes favorisantes : Comorbités liées à l'âge 	
		<p>Niveau HR, HC, HG et CHU</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pharmacologiques : - Alphabloquants - œstrogènes - Système de continence mécanique : - intra vaginal - Chirurgicale : - Bandelettes sous urétral TVT/ TOT - « Sling» - Cystourétopexie rétropubienne (Burch) - sphincter artificiel - Injection intra-urétrale
<p>Association incontinence urinaire par impériosités et à l'effort Instabilité urétrale</p>	<p>- Incontinence urinaire mixte</p>	<p>- PEC de L'incontinence médico-chirurgicale</p>

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
<ul style="list-style-type: none"> - 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 	<ul style="list-style-type: none"> - La physiologie et l'anatomie de l'appareil génital de l'homme et de la femme - Le 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 GENITALES PAR NIVEAU : CHEZ LA FEMME

Symptômes	Niveau				
Douleurs cycliques (Dysménorrhées)	Communautaire	CSI	CMA:/HD	Hôpital Régional	HC, HG, CHU
Les étiologies suivantes seront évoquées : - Dysménorrhée 1aire (essentielle ou malformations) - Dysménorrhée 2aire : ° fibrome ° Endométriose ° Polype ° Synéchie ° 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 urogénitales 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 (coelioscopie, Hystérocopie ...) et prise en charge (ex : rétroversion utérine, endométriose)	Idem que HR

Symptômes	Niveau				
	Communautaire	CSI/CMA	HD	HR	HC, CHU, HG
<p>Troubles des règles et du cycle (spanioménorrhées, Polyménorrhées, ménorragies, métrorragies) Les étiologies suivantes seront évoquées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Causes iatrogènes (contraceptifs hormonaux) - autres : cancer du col, Fibrome utérin, polype, cancer endomètre, tumeur de l'ovaire dystrophie ovarienne, endométriose, endocrinopathies... 	<ul style="list-style-type: none"> - Si les règles ont débuté il y'a moins de 2 ans, rassurer, - Dans tous les autres cas, référer 	<ul style="list-style-type: none"> - Entretien - Idem + Recherche notion de contraception (voir ordinogramme PF) - Si persiste : référer - Dans tous les autres cas, référer 	<ul style="list-style-type: none"> - Idem + - Interrogatoire, examen clinique (y inclus VIA/VILI et échographie à la recherche : Col pathologique, Fibrome utérins, dystrophie et tumeur de l'ovaire... - Prendre en charge ou Référer 	<ul style="list-style-type: none"> - Idem + Explorations complémentaires (coloscopie, coelioscopie, Hystérosco pie...) et prise en charge : <ul style="list-style-type: none"> ° Fibrome ° Tumeurs de l'ovaire ° Polype ° endométriose ° Prendre en charge ou référer 	<ul style="list-style-type: none"> - Idem + Traitement médical et ou chirurgical des cas référés - + Traitement médical (chimiothérapie, hormonothérapie) et ou chirurgical et/ou radiothérapie des cancers
<p>Absence de règles (aménorrhées) Les étiologies suivantes seront évoquées :</p> <p>Aménorrhée primaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - avec caractères sexuels présents et normaux : malformations vaginales, testicule féminisant - Avec caractères sexuels virilisants : hyperplasie congénitale des 	<ul style="list-style-type: none"> - Entretien - Référer 	<ul style="list-style-type: none"> - Entretien et examen à la recherche: <ul style="list-style-type: none"> ° Signes de grossesse et prendre en charge ° Aménorrhées du post-partum ° Notion de contraception (voir ordinogramme PF) - Dans tous les autres cas, référer 	<ul style="list-style-type: none"> Idem + Interrogatoire, examen clinique, échographie et ou HSG à la recherche d'autres causes : sténose cervicale, synéchie utérine et Référer 	<ul style="list-style-type: none"> - Idem + Explorations complémentaires (Radiographie pour âge, radio selle turcique, coelioscopie/hysteroscopie...) et prise en charge des cas référés 	<ul style="list-style-type: none"> - Idem+ explorations Complémentaires (dosages hormonaux) et prise en charge

Cameroun

<p>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...</p>					
---	--	--	--	--	--

Symptômes	Niveau	CSI	CMA/HD	HR	HC ,HC, HG,CHU
Douleurs mammaires (mastodynie) Les étiologies suivantes seront évoquées : - Incidents de l'allaitement - Syndrome pré menstruel - Abscès du sein - Cancer du sein - Adénofibrome, kyste	Communautaire - Entretien - En période des règles rassurer, conseiller de petits moyens pour soulager (compresses chaudes) - Si en dehors des règles, paracétamol ou acide acétylsalicylique, si pas amélioration, référer - Si engorgement : (cf protocoles SPNN)	- 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 - Compresses chaudes (+cf protocoles allaitement maternel) - Si association avec sécrétions sanglantes ou ulcérations, signes cutanées ou tumeur : référer.	- 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 cycle pendant 3 cycles. - Si pas amélioration : référer	- 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) - référer les tumeurs malignes ou suspectes	- 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
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 récurrence : 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	- Idem + - Examen gynécologique y inclus	Idem + Faire un examen complet du col et du vagin : colposcopie,	Idem + Explorations complémentaires et prise en charge des dysplasies et des
		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	VIA/VILI et référer si anomalie - Prise en charge déchirure du Douglas - Dans tous les autres cas : référer	cytologie, biopsie et référer si anomalies	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	Communautaire	CSI	CMA/HD	HR	HC, HG, CHUHN
	- Entretien	- Counseling	- Counseling	- Counseling	- Counseling
(Gynécomastie)	- Référer	- Si pendant la période pubertaire : rassurer le jeune et le mettre en observation - Si adulte ou si mauvaise tolérance, référer	- Si pendant la période pubertaire : ° Prendre en charge ° Rassurer ° Rechercher une prise de médicament (hormones, neuroleptiques, cardiotoniques)	- Prendre en charge pour mammographie, dosages hormonaux (oestrogènes, androgènes) - Marqueur tumoraux - Bilan paraclinique complet (Radiographie de la selle turcique)	- Prendre en charge pour spermogramme, traitement d'une gynécomastie secondaire (drogues, maladies hépatiques, traumatismes psychologiques, tumeur testiculaire, cancer bronchite, caryotype, - Hormonothérapie - Cure chirurgicale
Absence de testicules dans une ou deux bourses (dystopie testiculaire)	- Référer	- Référer	- Référer	- Rechercher une cryptorchidie : Echographie, dosages hormonaux au besoin - Cure de cryptorchidie avant 2 ans ou Référer	- Cure de Cryptorchidie avant 2ans libération, abaissement et fixation du testicule
Anomalies au niveau de la verge (hypospadias épispadias)	- Entretien - Référer	- Counseling - Ne pas faire la circoncision +++ - Référer	- Counseling - Ne pas faire la circoncision +++ - Référer	- Counseling - Rechercher d'autres anomalies (sténose du méat, coudure de la verge, atteinte du col vésical) - Chirurgie ou référer	- Prise en charge pour une cure chirurgicale
Ecoulement urétral	- Entretien - Référer	- Counseling (Cf : protocoles IST)	- Counseling (Cf : protocoles IST)	- Idem	- Idem
Grosses bourses ou tuméfaction	- Entretien - Référer	- Counseling - Rechercher une	Prise en charge sauf cas	- Prise en charge complète	- PEC complète

Cameroun

inguino-scrotale		hernie inguino-scrotale, un gros testicule, un hydrocèle, une hernie étranglée, un éléphantiasis, - Référer dans tous les cas	associés aux tumeurs de la prostate	- Référer au besoin	
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

Symptômes Maladies	Niveau				
	Communautaire	CSI	CMA/HD	HR	HC, HG, CHU
Dysfonctionnement érectile (hypoérection, ano-érection)	- Entretien - Référer	- Counseling - Rechercher antécédents chirurgie pelvienne,	- Idem + prise en charge par psychothérapie	- Prendre en charge complète, psychothérapie - Référer au besoin	- PEC complète
		Diabète, maladies cardiovasculaires et notion de traumatisme - Référer	,anxiolitique et prendre en charge un diabète - Référer		
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 pdt 10 jours - Si pas amélioration ou récurrence, référer - Suivi des malades traités	- Suspecter le diagnostic de cancer de la prostate par le (toucher rectal - Référer pour confirmation et prise en charge - Suivi médical des patients contre référés - Dosage du PSA	- 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 -Traitement curatif (chirurgie, radiothérapie) - Traitement palliatif (hormonothérapie, chimiothérapie castration chirurgicale - Counseling - Reférer les cas de cancer au besoin	- Diagnostic par Toucher Rectal, Dosage du PSA (Prostate Specific Antigen) et imagerie complète - Examens biologiques complets - Biopsie prostatique - Examen anatomo pathologique - 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)
<p>-Prolifération bénigne de la glande prostatique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pollakiurie, - Dysurie, - Miction impérieuse, - Miction par regorgement, parfois hématurie, - Rétention d'urines, - Infection urinaire à répétition, 	<p>- Hypertrophie Bénigne de la Prostate (HBP)</p>	<p>- médical : extraits de plante , alpha bloquants , inhibiteur de la 5 alpha réductase - chirurgical : adénomectomie - résection trans urétrale de prostate (RTUP)</p>
<p>Toucher rectal :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prostate augmentée de volume, - Elastique, - Régulière indolore 		
<p>Echographie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Augmentation de volume de la prostate, - Parfois dilatation des cavités rénales 		
<p>Biologie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taux de PSA inférieur à 4 ng/ml - Apprécier la fonction rénale 		

7.6. LA MENOPAUSE

1. Introduction		
1.1. Ménopause	1.2. Pré-ménopause	1.3.
<p>La ménopause est un phénomène naturel ; qui survient au moment où les ovaires arrêtent de sécréter les hormones de la reproduction : les estrogènes et la progestérone. Les règles disparaissent, la femme ne peut plus avoir d'enfants.</p> <p>La ménopause commence le plus souvent aux alentours de 50 ans.</p> <p>Lors de la ménopause, peuvent apparaître des états psychologiques voire psychiatriques particuliers qui ne peuvent pas être entièrement imputés aux modifications hormonales. . Elle est caractérisée par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La disparition des règles pendant au moins 12 mois (définition) - La modification de l'apparence physique (atrophie cutanéomuqueuse) 	<p>Des signes avant coureurs peuvent apparaître 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,...</p> <p>Certaines femmes n'ont aucun signe, la ménopause apparaît alors brutalement avec arrêt des règles du jour au lendemain.</p>	

2. SIGNES				
<p>La ménopause peut s'accompagner de troubles dits «climatériques» et elle favorise le développement de l'ostéoporose ou de maladies cardiovasculaires.</p> <p>Les symptômes</p>	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
	<p>Le climatère désigne la période des changements endocriniens, physiques et psychologiques qui survient à la ménopause..</p> <p>Les troubles «climatériques» ne sont pas graves en eux-mêmes et ne présentent pas de danger pour la santé.</p> <p>Ce sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des bouffées de chaleur, 	<p>Il s'agit du symptôme le plus fréquent, dû à l'arrêt de la production d'estrogène par les ovaires. Les bouffées de chaleur se manifestent par une sensation de chaleur parfois accompagnée d'une rougeur de la peau, qui commence au niveau du visage et du cou, puis s'étend vers le thorax et les épaules, et éventuellement</p>	<p>La carence en estrogènes peut rendre la paroi vaginale plus fine, plus sèche et moins «élastique».</p> <p>Les rapports sexuels peuvent ainsi</p>	<p>Le contrôle de la miction peut être moins bon, ce qui peut provoquer de petites fuites urinaires, en particulier lors d'efforts (éternuements,</p>

de la ménopause varient d'une Femme à l'autre, et chez une même femme, ils varient dans le temps. Ils peuvent être d'intensité différente et n'être pas ressentis de la même façon par chaque femme.	- une sécheresse vaginale -des troubles urinaires, -des troubles de l'humeur (irritabilité, anxiété), -des troubles du sommeil (insomnie). Ces troubles sont inexistantes ou très modérés chez une femme sur deux. Lorsqu'ils se manifestent, ils peuvent être Pénibles et difficiles à supporter. Leur durée peut varier de quelques mois à plusieurs années.	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 inconfortables.	devenir inconfortables. Pouvant entraîner une baisse de la libido.	fous rires...). Il est important de prendre en compte ce problème d'incontinence dès qu'il apparaît afin qu'il ne s'accroisse pas.
--	--	---	--	--

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 ventre qu'au niveau des	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'accroît car la capacité du corps à produire du tissu osseux diminue. Les os deviennent plus fragiles, à tel point que des fractures peuvent se produire à la suite d'un traumatisme léger, notamment au niveau du poignet et de la colonne vertébrale (tassement vertébral), et plus	- 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:

	<p>cuisses et des fesses.(obésité androïde)</p>		<p>tardivement au niveau du col du fémur. Après 70 ans, une fracture du col du fémur survient chez une femme sur six.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 - La femme est sédentaire ou n'a pas pratiqué assez de sport dans sa jeunesse. 	<ul style="list-style-type: none"> - tabagisme - excès de poids - antécédents familiaux de maladie cardio-vasculaire ; - diabète, d'hypertension artérielle ou de taux de cholestérol élevé dans le sang. - sédentarité.
--	---	--	--	---

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			
4.1. 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 possibilité de THM
Prise en charge psychologique - Ecoute rassurante - Informer sur la	Prise en charge psychologique Idem - Information sur la ménopause - Conseils pour dépistage (VIA/VILI, FCV, glycémie)	Prise en charge psychologique Idem - Prescription de traitement - Prescription de tranquillisants	Prise en charge psychologique Idem Prescription de traitement hormonal substitutif de la
ménopause et ses symptômes - Expliquer que les signes gênants ont un début et une fin - Soutenir la patiente par rapport	- Mesure hygiéno-diététique (alimentation riche en calcium, activité physique régulière/ marche)	- Prescription d'antidépresseurs - Prescription de neuroleptiques - Référence à la consultation de psychiatrie	ménopause. - Consultation de psychiatrie - Hospitalisation en

<p>aux événements de vie difficiles</p> <ul style="list-style-type: none"> - aider à l'identification nouvelles activités pour s'adapter à la nouvelle situation - Encourager des échanges au sein des groupes d'âge 	<ul style="list-style-type: none"> - 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 		<p>psychiatrie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suivi après l'hospitalisation
--	--	--	--

Tableau I : Troubles de la préménopause et ménopause

Situations	Signes –Diagnostic	Prise en charge
Ménorragies de la préménopause	<ul style="list-style-type: none"> - 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...) 	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - Règles espacées supérieures à 35 jours 	<ul style="list-style-type: none"> - Rassurer - Counseling pour contraception - Faire FCV ou VIA/VILI
Aménorrhée	<ul style="list-style-type: none"> - Absence des règles pendant au moins 3 mois 	<ul style="list-style-type: none"> - Eliminer une grossesse - Test à la progestérone
Bouffées de chaleur	<ul style="list-style-type: none"> - Cf. ci-dessus 	<ul style="list-style-type: none"> - THM - Cf. tableau II - Traitement alternatif - Phytoestrogènes (Inoclim°) - Alphaméthyl dopa (Aldomet°) - Clonidine (Catapressan°) - Psychothérapie

Cameroun

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 récidence - 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. PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DES CANCERS DU SEIN ET DE L'UTERUS

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
	<ul style="list-style-type: none"> - Nodule mammaire qui grossit - Ulcération cutanée mammaire ou masse ulcéro-bourgeonnante - Tumeur inflammatoire du sein - Douleur unilatérale au sein - Adénopathie axillaire - Ecoulement mamelonnaire (hémorragique surtout) 	<ul style="list-style-type: none"> - Age - Antécédents - Examen local <ul style="list-style-type: none"> ° Tumeur ou nodule du sein <ul style="list-style-type: none"> • dure, plus ou moins irrégulière • Fixée ou tendant à se fixer • Indolore • parfois ulcérée ° Ulcération du mamelon ° Ecoulement hémorragique du mamelon ° signes inflammatoires locaux aspect de peau 	<ul style="list-style-type: none"> - 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 	<ul style="list-style-type: none"> - Tumeurs inflammatoires <ul style="list-style-type: none"> ° non spécifiques (abcès, mastite inflammatoire) ° spécifique (tuberculose, syphilis) - Tumeurs bénignes (adénomes, kystes, tumeur phyllode de grade I & II) - Autres tumeurs malignes (sarcomes, lymphomes, métastases) 	<ul style="list-style-type: none"> - Anomalies génétiques (notion familiale) <ul style="list-style-type: none"> ° Antigène BRCA1 et BRCA 2 ° Syndrome de Lynch, Neurofibromatose de type II ° Notion d'hypereostrogénie antécédents personnels de cancer du sein et/ou chez un ascendant/collatéral au premier degré.
	<ul style="list-style-type: none"> - Consultation systématique (dépistage clinique ou radiologique) 	<ul style="list-style-type: none"> d'orange ou de rétraction cutanée en regard - Régional à la recherche d'adénopathies axillaires homo latérales - Général <ul style="list-style-type: none"> ° Adénopathies sus claviculaires 			

Cameroun

		° Foie, squelette osseux (points douloureux) et autres localisations métastatiques ° 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 CHARGE
INFORMATION ET DEPISTAGE (au niveau de la communauté)	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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
	<ul style="list-style-type: none"> - 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
	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - Opacité arrondie avec microcalcifications (adénofibromes ou kystes) - Opacité ovaire à centre clair (ganglion intra-mammaire) - Image de densité grasseuse ou mixte - Cicatrices connues - Micro calcifications type I de Le Gal - Calcifications vasculaires
ACR 3	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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

Figure 2 : Auto palpation en position couchée et sens de palpation			
	<p>Ai : La femme est debout en face du miroir. Les bras le long du corps, elle observe bien ses seins.</p>		<p>Ap : La femme couchée sur le dos, place un oreiller sous son épaule. la main gauche examine le sein droit et vis versa.</p>
	<p>Bi : L'inspection des seins se fera toujours en position debout ; devant un miroir, les mains étant posées sur les hanches.</p>		<p>Bp : La femme est couchée de côté pour mieux examiner ses seins avec la pulpe des doigts, la main étant bien à plat</p>
	<p>Ci : Toujours en face du miroir, les seins sont inspectés pendant que les bras sont à hauteur de la tête.</p>		<p>Cp : méthode verticale pour parcourir tout le sein.</p>

Cameroun



Di : La femme inspecte ses seins devant le miroir pendant que son thorax est incliné vers l'avant.



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

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

2. 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
	<ul style="list-style-type: none"> - Métrorragies provoquées (post coïtales) ou spontanée (tardif) - Leucorrhées plus ou moins abondantes (hydrorrhée fétide) - Douleurs pelviennes - Complications (signes urinaire ou rectaux) - Frottis anormal 	<ul style="list-style-type: none"> - Col macroscopiquement sain ou érythémateux au début - 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) 	<ul style="list-style-type: none"> - Colposcopie sur col sain ou si frottis anormal - Biopsie de toute lésion macroscopique ou suspecte (TAGII) à la colposcopie 	<ul style="list-style-type: none"> - Cervicites - non spécifique (bactériennes, mycosiques, parasitaires) - spécifiques (tuberculose, syphilis, bilharziose) - Lésions non tumorales (endométriose, ectropion) - Tumeurs bénignes (polypes, condylomes, maladie de Bowen) - Autres tumeurs malignes 	<ul style="list-style-type: none"> - Papilloma virus (HPV) - Autres (tabac, hydrocarbures, infections chroniques, infection au VIH/Sida ...)

2.3. METHODES ET INDICATIONS THERAPEUTIQUES	
Méthodes	Indications
<ul style="list-style-type: none"> - Les méthodes physiques pour les lésions de bas grade (pré cancéreuses) : - Cryothérapie, Résection à l'anse diathermique - La chirurgie - Conisation - Colpohystérectomie élargie - La radiothérapie - Curiethérapie - Radiothérapie externe - La chimiothérapie (Elle emploie plusieurs drogues) 	<ul style="list-style-type: none"> -Cancer in situ - Conisation -Stade I et II proximaux - Colpohystérectomie élargie - 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 Douleur pelvienne	<ul style="list-style-type: none"> - 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 - 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 de santé. - Informer le niveau supérieur de l'apparition de signes - Assister les patientes dans tous leurs stades et procurer si nécessaire des soins palliatifs
	<ul style="list-style-type: none"> - Examen clinique systématique du col de toute femme en activité sexuelle reçue en CPN ou en consultation pour pathologies gynécologiques - Dépistage
	<ul style="list-style-type: none"> - 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

	<ul style="list-style-type: none"> - 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 - Campagne de dépistage de masse par FCV ou VIA/VILI chez toute femme en activité génitale au- delà 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
	<ul style="list-style-type: none"> - 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
	<ul style="list-style-type: none"> - : 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 la 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

	<ul style="list-style-type: none"> - 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
<p>Rechercher HPV fortement oncogènes : surveillance rapprochée et conseils au partenaire.</p> <ul style="list-style-type: none"> - - 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 COL DE L'UTERUS

3.1. DEFINITION

Néoplasie maligne primitive développée au dépend du corps de l'utérus

3.2. DIAGNOSTIC			
Positif			
Circonstances	Examen physique	Examens paracliniques	Diagnostic différentiel
<p>Fortuite</p> <ul style="list-style-type: none"> - Echographie pelvienne suspecte une tumeur endo-utérine - Découverte sur une pièce opératoire d'hystérectomie pour un fibromyome utérin <p>Symptomatique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Métrorragie post ménopausique, leucorrhée, hydorrhée, douleur pelvienne 	<ul style="list-style-type: none"> - Obésité, HTA, diabète - Col utérin normal, écoulement hémorragique de l'endocol - Utérus augmenté de volume 	<ul style="list-style-type: none"> - Echographie pelvienne : Image irrégulière endo-utérine - Hystéroskopie : tumeur endo- utérine à biopsier - Examen anatomo- pathologique : précise le type histologique de la tumeur 	<ul style="list-style-type: none"> - Fibrome utérin (femme jeune non ménopausée), polype, hyperplasie de l'endomètre - Choriocarcinome

3.2. CONDUITE A TENIR

Hystérectomie associée aux traitements adjuvants : chimiothérapie, radiothérapie

SITUATION	PRISE EN CHARGE
Activités de prévention	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - Campagne de dépistage de masse par FCV ou VIA/VILI chez toute femme en activité génitale au-delà de 25 ans
	<ul style="list-style-type: none"> - Formation des prestataires sur cette pathologie - - Hystérocopie suivie de biopsie de toute lésions endo-utérine suspecte
Tumeur endo-utérine hypoéchogène	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilité des examens d'aide au diagnostic (radiographies pulmonaires, tomodensitométrie, imagerie par résonance magnétique nucléaire, 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
Hystérocopie : tumeur endo-utérine (à biopsier)	

7.9. PREVENTION 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	
			CURATIF	PALLIATIF
Prolifération maligne de la glande prostatique	<ul style="list-style-type: none"> - Troubles urinaires (pollakiurie, dysurie, miction impérieuse, parfois brûlures mictionnelles, hématurie, rétention d'urines) - TR : prostate augmentée de volume, nodulaire ou dure pierreuse - Complications extra urinaires : insuffisance rénale, lombalgies, paraplégie, - AEG 	<ul style="list-style-type: none"> - 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) 	<ul style="list-style-type: none"> - prostatectomie radicale (voie sus pubienne, périnéale, coelioscopique) - radiothérapie 	<ul style="list-style-type: none"> - radiothérapie, hormonothérapie, chimiothérapie, pulpectomie

**COMPOSANTE 8 : COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE
COMPORTEMENT**

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 un processus au cours duquel une personne est aidée à exprimer ses besoins/problèmes, à identifier les solutions possibles et à prendre une décision libre et éclairée. Il respecte les étapes de l'acronyme anglo-saxon « REDI » (Rapport-building, Exploration, Decision-making and Implementation)

Établissement du Rapport (R)	Exploration (E)	Prise de Décision (D)	Implémentation de la décision (I)
<ul style="list-style-type: none"> - Saluer le client, lui souhaiter chaleureusement la bienvenue - Installer la cliente - Se présenter (et présenter toute autre personne présente dans la pièce - Se montrer respectueux - Garantir la confidentialité et l'intimité - Expliquer la nécessité de discuter des questions sensibles et personnelles - Introduire le sujet 	<ul style="list-style-type: none"> - Explorer les raisons de la visite du client - Évaluer les connaissances du client et lui fournir des informations en cas de besoin - Rechercher les besoins du client en relation avec la visite (test VIH, PF...) - Présenter les offres de soins et services disponibles - Assister le client dans l'évaluation des risques auxquels il est exposé (test VIH, PF, IST, grossesse non désirée) 	<ul style="list-style-type: none"> - Lister les options pour la prise de décision - Discuter des avantages, des inconvénients et des conséquences de chaque option - Assister le client dans la prise de décision - Encourager le client pendant la discussion: - Les encouragements se traduisent par le soutien des comportements positifs 	<ul style="list-style-type: none"> - Assister le client dans l'élaboration d'un plan précis et concret en vue d'implémenter la/les décision(s) - Identifier les compétences dont aura besoin le client pour mettre en application le plan - Aider le client à mettre en pratique ces compétences - Identifier les obstacles auxquels le client pourrait être confronté dans l'implémentation du plan - Développer les stratégies pour surmonter ces obstacles - Établir un plan de suivi avec le client

8.1.2. Causerie Educative

Une causerie éducative est une technique d'échange d'information entre un animateur et un groupe restreint (15 à 25 Personnes) sur un thème spécifique en vue d'aider à l'adoption d'un comportement favorable à la santé. La causerie a une durée de 20 à 30 minutes.

Elle comprend les étapes suivantes :

1. La préparation de la causerie	2. La causerie proprement dite		
<p>Avant de commencer une séance de causerie, le personnel doit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifier le thème et se documenter sur le sujet retenu, - Fixer les objectifs de la causerie - Étudier les messages clés à transmettre, - identifier les ressources nécessaires (matérielles, humaines financières - Informer la cible (homogène de préférence) sur le thème, - Choisir avec la cible la date et le lieu de la causerie, - Aménager le local avant la causerie 	2.1. Introduction de la causerie	2.2. Animation de la causerie	2.3. Evaluation de la causerie
	<p>Avant d'animer la séance de causerie, l'animateur doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accueillir les participants et les installer confortablement, - Disposer les participants d'une manière à faciliter la communication interpersonnelle au sein du groupe (par exemple les participants en cercle et l'animateur au centre ou au même niveau qu'eux), - Se présenter et demander aux participants de se présenter à tour de rôle - Mettre les participants à l'aise à l'aide d'un brise-glace (chanson, entre ethnies ou entre noms 	<p>Pendant la séance de causerie, l'animateur doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Introduire le thème de la causerie, - Poser des questions ouvertes pour évaluer les connaissances des participants par rapport au thème, - Dérouler le thème en amenant les participants à : <ul style="list-style-type: none"> ° Décrire le ou les problèmes vécus sur le thème, ° Analyser les causes, les conséquences connues du problème, les facteurs qui facilitent la survenue du problème dans le contexte, ° identifier des solutions au problème et discuter sur la faisabilité des solutions évoquées, - Évaluer la compréhension du sujet abordé par les participants en utilisant des questions/réponses, les démonstrations et l'observation, - Relever les points faibles, les obstacles et les points à améliorer, les analyser, - clarifier les incompréhensions, puis 	<p>L'animateur doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluer la causerie à la fin de chaque session pour voir si les objectifs sont atteints. Les indicateurs de l'évaluation sont : <ul style="list-style-type: none"> ° Le nombre et les caractéristiques des participants à la causerie, ° Les connaissances des participants sur le sujet, ° Le nombre de participants qui se sont engagés à adopter le comportement. - Remplir le support de suivi des activités de causerie, - Transmettre le rapport d'activités au niveau supérieur

Cameroun

	de famille, entre coépouse etc.)	résumer le message à retenir - Amener les participants à s'engager pour assurer l'exécution et le suivi des solutions envisagées, - Conclure, - Annoncer le thème de la prochaine causerie (si nécessaire), - Négocier un autre rendez-vous avec les participants et remercier - Ranger le matériel	
--	----------------------------------	--	--

8.1.3. Entretien Individuel

L'entretien individuel est une technique de communication interpersonnelle individualisée grâce à laquelle le personnel ou tout autre acteur de communication formée peut encourager une autre personne à exprimer librement ses soucis, ses craintes et/ou ses besoins. La finalité de l'entretien individuel est d'aider la personne à prendre librement des décisions susceptibles de lui faciliter la résolution des problèmes éprouvés

1. A quoi sert un entretien individuel ?	2. Quand utiliser l'entretien individuel ?	3. Comment mener un entretien individuel ?			
<p>L'entretien individuel permet au bénéficiaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - D'exprimer ses préoccupations spécifiques par rapport à une situation donnée, - De mieux assimiler les thèmes développés lors des causeries, - De prendre une décision éclairée par rapport à une situation donnée, - d'identifier les comportements adéquats à appliquer. <p>L'entretien individuel permet au personnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'identifier les besoins individuels du 	<p>Il existe plusieurs types d'entretiens individuels tels que les entretiens après les séances de causerie, lors d'une consultation ou durant une visite à domicile intégrée (VADI)</p> <p>Pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - féliciter un bénéficiaire lorsque le comportement est favorable, - aider le bénéficiaire à prendre une décision face à un problème particulier, - Sensibiliser les bénéficiaires qui n'assistent pas aux 	<p>L'entretien individuel comprend trois étapes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Introduction, - Développement - Récapitulatif 	<p>L'introduction consiste à :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Saluer chaleureusement la personne, - L'inviter à s'asseoir, - Mettre la personne à l'aise et lui demander de poser son problème 	<p>Le développement consiste à :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Laisser la personne expliquer clairement le problème ou la situation, - Essayer de reformuler dans ses propres termes le problème pour assurer à la personne que ses préoccupations sont comprises, - Lui poser des questions ouvertes pour l'amener à faire la relation entre le problème posé et les causes possibles et autres facteurs favorisants dans son milieu de vie, - Lui poser des questions 	<p>Le récapitulatif consiste à :</p> <ul style="list-style-type: none"> Demander à la personne de répéter les conseils retenus pour la solution du problème, - négocier un rendez-vous et la remercier puis la raccompagner.

Cameroun

<p>bénéficiaire, - de répondre aux problèmes d'ordre familial ou personnel, - De donner des renseignements pertinents et adaptés au bénéficiaire - D'expliquer un traitement spécifique - d'aider le bénéficiaire à résoudre les problèmes auxquels il est confronté, - d'aider le bénéficiaire à pouvoir appliquer les solutions identifiées.</p>	<p>activités</p>			<p>ouvertes pour l'amener à identifier lui-même des solutions alternatives possibles, - Compléter au besoin les possibilités de solutions et décrire les avantages et inconvénients de chacune d'elles, - Laisser la personne opérer son choix sur ce qu'il va faire en fonction des informations complémentaires reçues, - Donner des conseils supplémentaires sur la solution optée</p>	
---	------------------	--	--	--	--

NB : l'entretien individuel nécessite beaucoup de qualités humaines et des dispositions communicationnelles telles que :

- Mettre la personne à l'aise
- Etre respectueux
- Parler lentement, clairement et de façon précise,
- Ecouter activement la personne en renforçant toutes ses idées positives
- Utiliser des mots simples et accessibles à la personne,
- Observer les réactions, gestes et mimiques de la personne afin de les intégrer dans la communication.

8.1.4. Visite à domicile (VAD)

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

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 de masse

<p>1. Définition</p>	
<p>La communication de masse est l'ensemble des techniques qui permettent de mettre à la disposition d'un vaste public toutes sortes de messages</p> <p>Les campagnes d'éducation pour la santé ont été souvent assimilés à l'utilisation à grande échelle des media, avec comme hypothèses principales que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les media ont un pouvoir de persuasion élevé et peuvent ainsi inciter les gens à changer d'attitude ou de comportement ou en adopter de nouveaux, comme dans le cas de la publicité commerciale - tout le monde a tendance à opter pour le comportement sain, à la condition de recevoir suffisamment d'information pour fonder leur choix. <p>La promotion de la santé élargit la perspective et le champ d'action dans ce domaine. Sans nier la nécessité des campagnes médiatiques, qui doivent toutefois respecter des critères précis pour avoir des chances de réussite, la promotion de la santé suppose une utilisation plus diversifiée des moyens d'information et des approches.</p> <p>Compte tenu de ces enseignements tirés de l'expérience, la communication de masse sera mieux utilisée pour toucher le grand public. Beaucoup d'informations seront véhiculées à travers la presse écrite, la radio (précisément les radios communautaires), la télévisuelle, TIC (internet)</p>	<p>Avantages :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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)... <p>Inconvénients :</p> <ul style="list-style-type: none"> - déperdition du contenu du message car la 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. La mobilisation communautaire

Définition	Justification et Objectifs	Démarche
<p>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.</p> <p>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 ».</p>	<p>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.</p> <p>La mobilisation sociale vise à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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, les connaissances et les pratiques - Réfléchir ensemble à d'éventuelles solutions, dans le cadre de réunions ou d'ateliers regroupant différentes composantes de la population - Élaborer une stratégie commune déclinée en activités 	<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. - 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 ressources financières, 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 de mesurer si la mobilisation sociale perdure ou non.

<p>Supports : Les radios communautaires ; Matériel de sensibilisation (brochures, affiches, dépliants, boîtes à images,</p>	<p>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.</p> <p>Qui peut mobiliser la population ?</p> <p>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</p>
--	--

8.2.3. Le marketing social

Définition	Justification	Méthodologie / processus
<p>«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 société. »</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>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, généralement avec peu ou pas de promotion.</p> <p>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.</p>	<p>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)</p> <p>Ceci est fait par la publicité spécifique à 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.</p>

Outils	Acteurs	Populations cibles
<p>Matériel de communication ; Affiches, dépliants,</p> <p>Matériel promotionnel ; Gadgets avec des messages bien définis</p> <p>Outils de collecte de données: Journaux quotidiens, tickets de référence, formulaires de rapport MIS, DHIS2</p>	<p>Les organisations utilisent un système de distribution et vend les produits via le réseau de vente en gros et au détail (détaillants, promoteurs)</p> <p>La communication est réalisée grâce à l'utilisation de mobilisateurs communautaires et les agents de santé de santé communautaires,</p> <p>Les autres canaux de communication incluent les masses médias, les magazines pour les jeunes, les boites à images.</p>	<p>Personnes à faible revenu et à risque élevé et population vulnérable, enfants de moins de 5 ans, travailleurs du sexe, homosexuels, PVVIH)</p>

8.3. PLAIDOYER ET PARTENARIAT

8.3.1. Plaidoyer

1. Définition	2. Cibles	3. démarches
<p>Le plaidoyer est un exposé argumenté à la défense d'une cause, d'une opinion, d'un intérêt ou d'une politique. Il permet de traduire en actes concrets les déclarations d'intention et les engagements.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Autorités administratives, - Leaders religieux, - Leaders politiques, - Partenaires au développement, - Journalistes, - Communicateurs traditionnels, - Tradi praticiens, - OSC. 	<p>Pour mener une activité de plaidoyer il faut :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un mécanisme de coordination, - Une coalition et des réseaux pour l'exécution des activités de plaidoyer, - La collaboration avec des institutions techniques, - Un partenariat efficace avec les media

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

8.3.1.1. Modèle REDUCE

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

8.3.1.2 Modèle RAPID

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

Observations

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

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

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

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

8.3.1.3 Plaidoyer communautaire

Définition	Justification	Principes méthodologiques
<p>Le plaidoyer communautaire est une technique de communication qui vise à négocier avec des personnes ressources d'une communauté, pour obtenir leur adhésion et leur soutien actif dans le processus de mise en œuvre des activités.</p> <p>- Il consiste à les informer sur les avantages des activités et à discuter avec elles sur les rôles et responsabilités de chaque partie prenante du processus.</p>	<p>La participation communautaire à toutes les étapes du processus de gestion des activités est nécessaire pour obtenir des résultats durables.</p> <p>La clarification des rôles des groupes et personnes ressources d'une communauté est un préalable indispensable à l'appropriation et à la maîtrise des activités du programme. Les personnes ressources de la communauté sont influentes. Leur soutien actif au programme entraîne l'adhésion des autres membres de la communauté.</p>	<p>Le plaidoyer communautaire peut cibler une personne ressource ou s'adresser à un groupe,</p> <p>- Il se fait généralement au début de l'intervention mais peut également se faire à tout moment pendant l'intervention si des besoins spécifiques se présentent.</p> <p>- Il repose essentiellement sur la négociation et l'information large d'une ou des personnes influentes pour obtenir un soutien actif dans la mobilisation communautaire.</p>
Supports utilisés	Démarche méthodologique	Difficultés/contraintes/solutions préconisées
<p>Les supports utilisés (fiches d'information, carte conseils, dépliants) varient en fonction de la nature du plaidoyer et de la cible. Il s'agit d'un document avec une synthèse des résultats qualitatifs et quantitatifs sur les problèmes majeurs de santé, les avantages de l'intervention et les principales étapes de la mise en œuvre des activités</p>	<p>Se présenter et saluer la personne ou les participants selon le cas,</p> <ul style="list-style-type: none"> - proposer le canevas de la séance (l'animateur peut aussi préparer un participant influent à le 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 	<p>Non-respect des engagements pris par une personne ou un groupe/Négociation avec la communauté</p>

	<p>leur avis sur leurs rôles et responsabilités</p> <ul style="list-style-type: none">- 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- Renforcer les engagements pris par les participants en clarifiant leurs attentes- S'assurer de la participation de toute la population dans l'effort de promotion de la santé- Enfin remercier les participants et prendre rendez-vous avec eux pour les prochaines étapes du développement du programme.	
--	--	--

8.3.2. Partenariat

8.3.2.1. Partenariat avec les écoles

Définition	Justification	Principes méthodologiques
<p>C'est un ensemble d'activités conçues en collaboration étroite avec les enseignants des écoles situées dans la zone des projets/programme de renforcement de capacités des enseignants et des élèves sur les domaines de santé de la reproduction véhiculés à travers des activités pédagogiques et récréatives comme le sketch, le théâtre, la chanson, le récital, le génie en herbe, le dessin etc. C'est à travers les prestations des élèves sélectionnés que les autres élèves de l'école et les parents sont sensibilisés sur les problèmes de santé et leurs solutions.</p>	<p>Les enfants constituent une source inépuisable de talents cachés que les programmes peuvent exploiter et faire partager à d'autres,</p> <ul style="list-style-type: none"> - si les enfants sont informés sur les pratiques bénéfiques de santé, ils peuvent les relayer au niveau familial et même dans la communauté, - les changements de comportements acquis depuis l'enfance sont généralement plus durables que ceux acquis à l'âge adulte, - pour bâtir un prototype de citoyen utile à la société, l'école a la mission de développer les fonctions cognitives, psychomotrices et d'empathie de l'enfant. A ce titre, la stratégie école est un renforcement pédagogique efficace dans la mesure où la diversité des activités d'apprentissage a pour effet de stimuler toutes les facultés de l'enfant 	<ul style="list-style-type: none"> - L'approche est basée sur le principe que les enseignants et les élèves sont des personnes ressources à impliquer systématiquement dans l'analyse et la résolution des problèmes de santé communautaire, - elle cherche à capitaliser le rôle que la société assigne aux enseignants qui consiste à faire des élèves des relais potentiels (pairs éducateurs) pour amorcer des changements d'attitudes et de comportement au niveau d'eux-mêmes, dans leur famille et dans toute la communauté.

Supports utilisés	Procédés utilisés pour développer le partenariat avec les écoles	Difficultés/contraintes/solutions
<p>- Poèmes, scénarii pour sketch et théâtre, tee-shirts, boîtes à</p>	<p>- Faire une visite de prise de contact et de plaidoyer auprès de l'inspecteur d'Arrondissement/délégué départemental de l'Enseignement sur les orientations et le contenu du programme à développer avec les écoles,</p>	<p>- La surcharge des programmes scolaires à certains moments de l'année qui fait que certaines activités</p>

8.3.2.2. Partenariat avec les medias

Définition	Justification	Principes méthodologiques
<p>C'est un ensemble d'activités conçues en collaboration étroite avec les medias situées dans la zone d'intervention des programmes de SRMNIA. Il s'agit par exemple du renforcement de capacités des journalistes et autres animateurs des medias sur les domaines de santé de la sante reproduction véhiculés à travers 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 administratives locales, les leaders religieux et traditionnels, les groupes de femmes et de jeunes dans la production et la diffusion des émissions; produire et diffuser au minimum un nombre précis d'émissions par mois sur la santé etc. les parents sont sensibilisés sur les problèmes de santé et leurs solutions.</p>	<p>Les medias offrent une opportunité immense de toucher plusieurs groupes de population c'est cet avantage que les programmes de SRMNIA peuvent exploiter et faire partager à d'autres,</p> <ul style="list-style-type: none"> - si les medias, les journalistes et autres acteurs animateurs sont informés sur les pratiques bénéfiques de SR, ils peuvent les relayer au niveau familial et même dans la communauté, - pour bâtir un prototype de citoyen utile à la société, <p>les medias ont la mission de développer les fonctions cognitives et comportementales de différents individus dans la communauté. A ce titre, la stratégie media est un renforcement de de la mobilisation sociale à travers le relais d'informations ou de messages clés. Elle est efficace dans la mesure où la diversité des activités a pour effet de stimuler l'implication active de tous en faveur de la santé maternelle néonatale et infanto-juvénile.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - L'approche est basée sur le principe que les medias et tous les acteurs des medias sont des personnes ressources à impliquer systématiquement dans l'analyse et la résolution des problèmes de santé communautaire, - elle cherche à capitaliser le rôle que la société assigne aux hommes et femmes des medias qui consiste à faire de ces derniers des relais potentiels pour amorcer des changements d'attitudes et de comportement au niveau d'eux-mêmes, dans leur famille et dans toute la communauté.
<p>Supports utilisés</p> <ul style="list-style-type: none"> - Radios communautaires - Spots audio-visuels ; Microprogrammes - Spots audio ; accord de partenariat - Dossier de presse 	<p>Démarche utilisée pour développer le partenariat avec les medias</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 	

Cameroun

	<p>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)</p> <ul style="list-style-type: none">- 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), MINPROFF (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	Principes méthodologiques
<p>C'est un ensemble d'activités conçues en collaboration étroite avec les sectorielles situées dans la zone d'intervention des programmes de SRMNIA. Il s'agit par exemple du renforcement de capacités 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 etc...dans la sensibilisation en faveur de la SRMNIA.</p>	<p>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,</p> <ul style="list-style-type: none"> - les sectorielles touchées peuvent participer efficacement à relayer au niveau familial et même dans la communauté des messages clés en faveur de la SRMNIA, A ce titre, l'approche sectorielle est un renforcement 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 dans la mesure où la diversité et l'intégration des activités a pour effet de stimuler l'implication active de tous en faveur de la santé maternelle néonatale et infanto-juvénile. 	<ul style="list-style-type: none"> - L'approche est basée sur le principe que les intervenants sectoriels (encadreurs des femmes, encadreurs des jeunes, assistants sociaux, les pairs éducateurs, les animateurs divers etc...) sont des personnes ressources à impliquer systématiquement dans l'analyse et la résolution des problèmes de santé communautaire, - elle cherche à capitaliser le rôle des intervenants sectoriels pour amorcer des changements d'attitudes et de comportement au niveau local, dans les familles et au sein des communautés.
<p>Supports utilisés</p> <ul style="list-style-type: none"> - Affiches, dépliants, boites a images, Accord de partenariat, images, casquettes, affiches, cahiers, sacs etc. - fiches d'information, fascicules, 	<p>Démarche utilisée pour développer le partenariat avec les medias</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 	

Cameroun

<ul style="list-style-type: none">- modules de formation des acteurs communautaires,- cartes conseils, dépliants, fiches de SNP	<p>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)</p> <ul style="list-style-type: none">- 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. AUTRES TECHNIQUES DE COMMUNICATION (STRATEGIES NOVATRICES)

8.4.1. Stratégie grand-mères (GM)

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

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

Cameroun

	solutions appropriées, application/généralisation des solutions par des engagements - La séance s'achève par une autre chanson éducative qui fait le résumé des discussions	
--	--	--

Difficultés/contraintes et solutions préconisées

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

8.4.2. Le cercle de solidarité des femmes enceintes

Définition	Principes méthodologiques
<p>☐ Le cercle de solidarité des femmes enceintes est un essai de thérapie de groupe, de soutien mutuel et de partage d'expériences entre des femmes à un moment donné de leur vie reproductive.</p> <p>☐ Il vise à faciliter la communication et le partage d'expériences de vie entre personnes (femmes enceintes) qui partagent un même vécu.</p> <p>Des sentiments d'empathie et de solidarité sont cultivés et renforcés pour être un support et un levier de communication et d'entraide.</p>	<p>☐ Des personnes qui partagent les mêmes conditions de vie, les mêmes contraintes ou qui souffrent des mêmes maux sont généralement très réceptives aux conseils de leurs pairs. Les témoignages et expériences de personnes ayant vécu les mêmes problèmes peuvent constituer un support important pour aider les moins expérimentées.</p> <p>☐ Certaines difficultés de la grossesse telles que : problèmes d'alimentation, indigestion, nausées, vomissements, dégoûts pour le fer, déviation de goût, troubles de l'humeur, irrégularité à la CPN, non absorption des médicaments prescrits, anticipation sur l'accouchement, consultations pendant les suites de couches, préparation de l'AME, rapports avec le mari ou la belle famille, signes de danger etc. constituent un trait d'union entre les femmes enceintes.</p> <p>• La stratégie permet, entre autre, d'amener les femmes enceintes à sortir de l'isolement dont elles sont victimes du fait des effets de la culture</p>

Techniques d'animation d'une séance avec les femmes enceintes
Négocier le principe et les objectifs de la stratégie avec les leaders, les grand-mères et les mères
<ul style="list-style-type: none"> - Réunir les femmes enceintes (10 au maximum) en demi-cercle. - Saluer chaleureusement et procéder aux présentations d'usage (si les femmes ne se connaissent pas) - Annoncer l'objet de la réunion - Poser des questions ouvertes pour faire émerger les difficultés, problèmes, préoccupations vécus spécifiquement par les membres du groupe - Laisser chaque femme exprimer librement ses difficultés - Poser des questions ouvertes sur les causes ou facteurs de chaque problème évoqué - Donner la possibilité à toutes les femmes de donner leurs avis - Poser des questions ouvertes sur les conséquences connues de ces difficultés/problèmes - Demander aux femmes enceintes qui n'ont pas eu ces problèmes d'évoquer les stratégies adoptées pour les éviter - Faire discuter le groupe sur la façon de gérer ces difficultés quand elles arrivent - Négocier avec les femmes enceintes confrontées à ces problèmes la faisabilité des solutions évoquées par les autres - Demander aux femmes enceintes moins expérimentées si elles ont besoin d'un soutien de la part d'autres femmes enceintes pour aider à résoudre certaines difficultés - Faire la synthèse des difficultés, leurs causes, conséquences et solutions préconisées par le groupe en vue de l'application à la maison - Négocier la date et le lieu de la prochaine réunion avec les femmes enceintes - Remercier tout le groupe.
L'animateur est un facilitateur du processus.

8.4.3. Les groupes de soutien (care group)

Définition	Justification
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Le groupe de soutien maternel est un regroupement de femmes d'une communauté dont l'objet est d'échanger et de s'entraider pour la prise en charge et la prévention des problèmes de santé couramment rencontrés. <input type="checkbox"/> Il vise à développer, à l'intérieur des activités traditionnelles des groupements de femmes, des activités d'IEC et de soutien mutuel. 	Il existe des groupes de femmes dynamiques capables d'intégrer les activités de santé dont la prise en charge des urgences par la référence.

Principes méthodologiques	Supports utilisés
<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer l'organisation traditionnelle des femmes déjà organisées en groupes - Renforcer les bases de solidarité et d'entraide qui existent au sein des groupes de femmes - Faire la promotion des bonnes pratiques de SR identifiées au sein d'une communauté - Partager les expériences entre femmes d'âges différents - Le care groupe se tient en général une fois par semaine 	<ul style="list-style-type: none"> - Carte conseils, boîtes à images. - Jeu W3
<p><i>NB : si une femme a un problème spécifique qu'elle ne peut pas dévoiler au grand groupe, elle peut en discuter en aparté avec sa marraine pour bénéficier auprès d'elle des conseils</i></p>	

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

VI. La conception et la production de supports
<p>La mise en œuvre des interventions sera accompagnée par la conception et la diffusion de supports appropriés à tous les niveaux. Dans ce domaine, la démarche consistera à :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Faire l'état des lieux - Faire des recherches socio comportementales - Élargir le partenariat - Produire et diffuser les supports - Évaluer l'impact sur les comportements <p>Un effort particulier sera consenti pour une traduction des supports en langues nationales.</p>

**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 santé 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 néonataux 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 néonataux du district.
LA REVUE DE DECES MATERNELS, périnatals ET néonataux AU NIVEAU DE LA COMMUNAUTE (AUTOPSIES VERBALES)
La revue de décès maternels, périnatals et néonataux 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 contribué 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, périnataux et néonataux 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, périnataux et néonataux 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/néonatalogie.
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 problème en 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 néonataux : une enquête systématique multidisciplinaire anonyme de tout ou d'un échantillon représentatif des décès maternels, périnatals et néonataux 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 (morbidity 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	
<ol style="list-style-type: none"> 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). <p>Suivre et évaluer la mise en œuvre des recommandations</p>	

9.3. Exemples de causes courantes de décès maternels et interventions fondées 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 acétyl 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	a) Sensibilisation pour les accouchements dans les FOSA b) communication sur les risques d'infection c) Transfert vers la FOSA

	e) La détection et la prise en charge de l'infection du post-partum	
La dystocie (et ses complications)	<ul style="list-style-type: none"> a) Utilisation du partogramme b) Césarienne c) Antibiothérapie d) Utilisation des utérotoniques e) Transfusion sanguine 	<ul style="list-style-type: none"> a) Sensibilisation sur les facteurs de risque b) Elaboration des plans d'accouchement
Les causes indirectes	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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, périnataux et néonataux 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 santé devra	<ul style="list-style-type: none"> - 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, périnataux et néonataux 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 formation sanitaire devra :	<ul style="list-style-type: none"> - 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, périnataux et néonataux suspects et probables, y compris hors du centre de collecte de données - Rendre anonyme tous les documents et les résumés liés aux décès maternels, périnataux et néonataux 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, périnataux et néonataux
Le Point focal SDMPR du District (point focal SR du district) devra	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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:	<ul style="list-style-type: none"> - 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, périnataux et néonataux, 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 Fombot : on écrira FOU¹ et FOU²

Mbangang, Mbangante, Mbangourain : on écrira MBA¹, MBA², MBA³,

Exemple de code :

M/CE/NKO¹/ODZ/07-17 : décès maternel, région du Centre, district de santé de Nkolndongo, aire de santé d'Odza, juillet 2017,

Ou

P/CE/NKO¹/ODZ/07-17 : décès périnatal, région du Centre, district de santé de Nkolndongo, aire de santé Odza, juillet 2017,

Ou

N/CE/NKO¹/ODZ/07-17 : décès néonatal, région du Centre district, de Nkolndongo, aire de santé Odza, juillet 2017

COMPOSANTE 10 : CONSULTATION PRESOLAIRE

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 (<i>Aedes aegypti</i>) 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 <i>Haemophilus influenzae</i> 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 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 d'administration	Dose	Âge recommandé	Sites
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
4 ^e contact	DTC-HepB+Hib 3	IM	0,5 ml	14 semaines	Cuisse gauche
	VPO3	Orale	Gouttes		Bouche
	Prevenar13 - 3	IM	0,5 ml		Cuisse droite
5 ^e 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 (1 ^e 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 (2 ^e 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
Vitamine A	Orale	Immédiatement	Jour suivant	Couleur capsules		Bouche
		50 000 UI	50 000 UI	2 gouttes bleues	6 mois	
		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)			06 - 24 mois	Bouche
Mebendazole		400mg (1 comprimé)			+ 24 mois	
		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 marche	Pince pouce/ index inférieur	1 – 2 mots	

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	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - l'absence de la survenue du bouleversement physiologique du tonus musculaire ; - les membres inférieurs 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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 carenciel, 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;

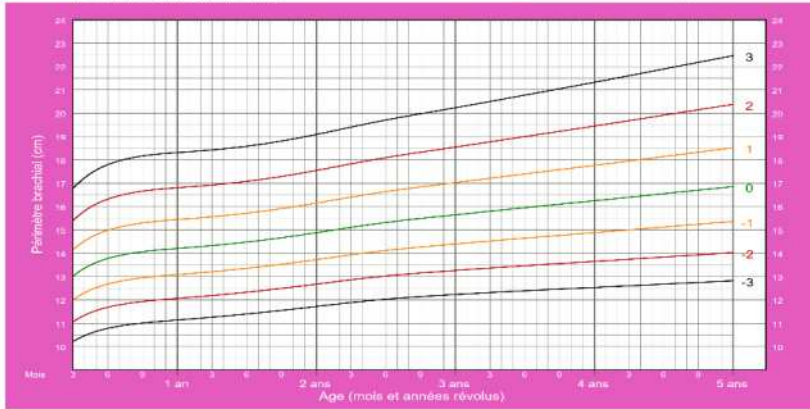
Malnutrition en termes d'excès (Surcharge pondérale)

- 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



Périmètre brachial-pour-l'âge FILLES

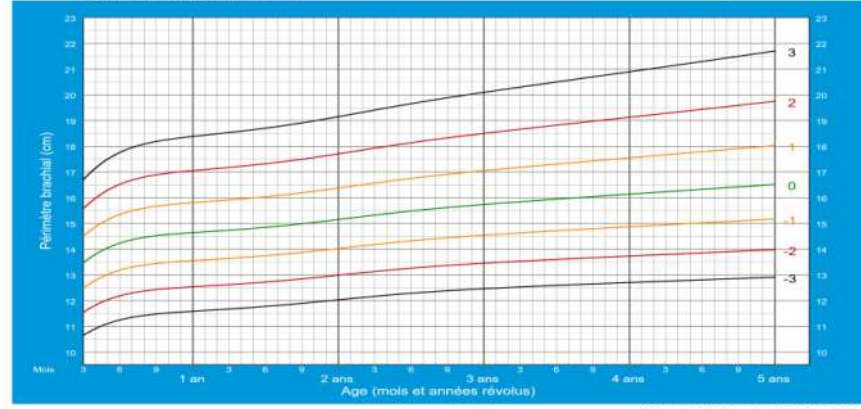
De 3 mois à 5 ans (valeurs du z)



Normes OMS de croissance de l'enfant

Périmètre brachial-pour-l'âge GARÇONS

De 3 mois à 5 ans (valeurs du z)



Normes OMS de croissance de l'enfant

Poids-pour-taille debout FILLES

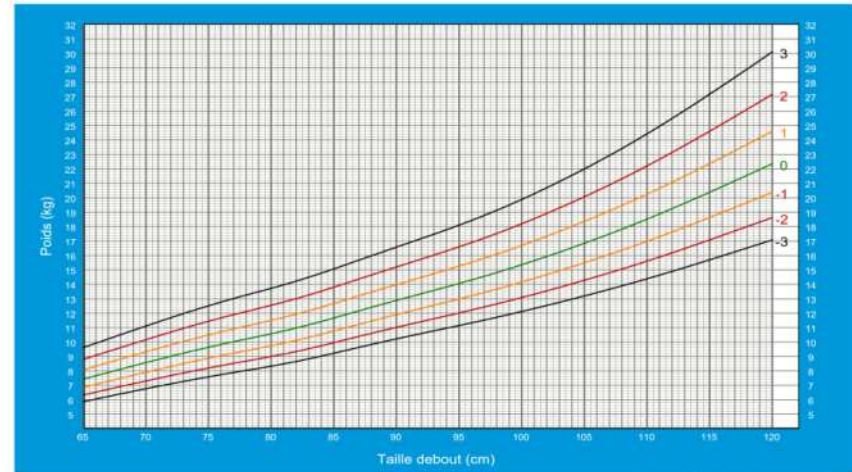
De 2 à 5 ans (valeurs du z)



Normes OMS de croissance de l'enfant

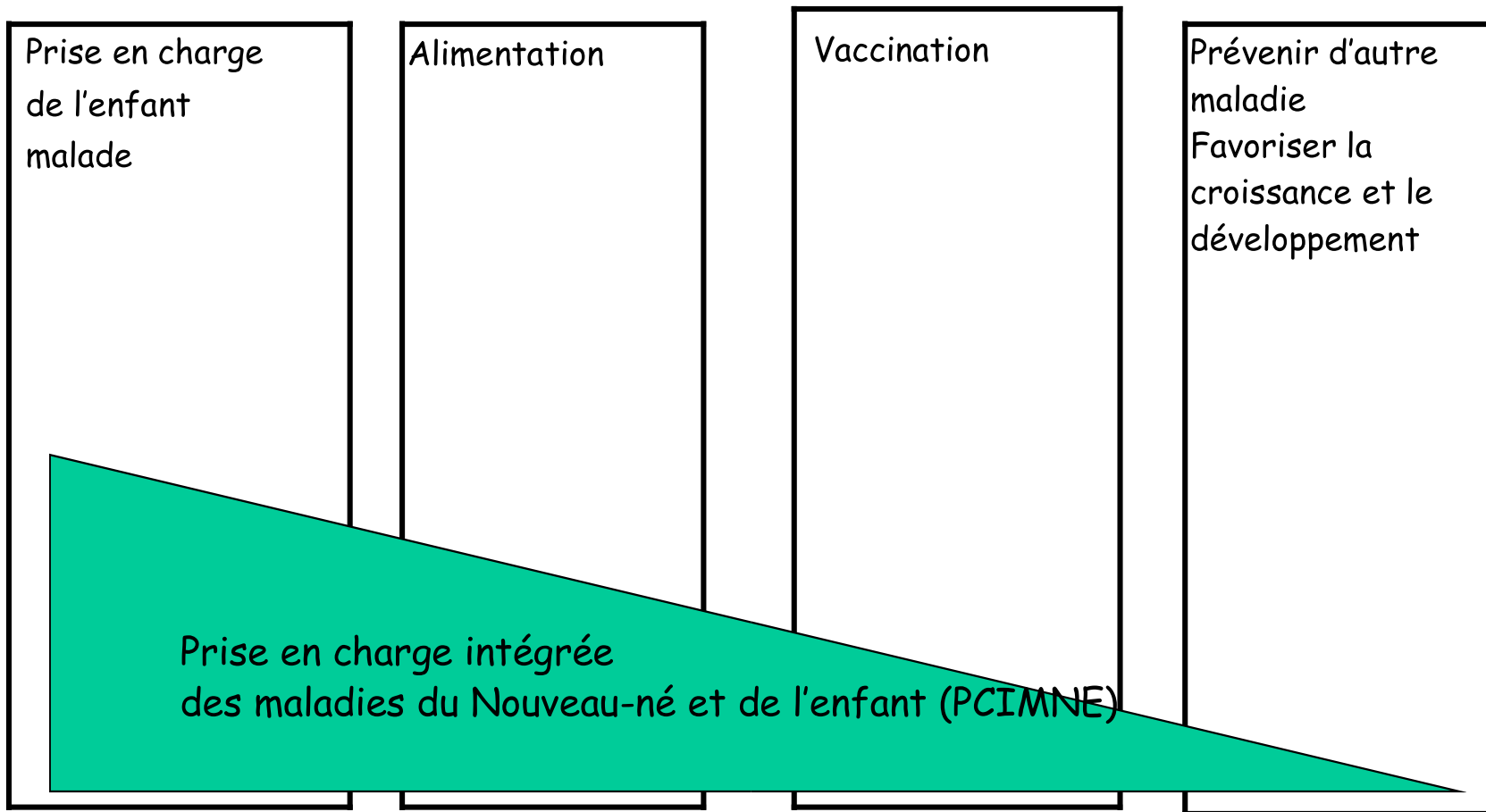
Poids-pour-taille debout GARÇONS

De 2 à 5 ans (valeurs du z)



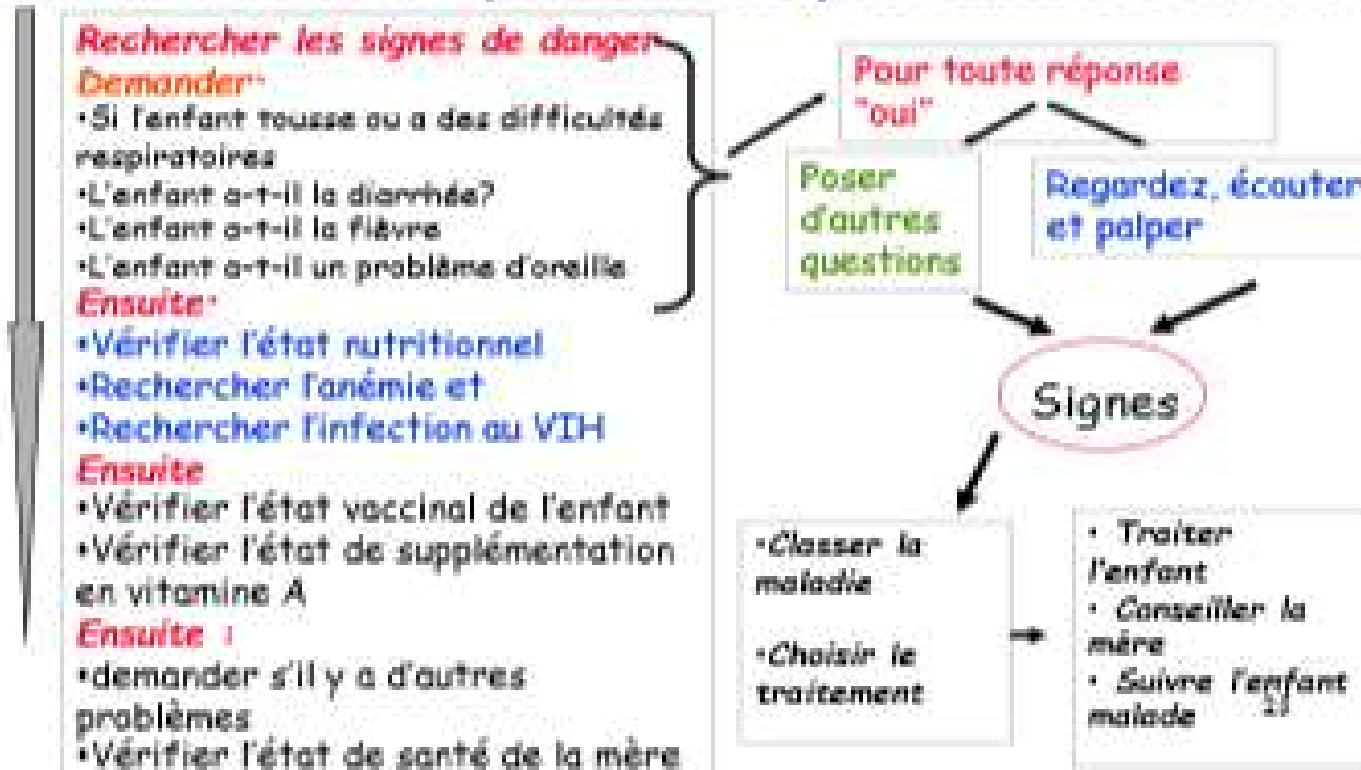
Normes OMS de croissance de l'enfant

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



Prise en charge intégrée de l'enfant malade

Demander à la mère : *quels sont les problèmes de l'enfant ?*



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

<ul style="list-style-type: none"> • Tout signe général de danger ou • Tirage sous-costal ou • Stridor chez l'enfant calme 	PNEUMONIE SÉVÈRE OU MALADIE TRÈS GRAVE	<p>Donner la première dose d'antibiotique intramusculaire</p> <p>En cas de sifflement audible, tester avec un bronchodilatateur inhalé à action rapide jusqu'à 3 cycles avant de classer comme pneumonie sévère</p> <p>Transférer d'urgence à l'hôpital</p>
Respiration rapide	PNEUMONIE	<p>Donner un antibiotique oral pendant 5 jours</p> <p>En cas de sifflement audible, tester avec un bronchodilatateur inhalé à action rapide jusqu'à 3 cycles avant de classer comme pneumonie</p> <p>Calmer le mal de gorge et soulager la toux avec un remède inoffensif</p> <p>En cas de sifflement audible récurrent, transférer le patient pour un bilan</p> <p>Rechercher l'infection à VIH</p> <p>Si la toux dure depuis plus de 30 jours, transférer pour bilan tuberculose/asthme</p> <p>Indiquer à la mère dans quel cas revenir immédiatement</p> <p>Revoir après 2 jours •</p>
Pas de signe de pneumonie ni de maladie très grave	TOUX OU RHUME	<p>³/₄ En cas de sifflement audible, donner un bronchodilatateur inhalé pendant 5 jours</p> <p>³/₄ En cas de sifflement audible récurrent, transférer pour bilan</p> <p>³/₄ Calmer le mal de gorge et soulager la toux</p> <p>³/₄ Si la toux dure depuis plus de 30 jours, transférer pour bilan tuberculose/asthme</p> <p>³/₄ Indiquer à la mère quand revenir immédiatement</p> <p>³/₄ Revoir après 2 jours en l'absence d'amélioration</p>

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	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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

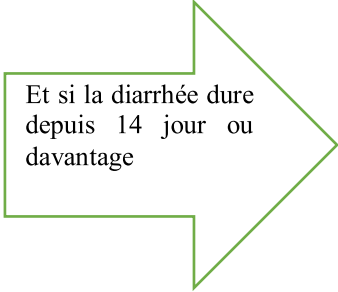
L'encadré ci-dessous décrit les quantités de zinc à administrer à l'enfant diarrhéique.

<p>DONNER DES SUPPLÉMENTS EN ZINC</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 quantité d'eau propre (petit bol ou cuillère) • Rappeler à la mère de donner les suppléments en zinc pendant les 14 jours, même si la diarrhée s'arrête

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

 <p>Et si la diarrhée dure depuis 14 jour ou davantage</p>	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.

DIARRHÉE 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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

Cameroun

- courbatures
- douleurs articulaires
- douleurs abdominales chez l'enfant
- troubles digestifs (perte d'appétit, diarrhée, nausées, vomissements)

Comment reconnaître le paludisme grave

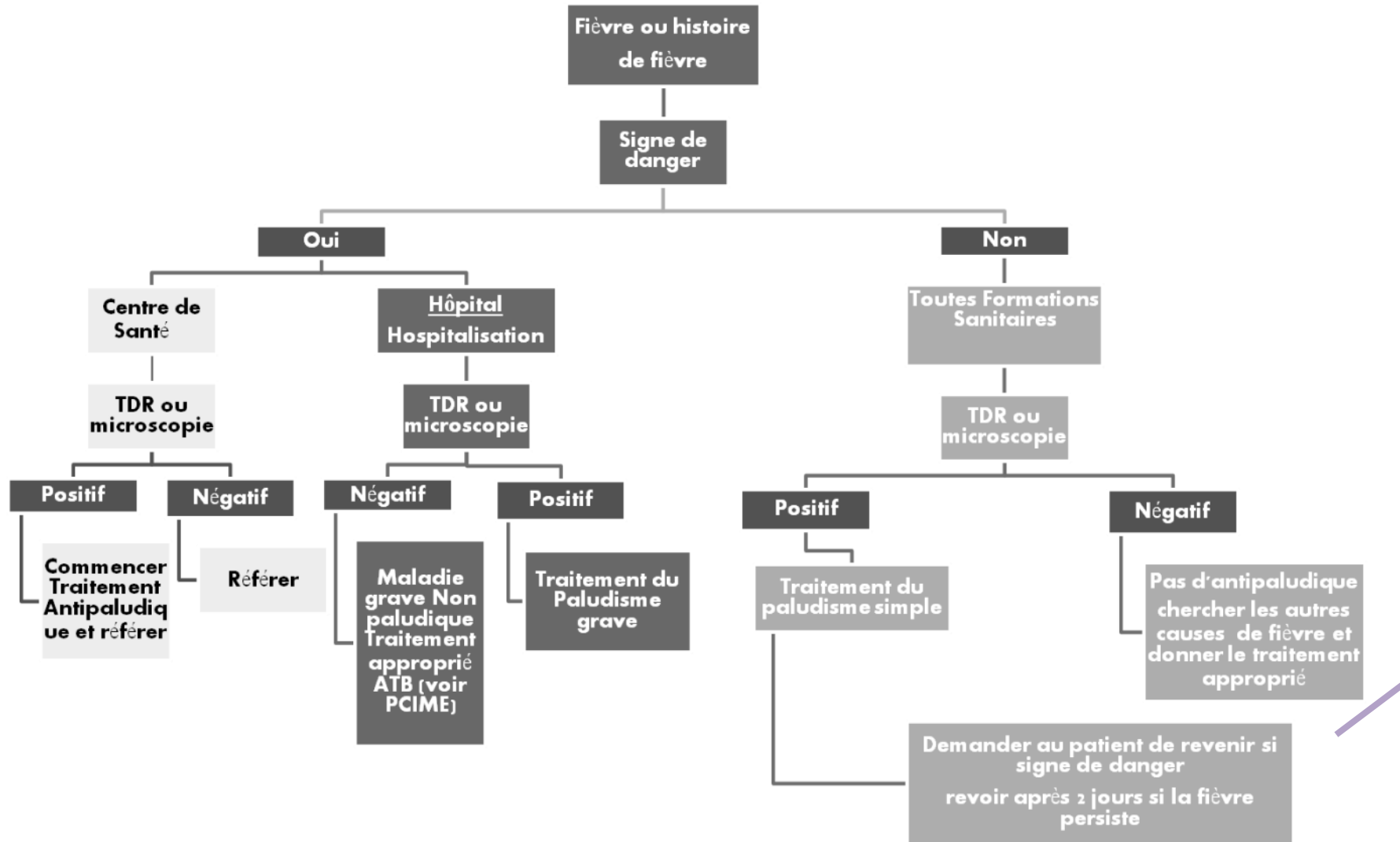
Chez un malade présentant une parasitémie à Plasmodium falciparum (microscopie ou TDR positif à P. falciparum), la présence de l'un ou plusieurs des signes suivants signifie Paludisme grave.

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 > 40°C (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 (Glycémie<40mg/dl ou glycémie <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)
- Hyperlactatémie (lactate >5mmol/l)
- Insuffisance rénale (créatininémie > 265 μmol/l)



Source : Guide de prise en charge du paludisme au Cameroun

Prise en charge de la Fièvre : Antipyrétiques/antalgiques :

Indication : température supérieure ou égale à 38.5°C 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) :

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

Luméfantine : 24 mg/kg par jour et en 2 prises pendant 3 jours

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.

Cameroun

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 Mefloquine 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 7^e 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)**

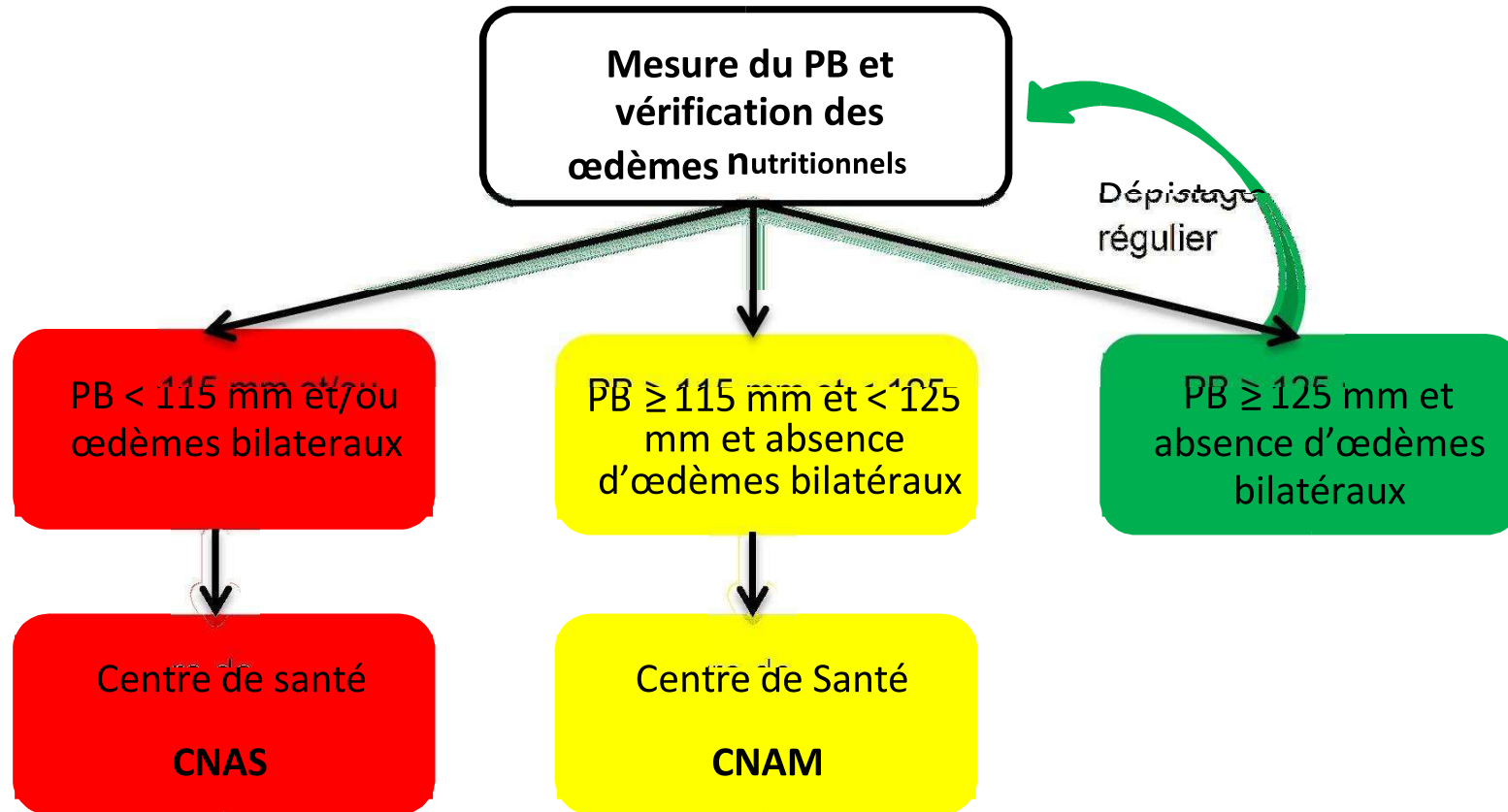
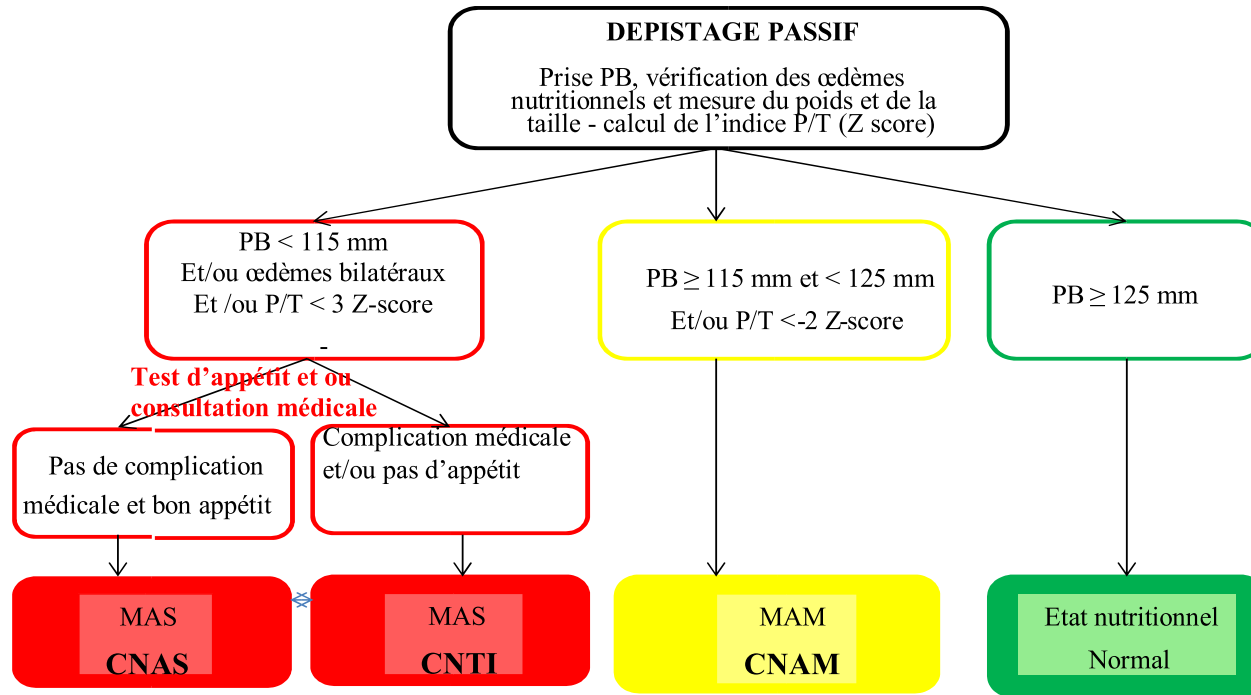


Figure 1 : critères de référence de la communauté vers le centre nutritionnel

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

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

Tableau 5 : traitement médical systématique en CNAM – Enfant 6-59 mois

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 Folique (200 mg / 40 mg)	La troisième visite	Enfant < 10 Kg	½ cp /semaine	Pendant toute la durée de la prise en charge
		Enfant > 10 Kg	1 cp / semaine	
Albendazole 400 mg	Dose unique à l'admission	< 12 mois	<u>NE PAS DONNER</u>	
		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		

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 néonatal 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 néonatal du district.
LA REVUE DE DECES MATERNELS, périnatals ET néonatal AU NIVEAU DE LA COMMUNAUTE (AUTOPSIES VERBALES)
La revue de décès maternels, périnatals et néonatal 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 contribué 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.
<p>Conduite de l'autopsie verbale</p> <p>L'autopsie verbale est coordonnée par le point focal SDMPR de la FOSA la plus proche.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>L'interview devra être discrète de préférence en plusieurs étapes qui seront recoupées plus tard.</p> <p>Les données des décès maternels, périnataux et néonataux survenus dans la communauté devraient être analysées par mois par le service de district de santé.</p>

II. LES ÉTAPES ESSENTIELLES DU PROCESSUS D'IDENTIFICATION ET DE NOTIFICATION APRÈS LE DÉCÈS MATERNELS, périnataux ET néonataux 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' <i>enregistrement des faits d'état civil et des statistiques vitales</i> (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/néonatalogie.
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 néonataux 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 néonataux DANS LES FOSA
une enquête qualitative approfondie sur les causes et circonstances entourant les décès maternels, périnatals et néonataux 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.

<p>Évaluer la qualité des soins médicaux :</p> <p>Évaluer si la formation sanitaire a la capacité de fournir des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) telle que défini par l'OMS</p> <p>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</p>
<p>Déterminer si les facteurs non médicaux ont contribué au décès</p>
<p>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</p>
<p>f) Déterminer si le décès maternel, périnatal et néonatal était évitable et si oui, comment cela aurait-il pu être évité.</p> <p>Les facteurs suivants seront pris en considération lors de l'évaluation si un décès était évitable:</p> <p>c) Au niveau de la communauté/ de la famille</p> <ul style="list-style-type: none"> - Facteurs liés au patient ou à la famille ; un problème en 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? <p>d) Au niveau de la formation sanitaire</p> <p><u>Les CPN</u> : déterminer si la femme a effectué les consultations prénatales.</p> <p><u>Les soins postnatals</u> : déterminer si la femme a reçu les consultations postnatales selon les directives.</p> <p><u>Les facteurs hospitaliers</u> : 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.</p> <p><u>Les facteurs liés aux prestataires de soins</u> : 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.</p> <p>g) <u>Au niveau intersectoriel</u></p> <p>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.</p> <p>h) <u>Les questions liées au Genre</u></p> <p>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.</p>

LES ENQUETES CONFIDENTIELLES
Les enquêtes confidentielles sur les décès maternels, périnataux et néonataux : une enquête systématique multidisciplinaire anonyme de tout ou d'un échantillon représentatif des décès maternels, périnataux et néonataux 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 examinées 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	
<ol style="list-style-type: none"> 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). <p>Suivre et évaluer la mise en œuvre des recommandations</p>	

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. d) 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	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	a) Sensibilisation pour les accouchements dans les FOSA b) communication sur les risques d'infection

	<ul style="list-style-type: none"> i) Antibiotiques prophylactiques pour la césarienne j) La détection et la prise en charge de l'infection du post-partum 	c) Transfert vers la FOSA
La dystocie (et ses complications)	<ul style="list-style-type: none"> f) Utilisation du partogramme g) Césarienne h) Antibiothérapie i) Utilisation des utérotoniques j) Transfusion sanguine 	<ul style="list-style-type: none"> a) Sensibilisation sur les facteurs de risque b) Elaboration des plans d'accouchement
Les causes indirectes	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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, périnataux et néonataux 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 santé devra	<ul style="list-style-type: none"> - 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, périnataux et néonataux de la communauté - compiler les sources de données essentielles et faire des résumés des autopsies verbales menés pour informer le district néonataux
Le point focal SDMPR de la formation sanitaire devra:	<ul style="list-style-type: none"> - 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, périnataux et néonataux suspects et probables, y compris hors du centre de collecte de données - Rendre anonyme tous les documents et les résumés liés aux décès maternels, périnataux et néonataux 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, périnataux et
Le Point focal SDMPR du District (point focal SR du district) devra	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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:	<ul style="list-style-type: none"> - 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, périnataux et néonataux, 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.

Systeme 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 Fumbot : on écrira FOU¹ et FOU²

Mbangang, Mbangante, Mbangourain : on écrira MBA¹, MBA², MBA³,

Exemple de code :

M/CE/NKO¹/ODZ/07-17 : décès maternel, région du Centre, district de santé de Nkolndongo, aire de santé d'Odza, juillet 2017,

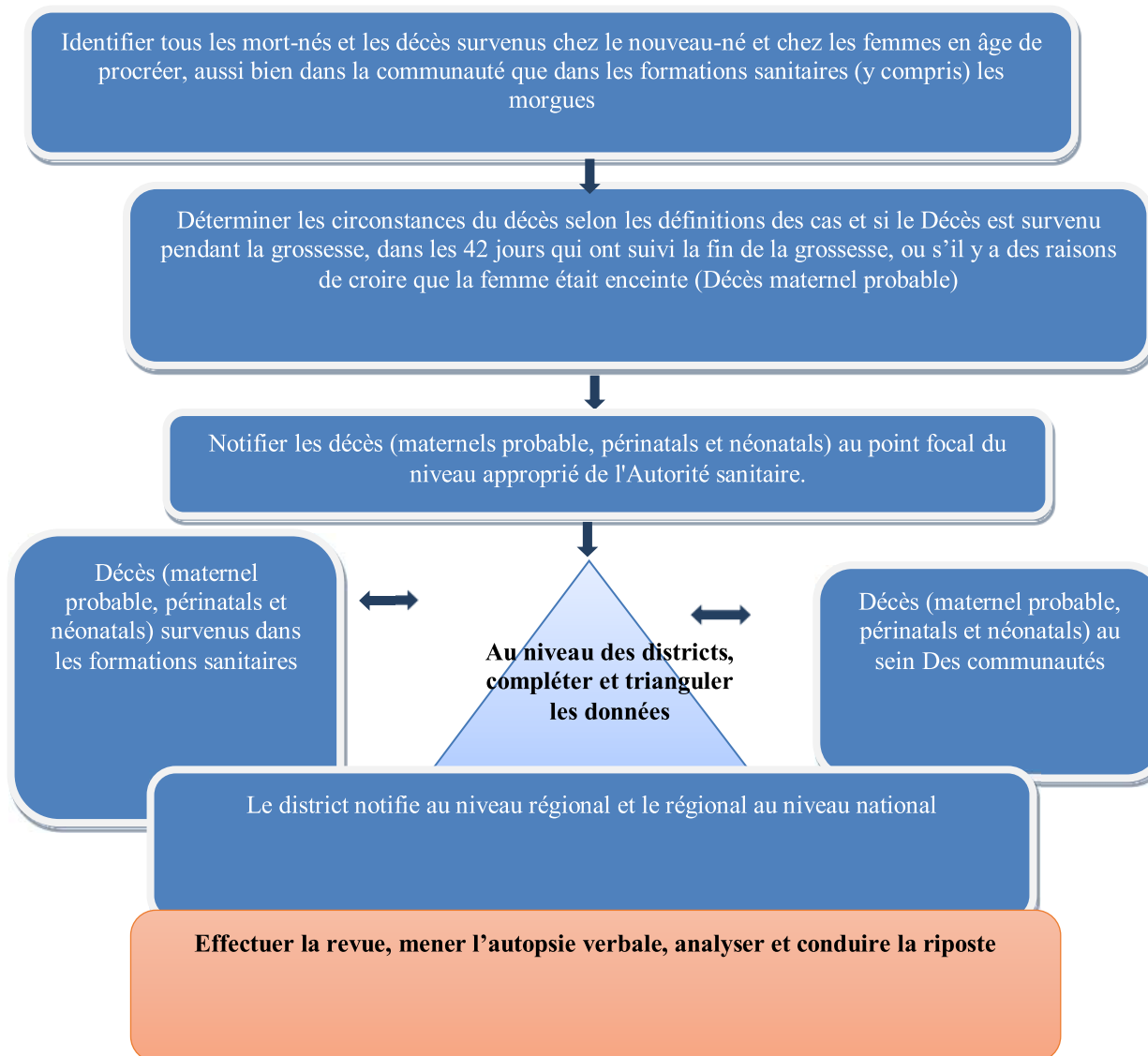
Ou

P/CE/NKO¹/ODZ/07-17 : décès périnatal, région du Centre, district de santé de Nkolndongo, aire de santé Odza, juillet 2017,

Ou

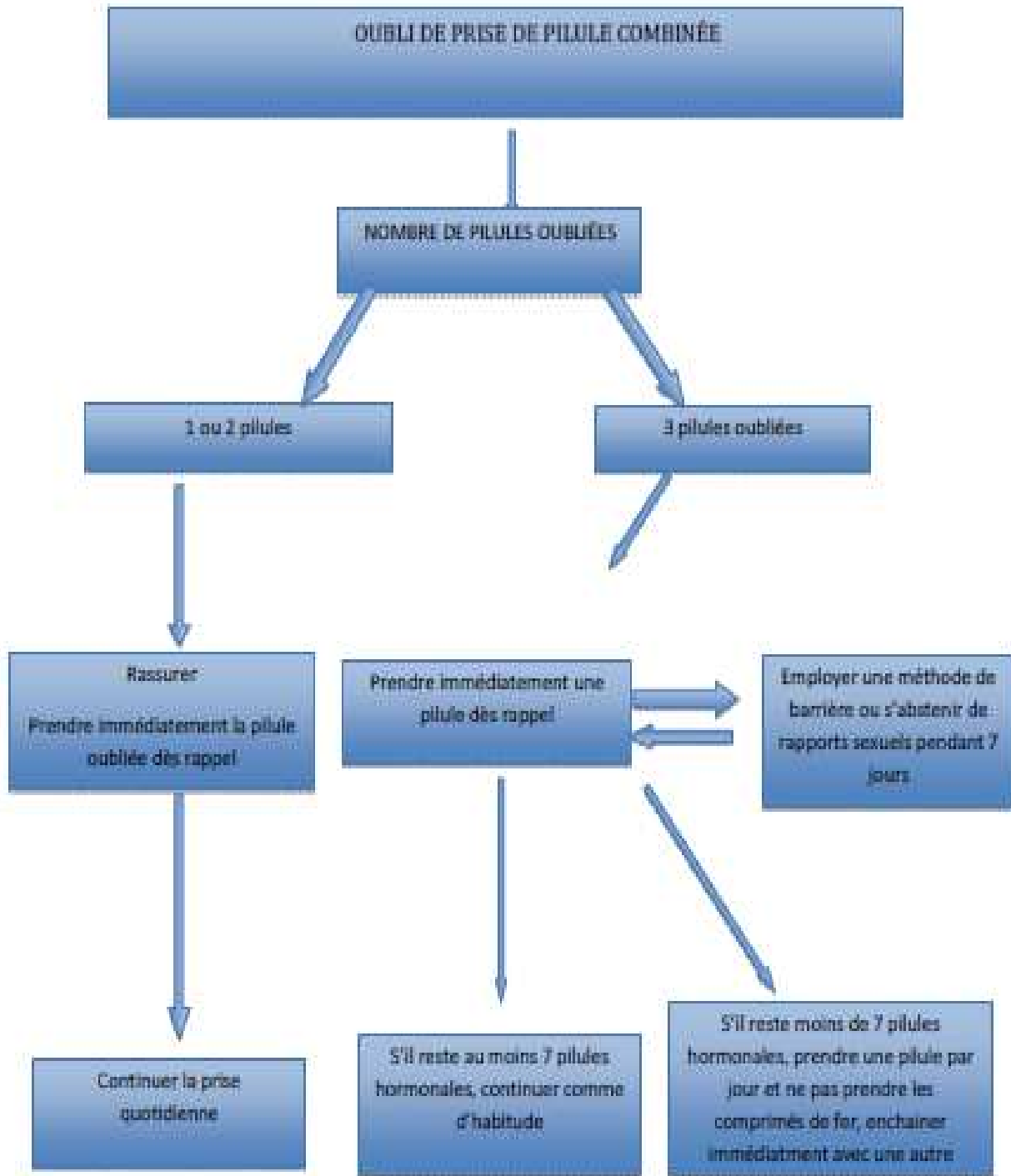
N/CE/NKO¹/ODZ/07-17 : décès néonatal, région du Centre district, de Nkolndongo, aire de santé Odza, juillet 2017.

VII. ETAPES DE LA SDMPR

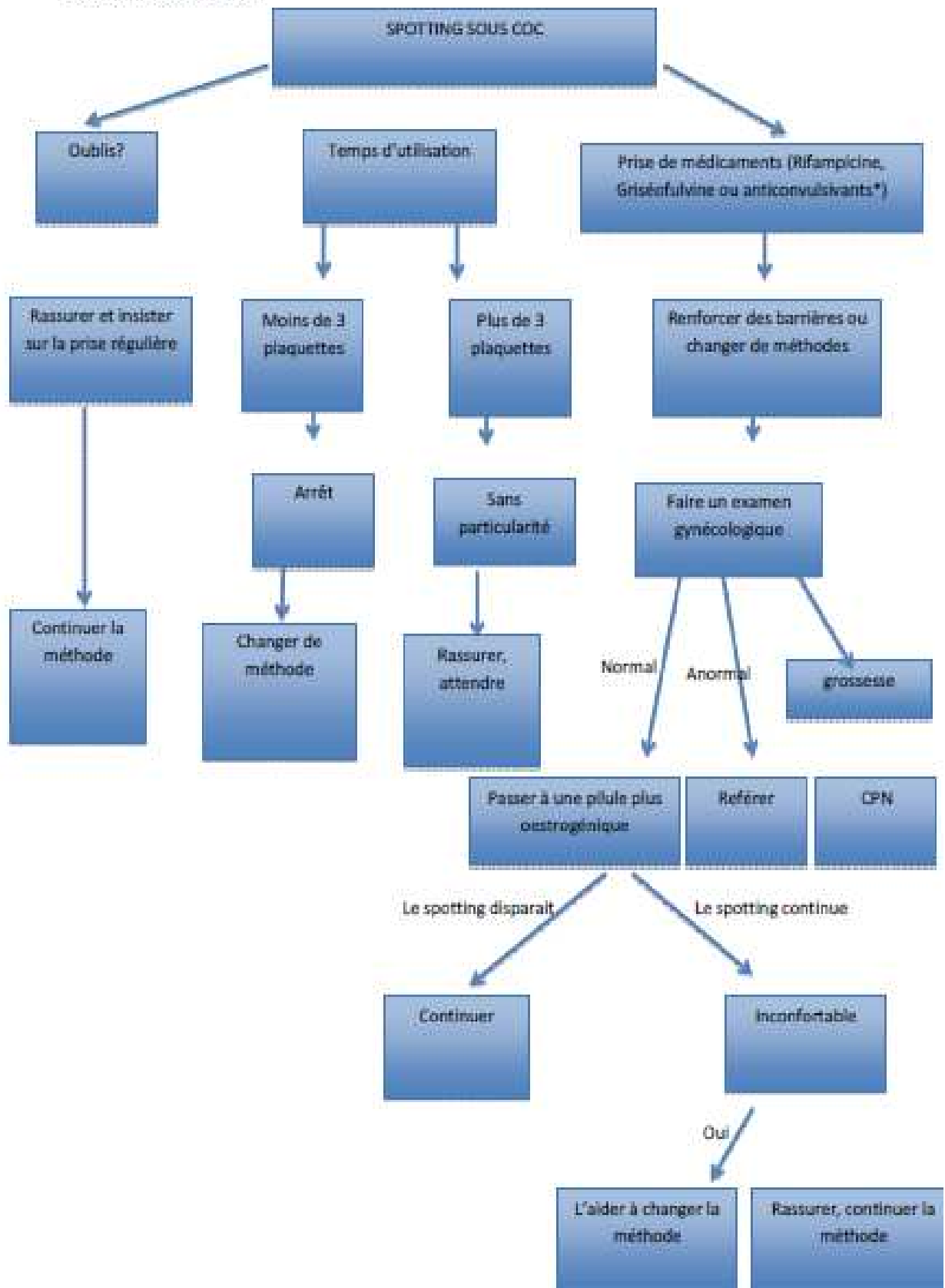


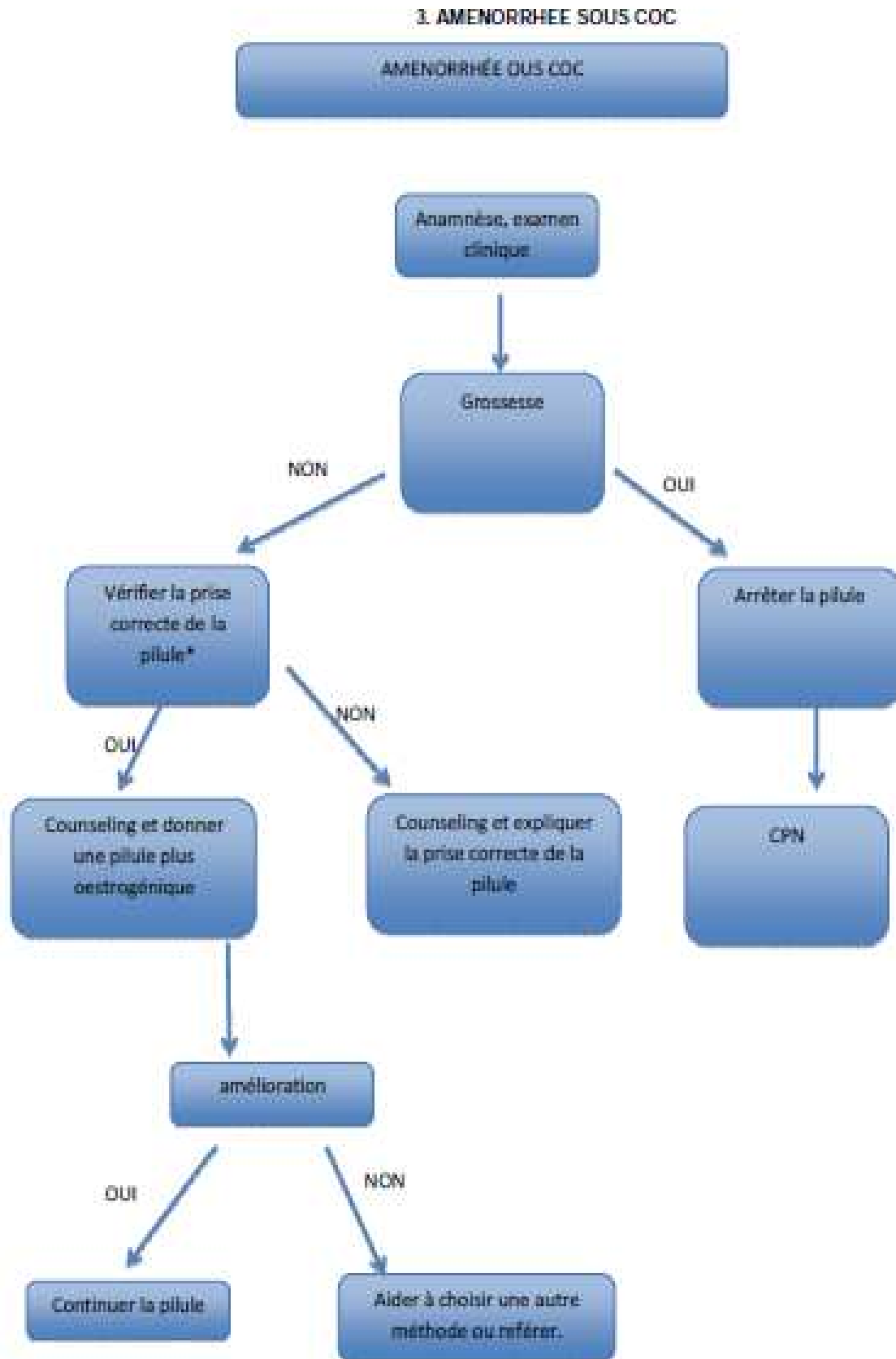
PARTIE 2 : ALGORITHMES DE PRISE EN CHARGE EN SRM NIA

1. OUBLI DE COC

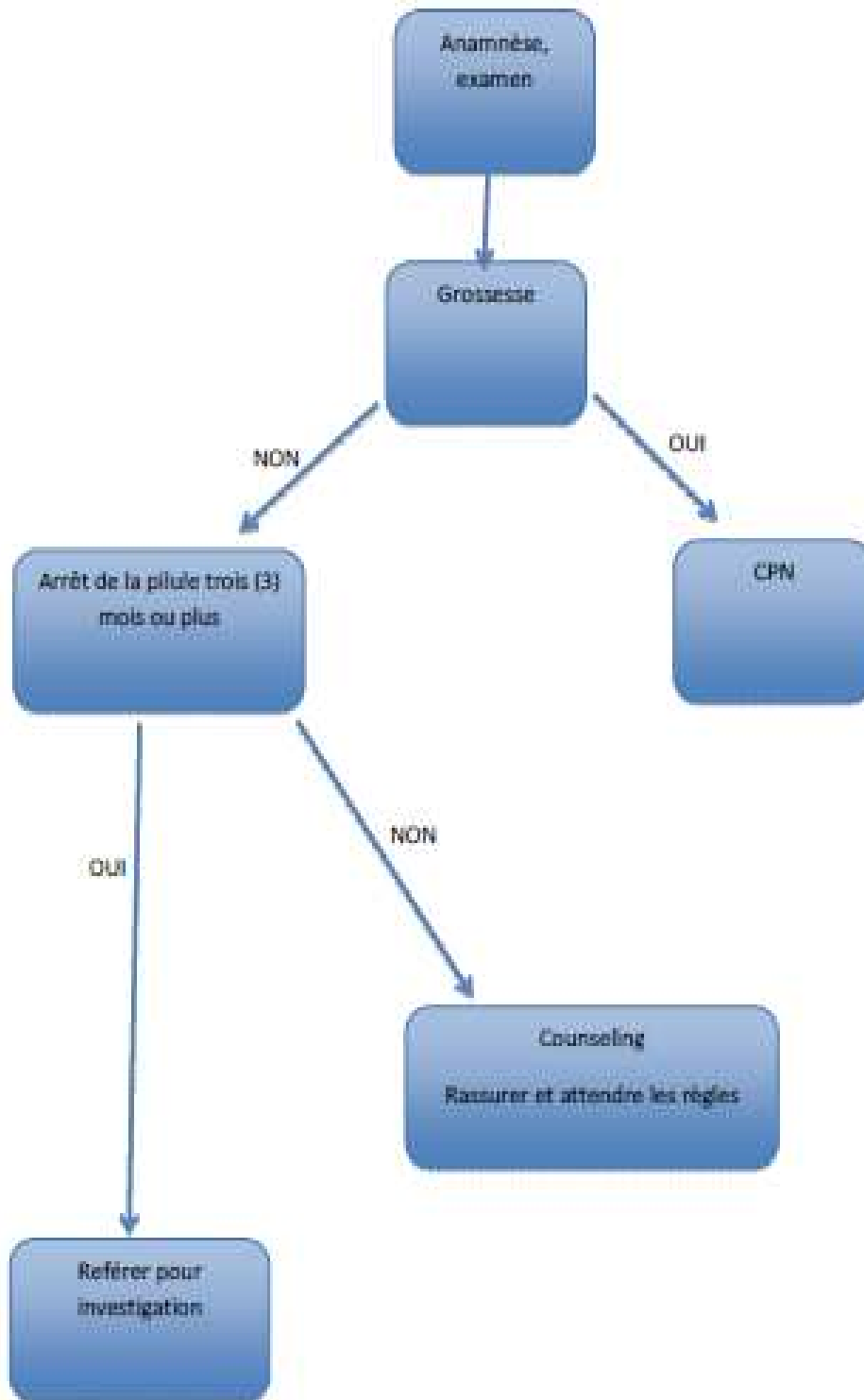


2. SPOTTING SOUS COC

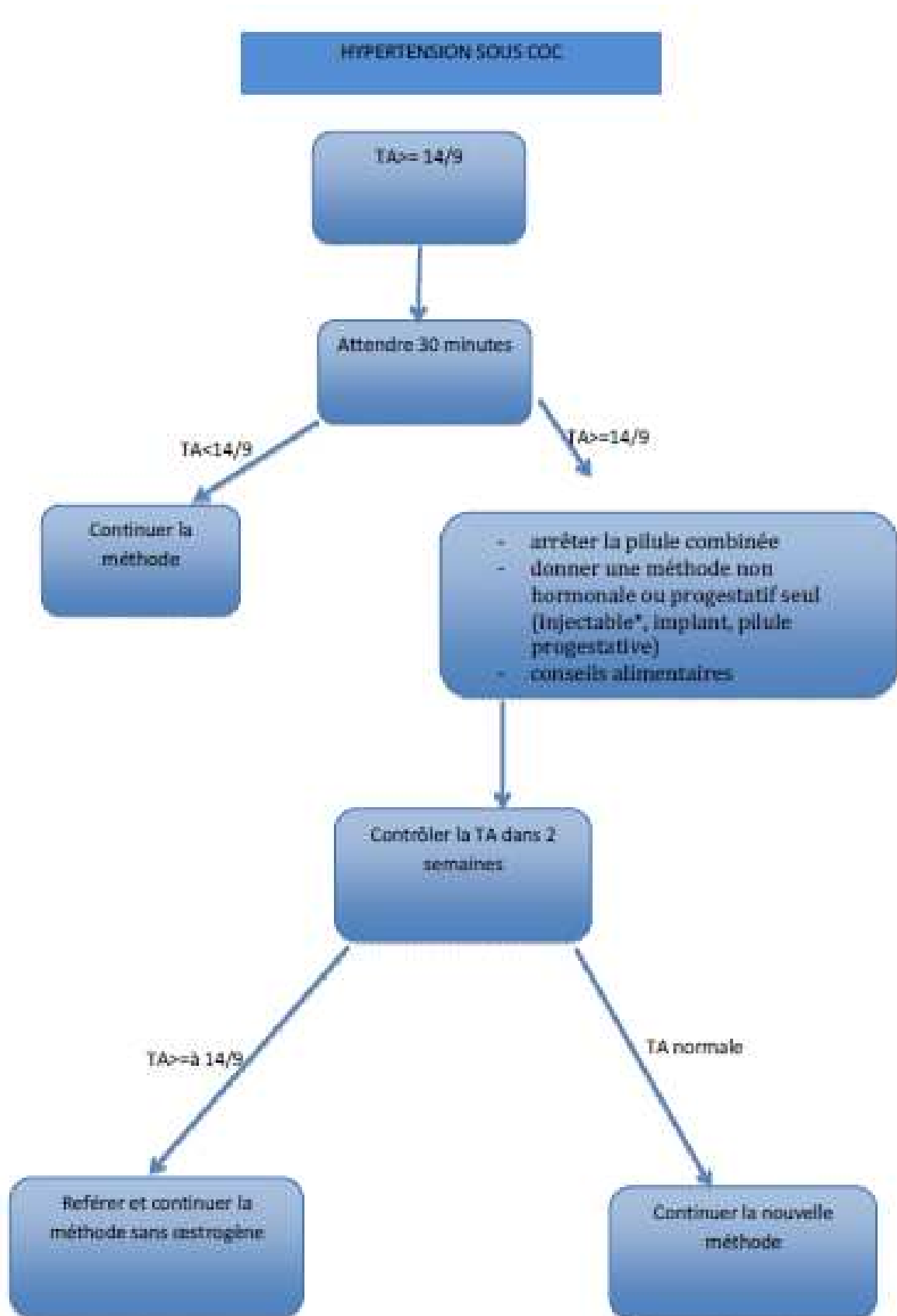




4. AMENORRHÉE APRÈS ARRÊT DES COC

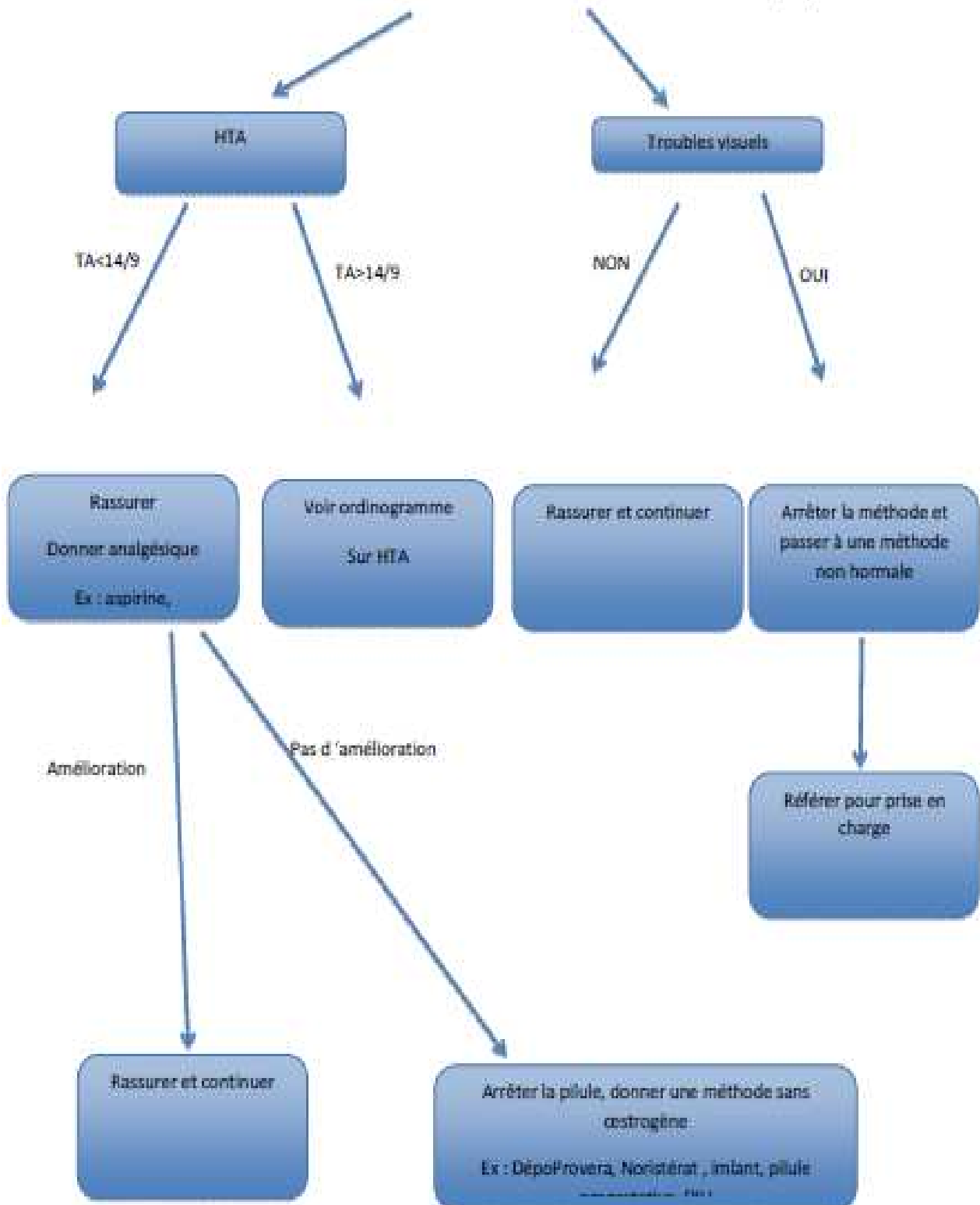


5. HTA

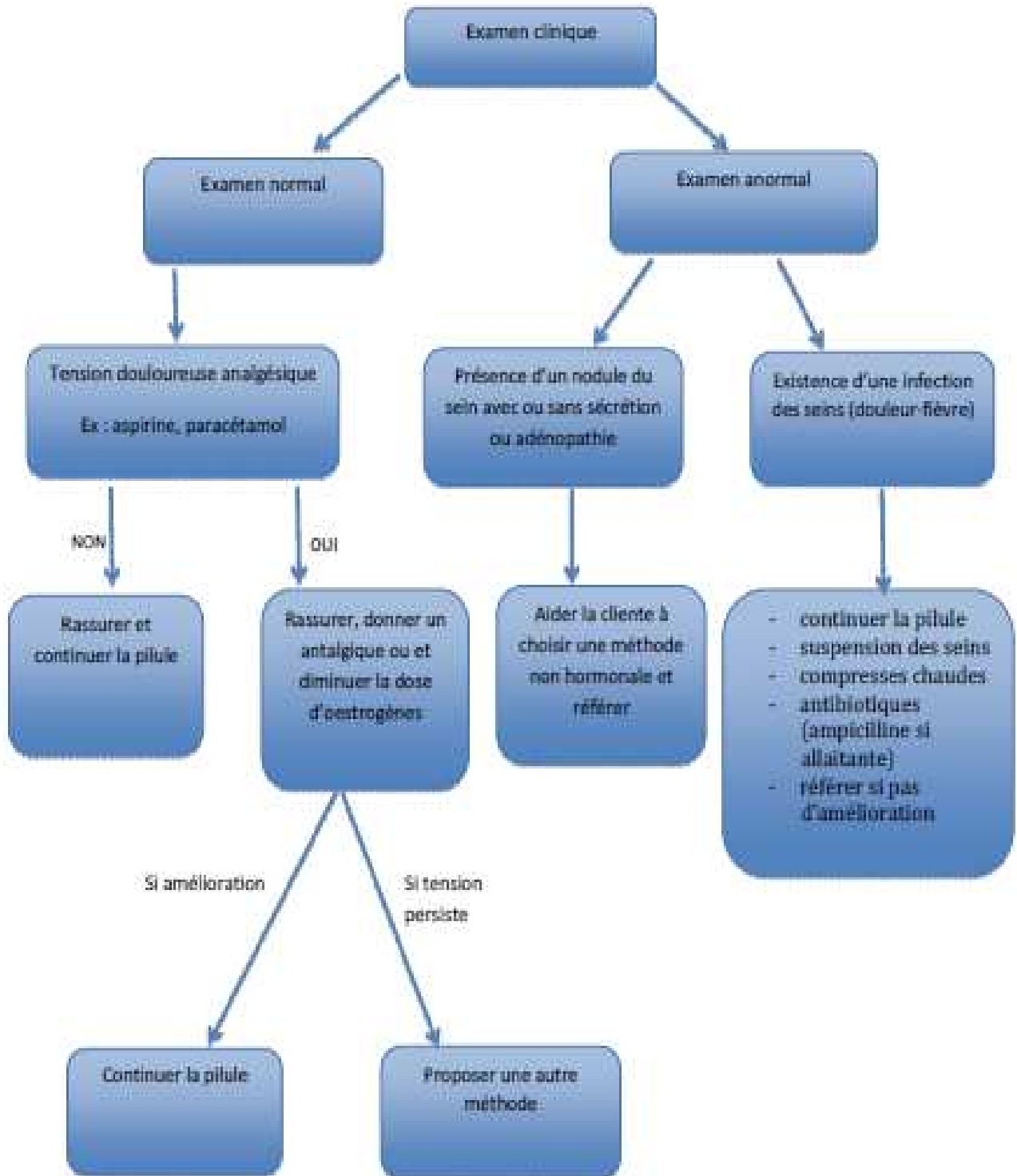


6. CEPHALEES ET/OU MIGRAINES SOUS COC

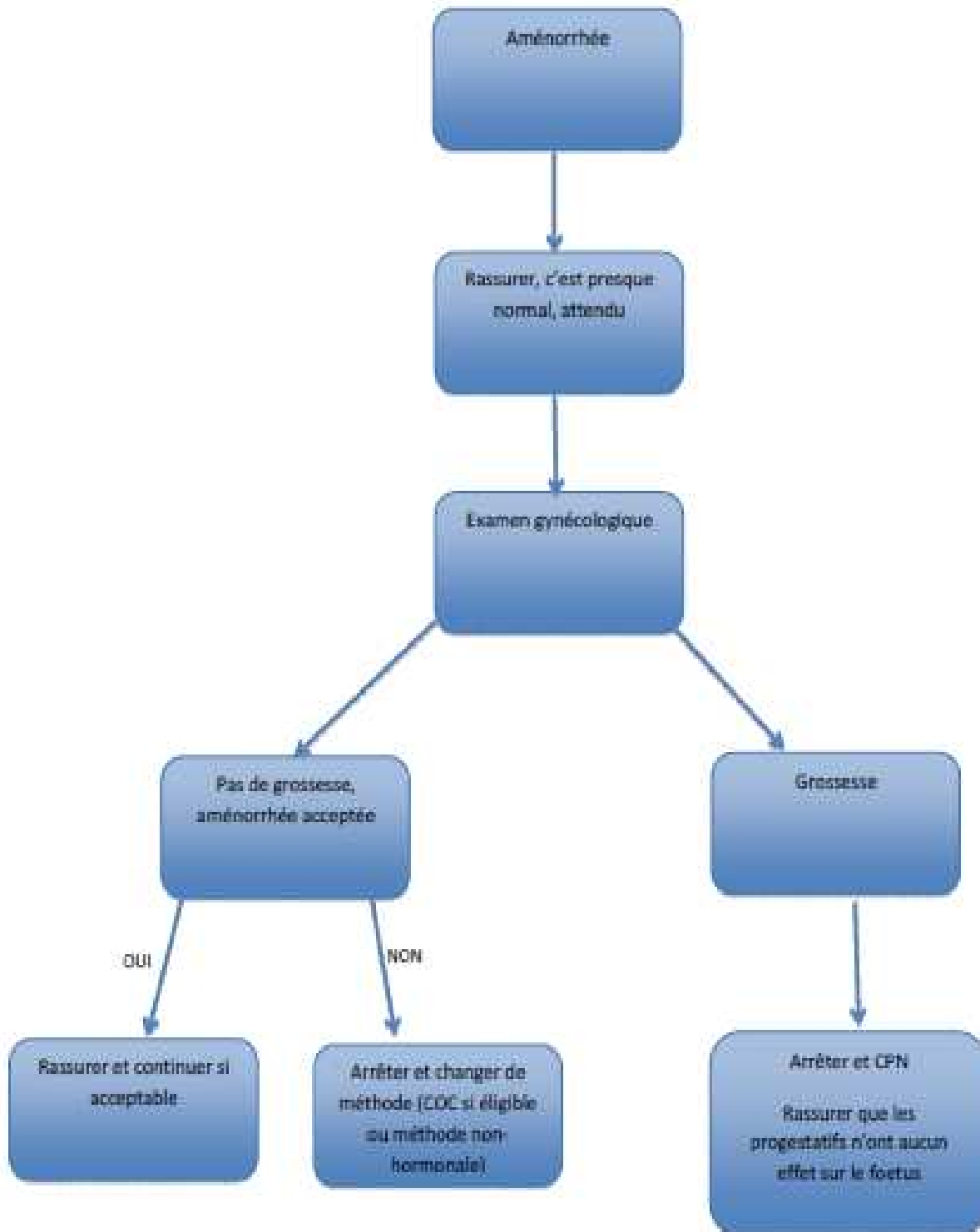
CEPHALÉE ET /OU MIGRAINES SOUS CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINÉS (COC)



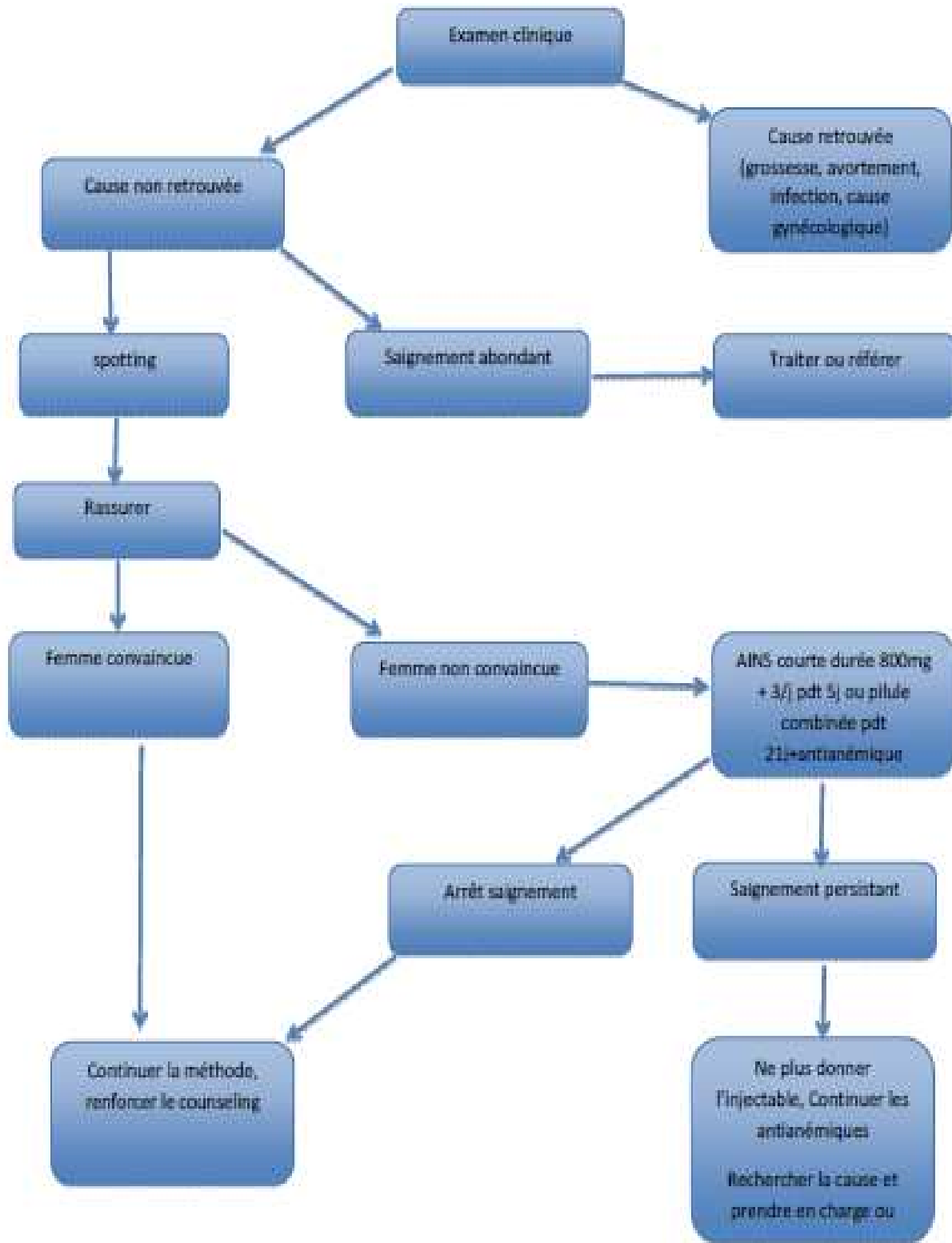
7. EXAMEN CLINIQUE



B. CONDUITE À TENIR DEVANT LES EFFETS SECONDAIRES AMENORRHÉE SOUS INJECTABLE (DMPA)

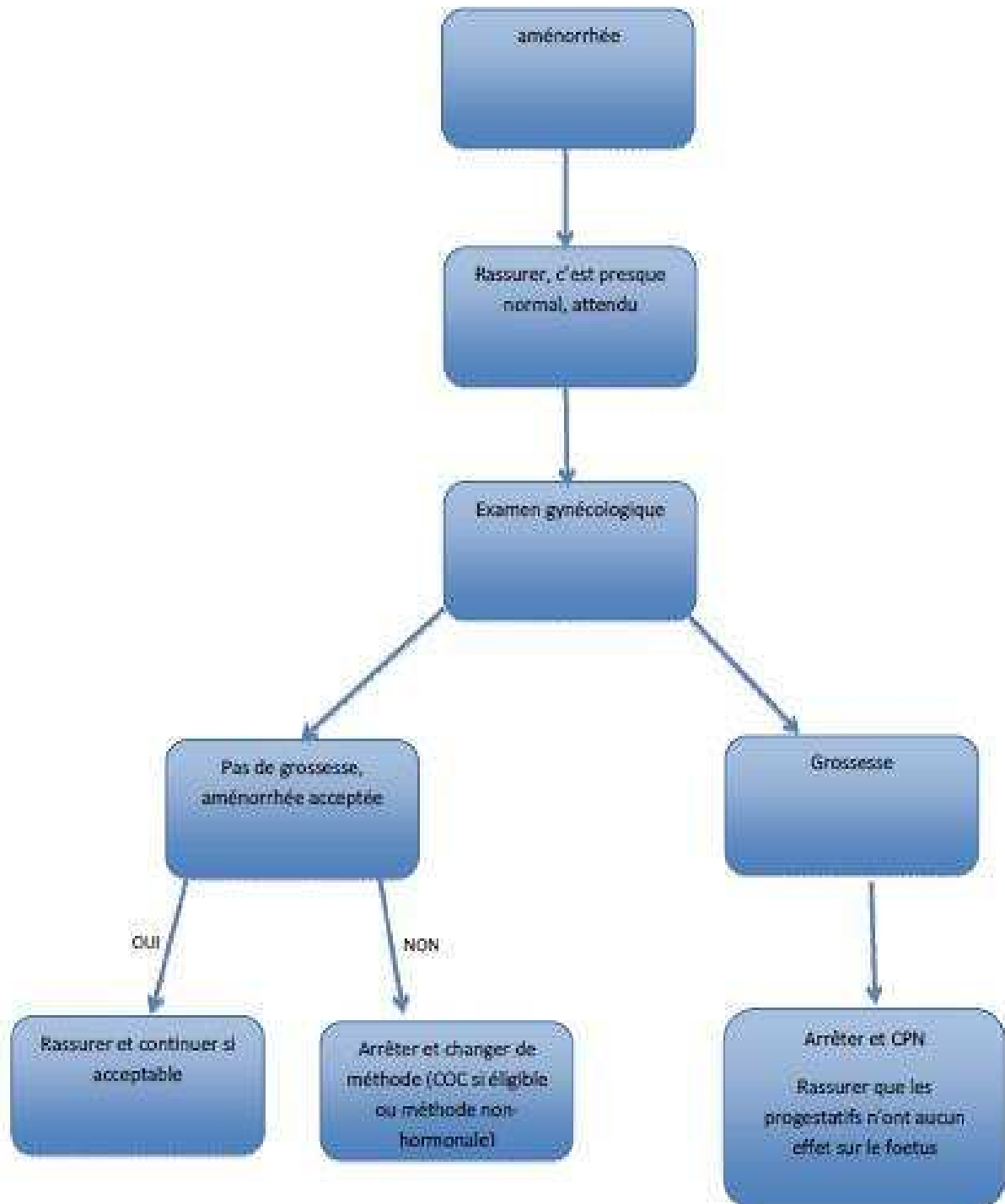


9. SAIGNEMENT SOUS INJECTABLE

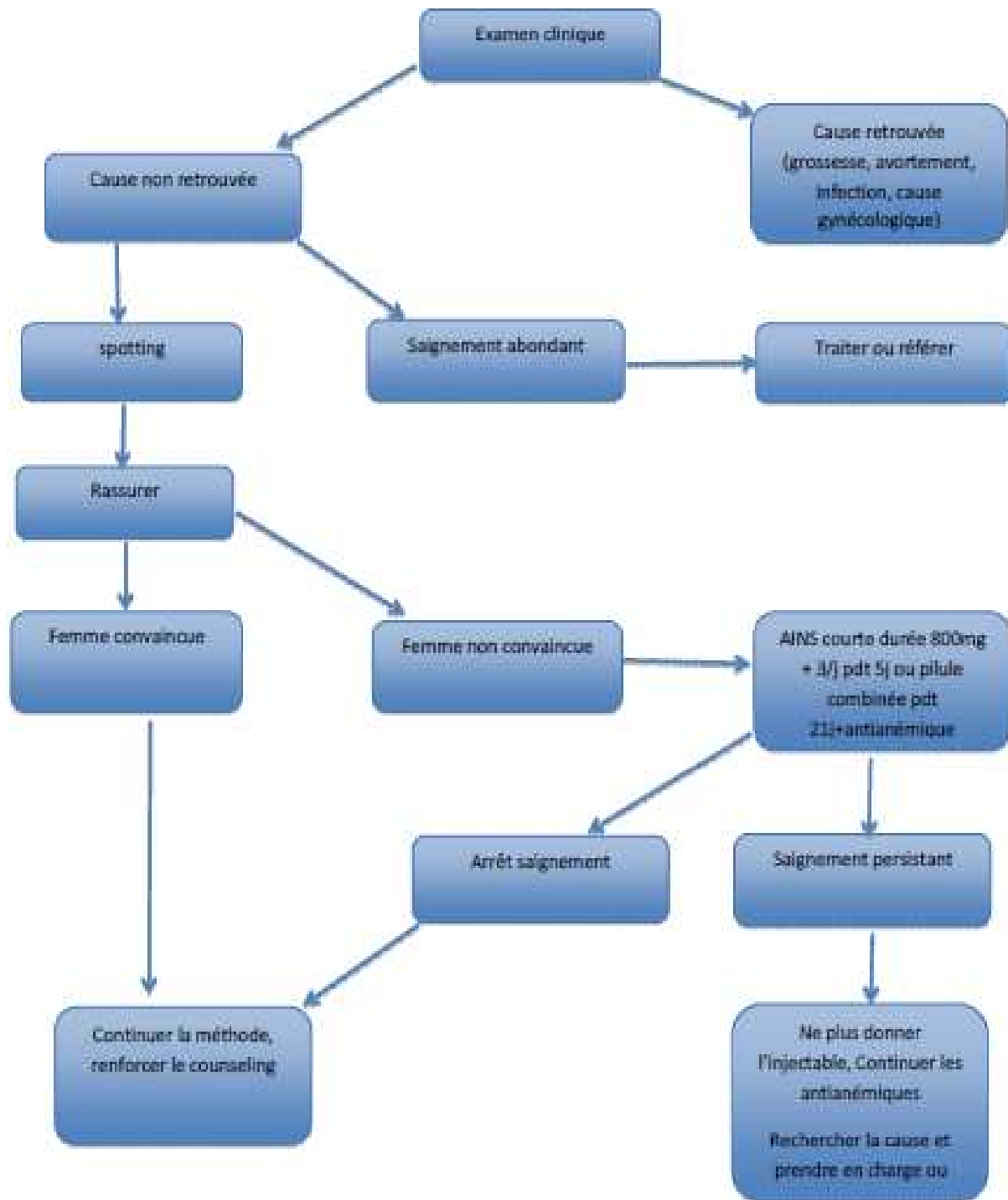


10. CONDUITE À TENIR DEVANT LES EFFETS SECONDAIRES SOUS INJECTABLE

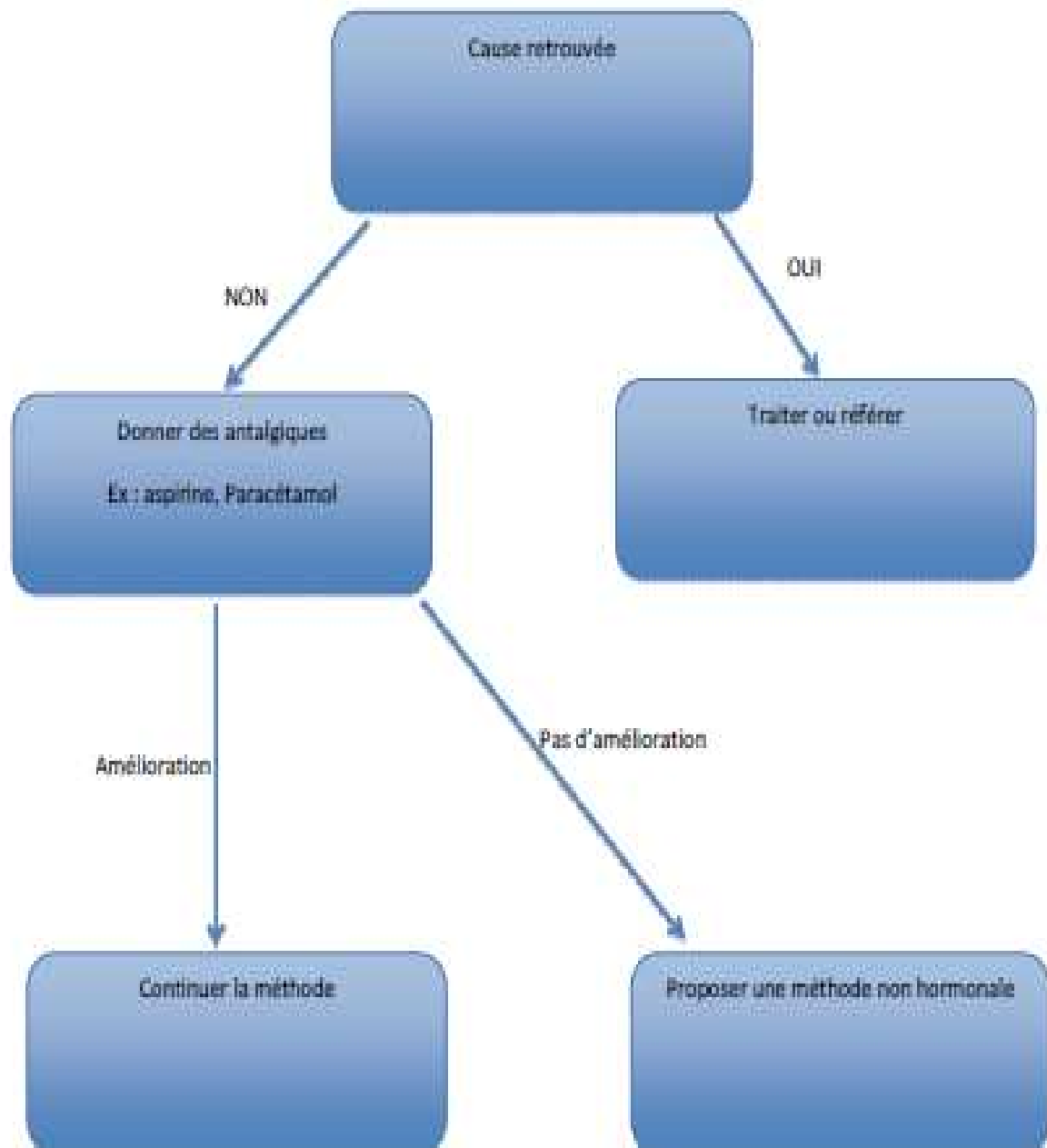
- AMENORRÉE SOUS INJECTABLE (DMPA)



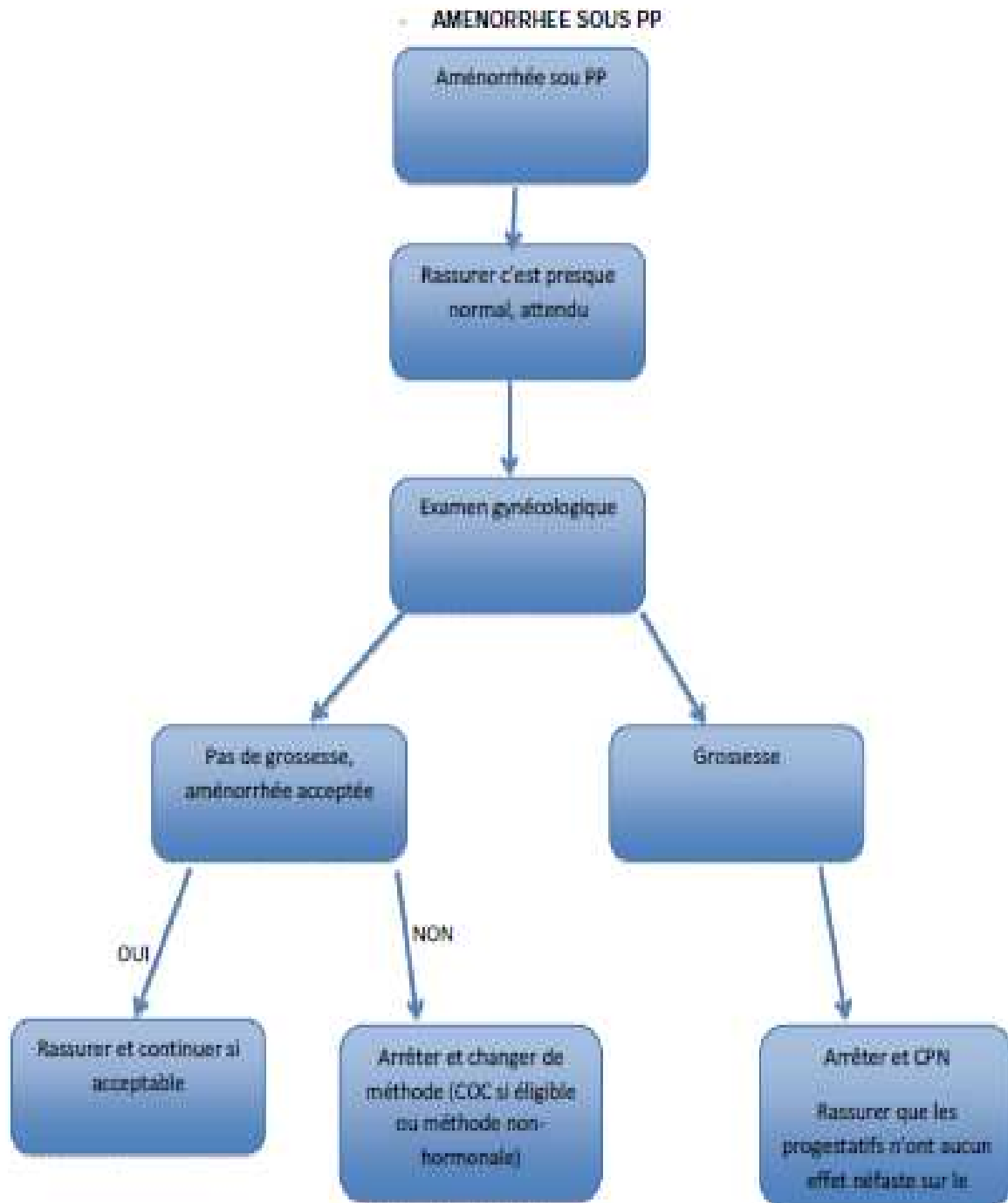
SAIGNEMENT SOUS INJECTABLE



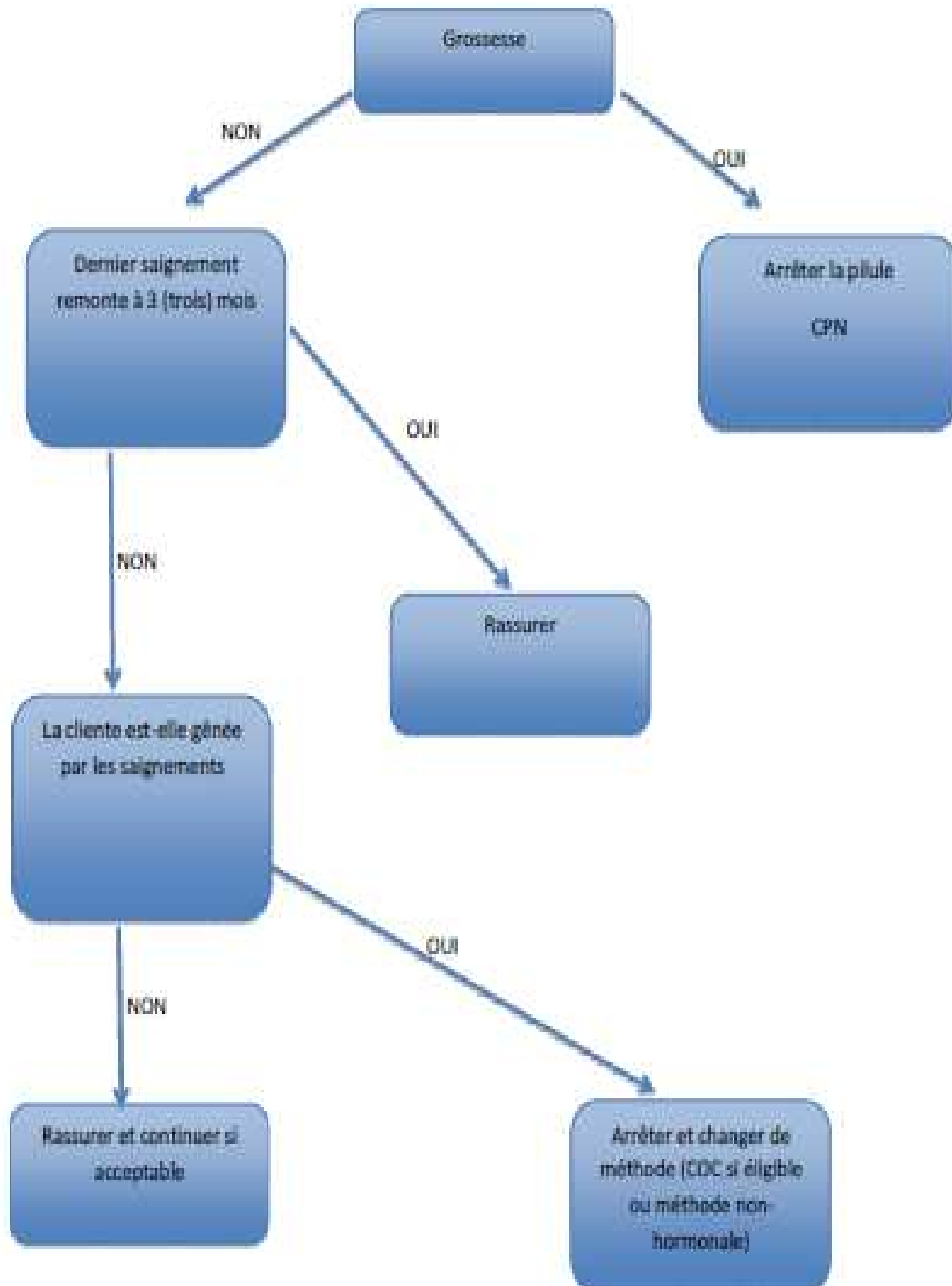
• CEPHALÉES SOUS INJECTABLE

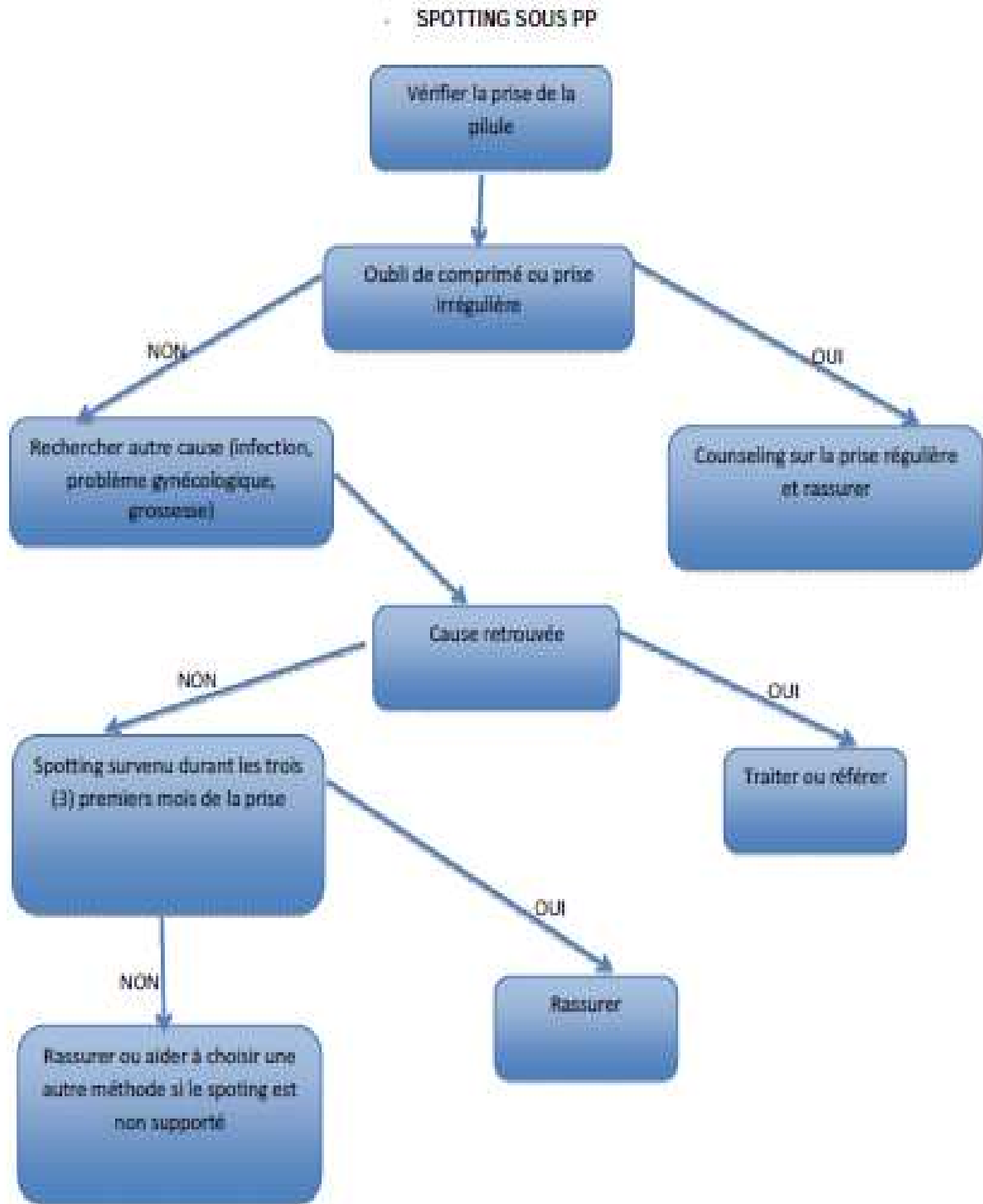


11. CONDUITE À TENIR DEVANT LES EFFETS SECONDAIRES SOUS PP

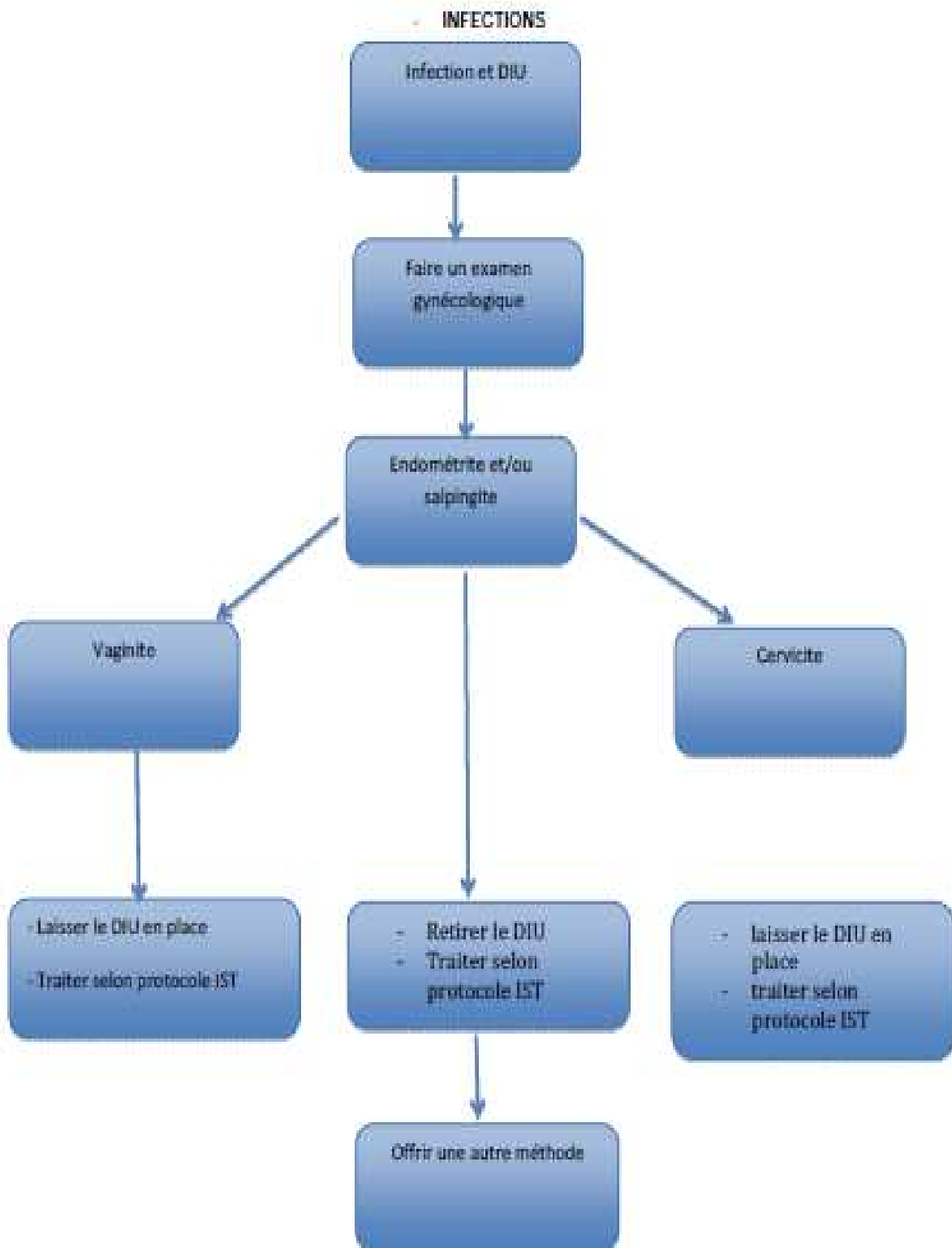


SAIGNEMENT SOUS PP

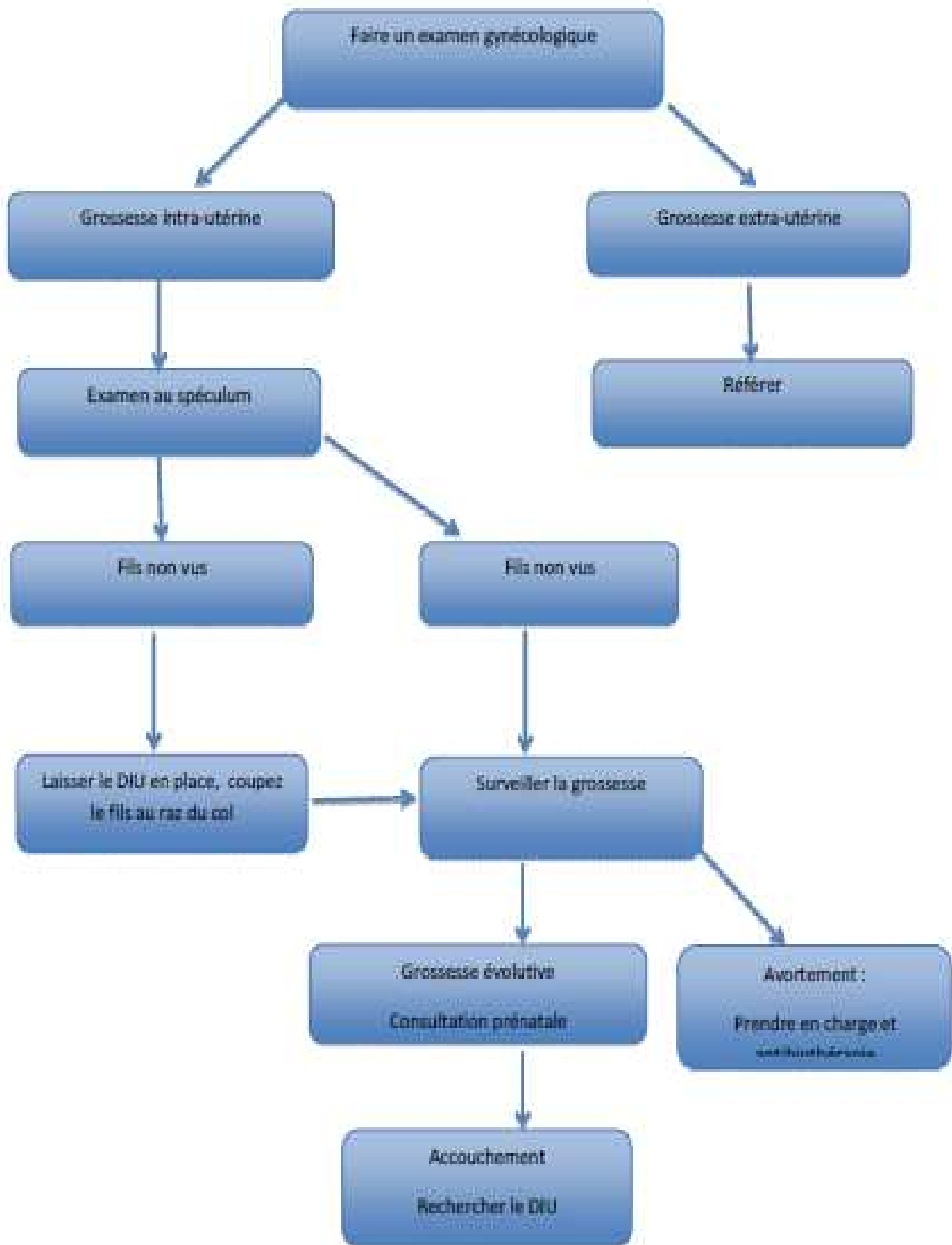




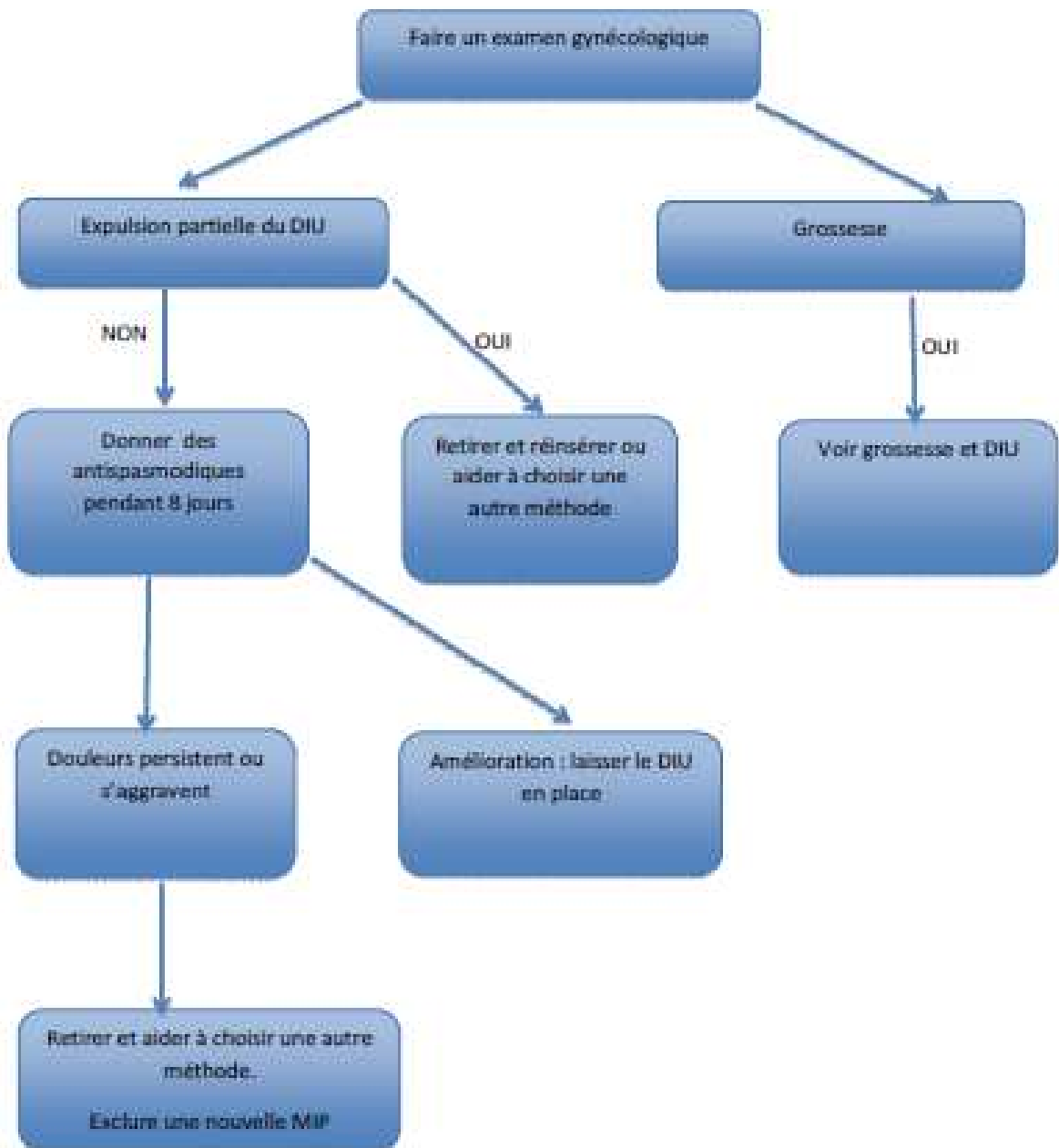
12. CONDUITE À TENIR DEVANT LES EFFETS SECONDAIRES ET DES COMPLICATIONS SOUS DIU



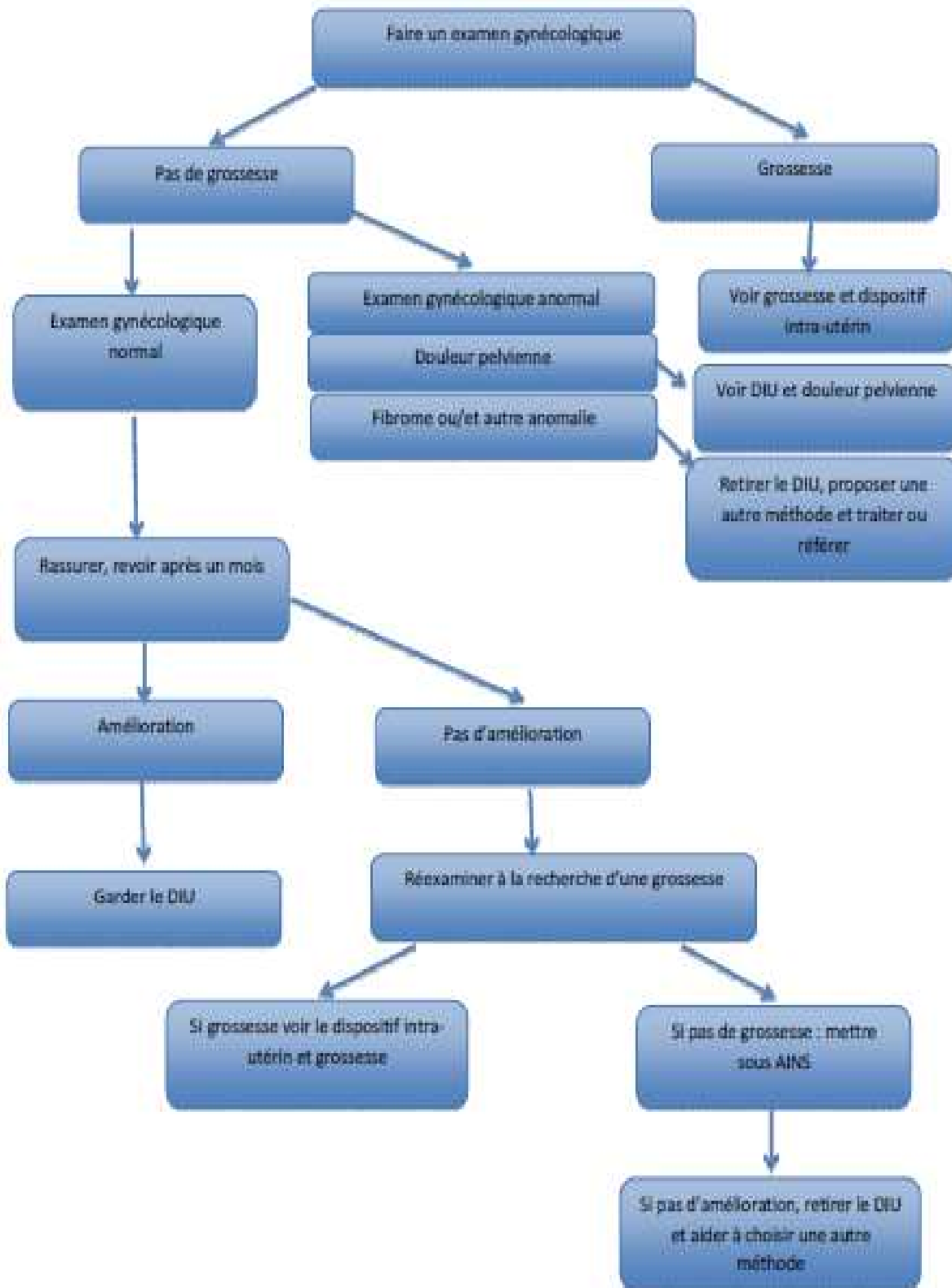
GROSSESSE SUR DIU



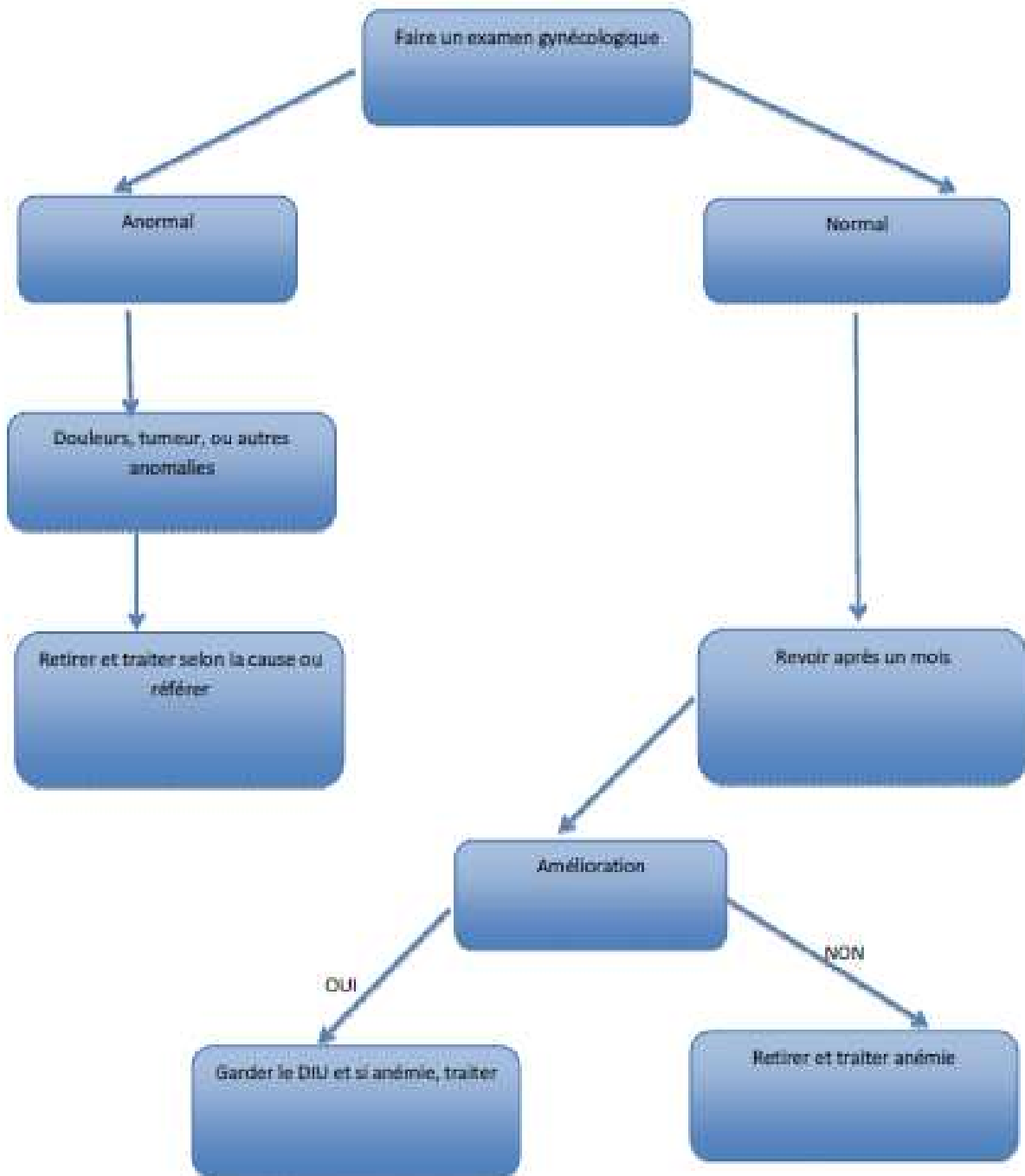
DOULEUR PELVIENNE SOUS DIU

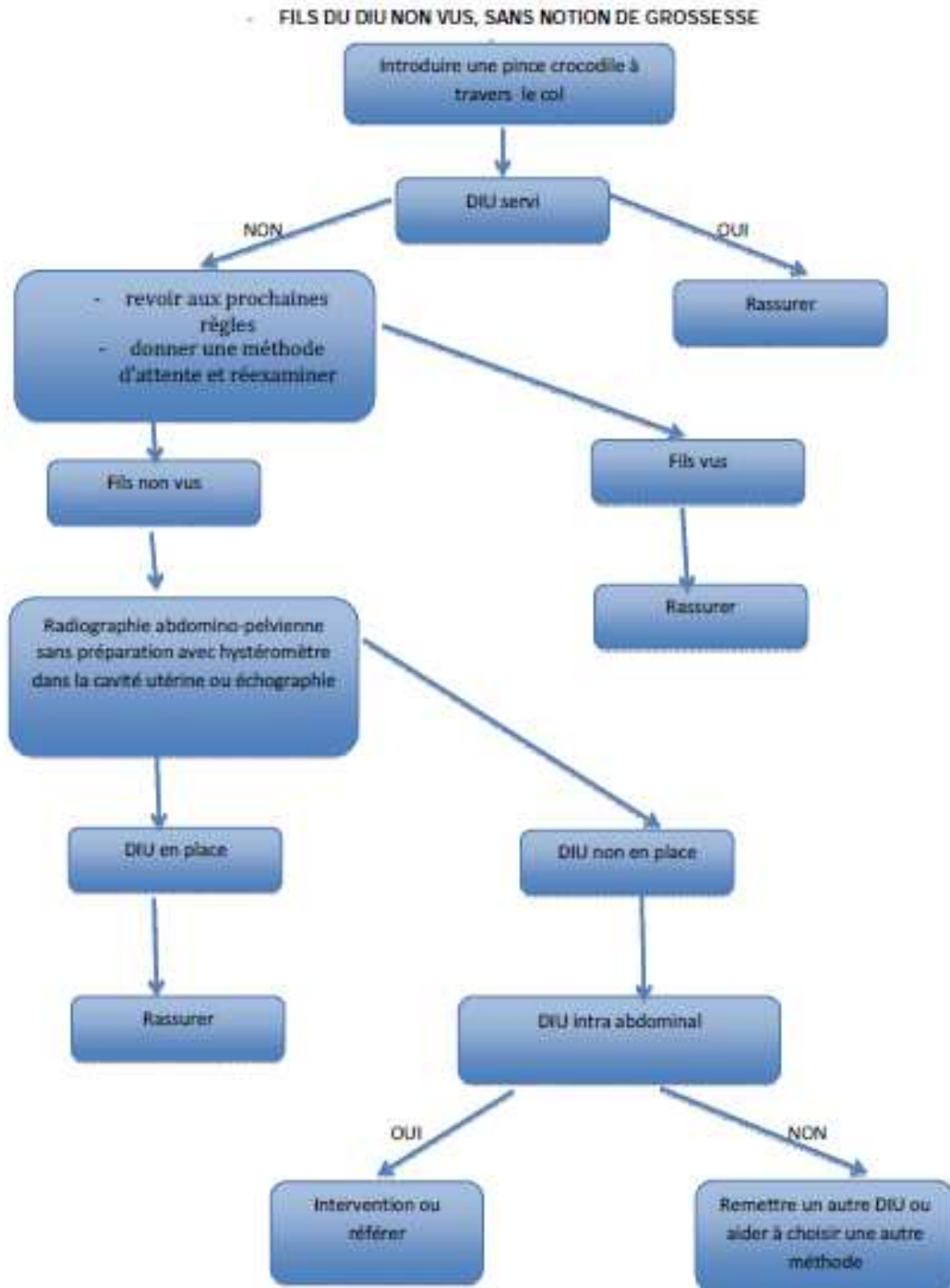


METRRORRAGIES SOUS DIU



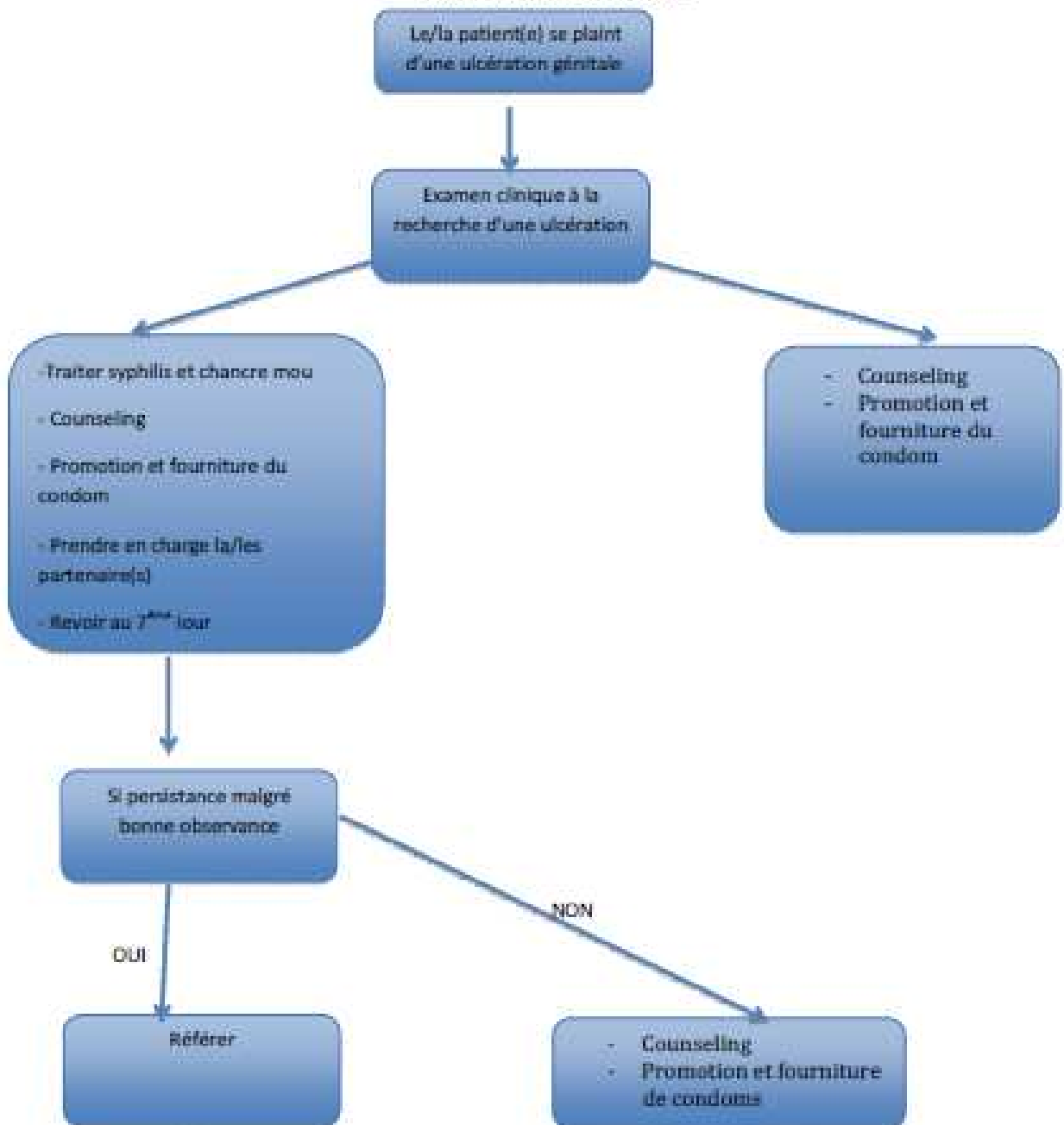
MENORRAGIES DE PLUS DE 3 MOIS SOUS DIU



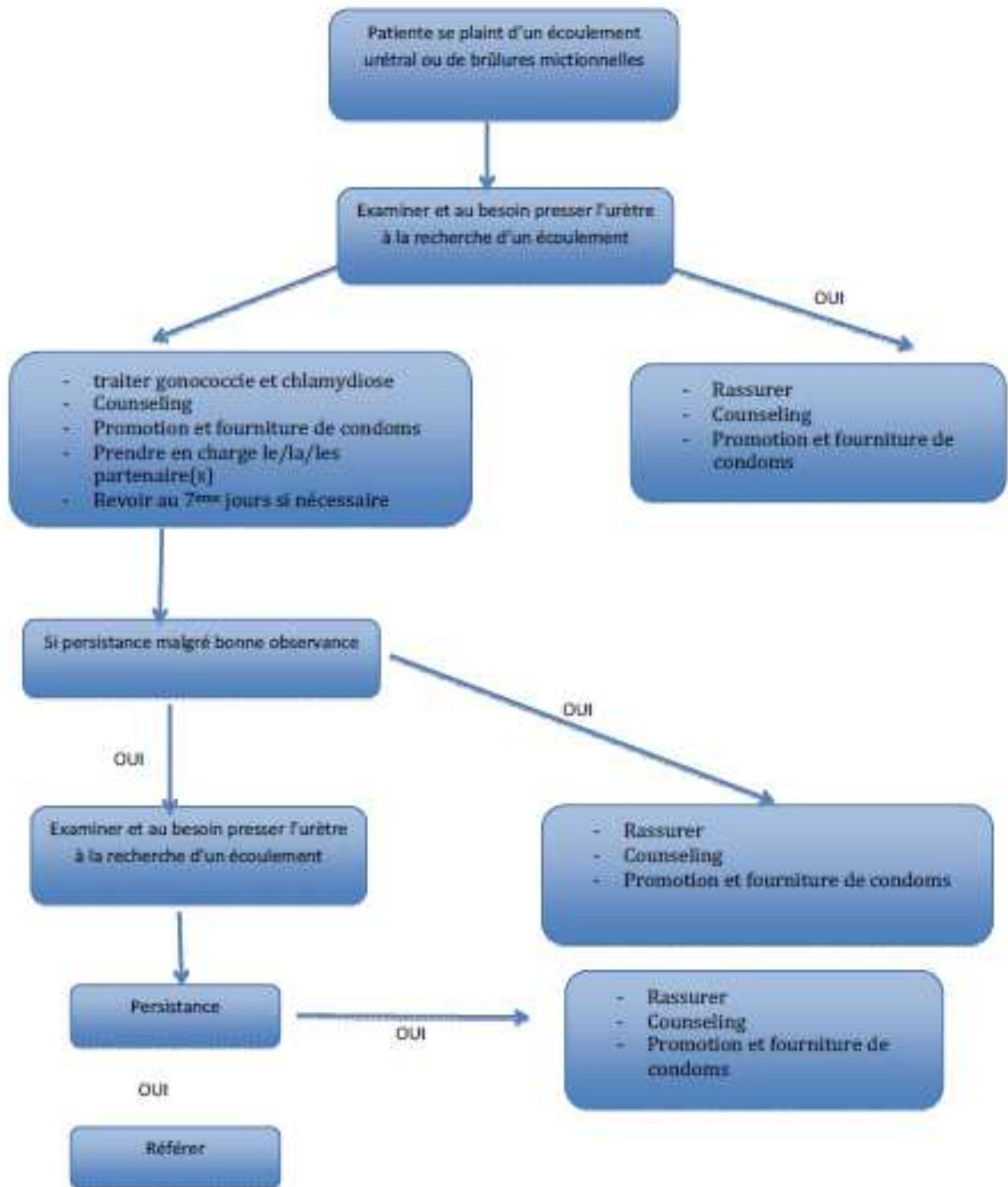


COMPOSANTE 3 : IST / VIH / SIDA

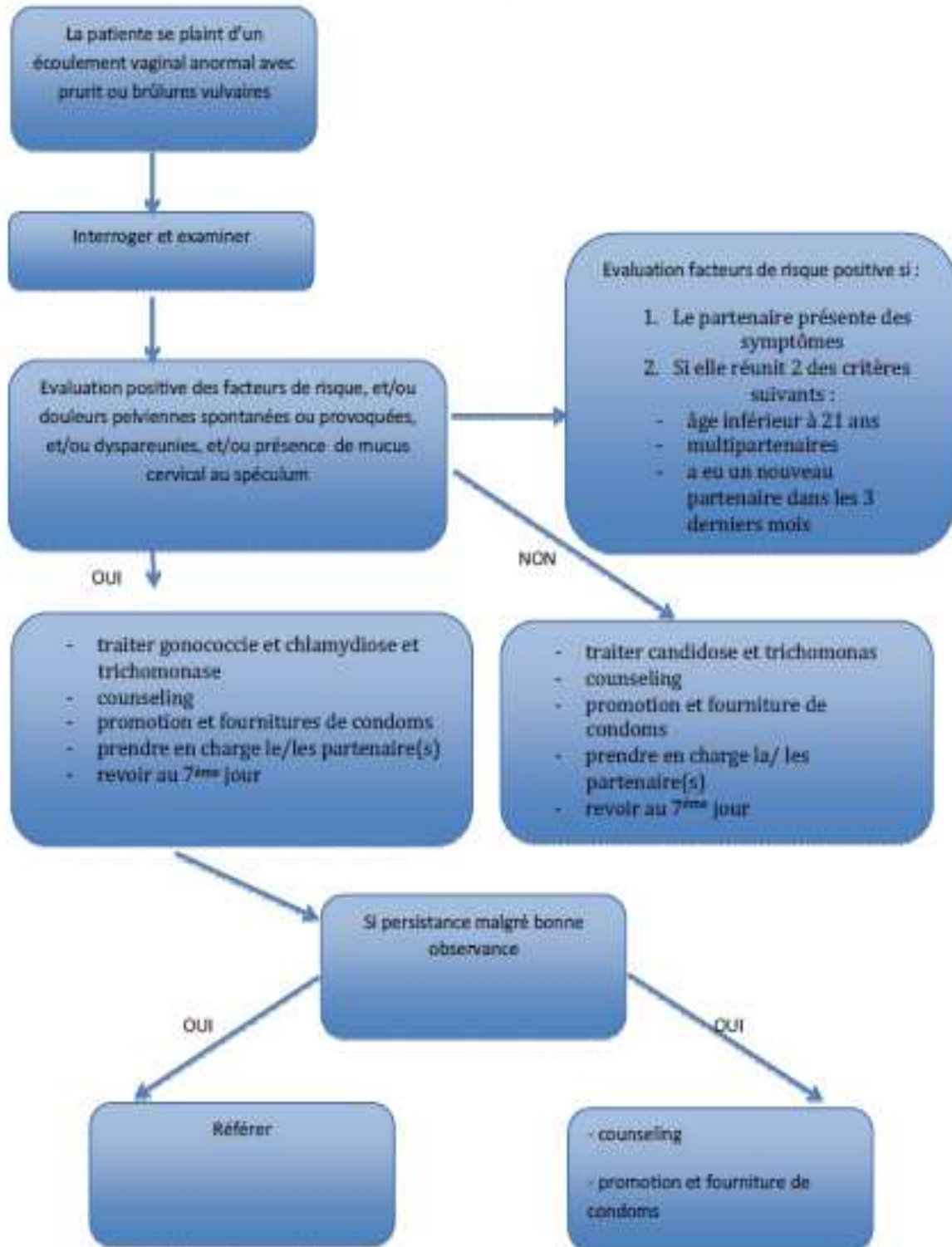
11. ULCERATION GÉNITALE



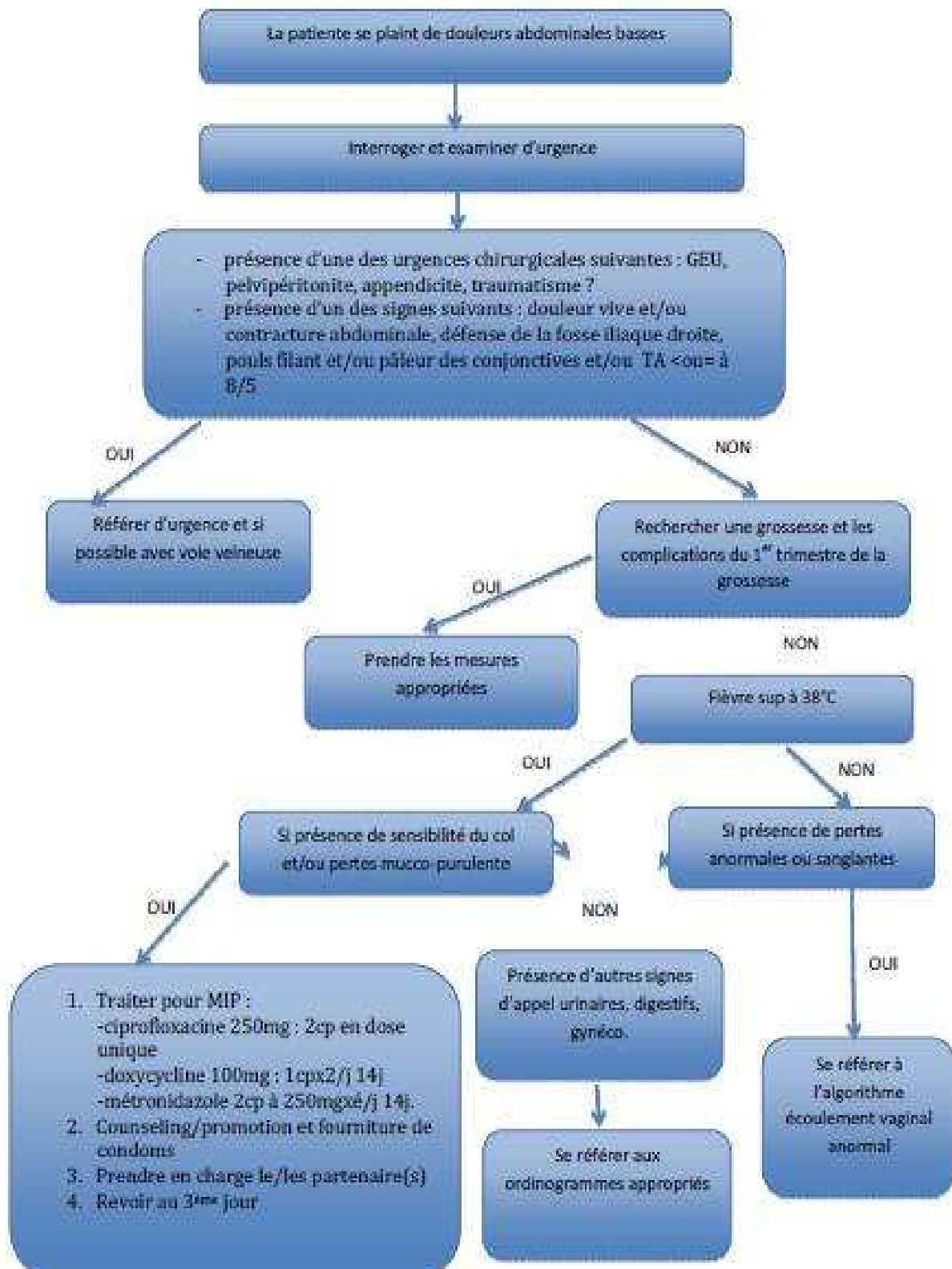
12. ECOULEMENT URETRAL CHEZ L'HOMME



13. ÉCOULEMENT VAGINAL

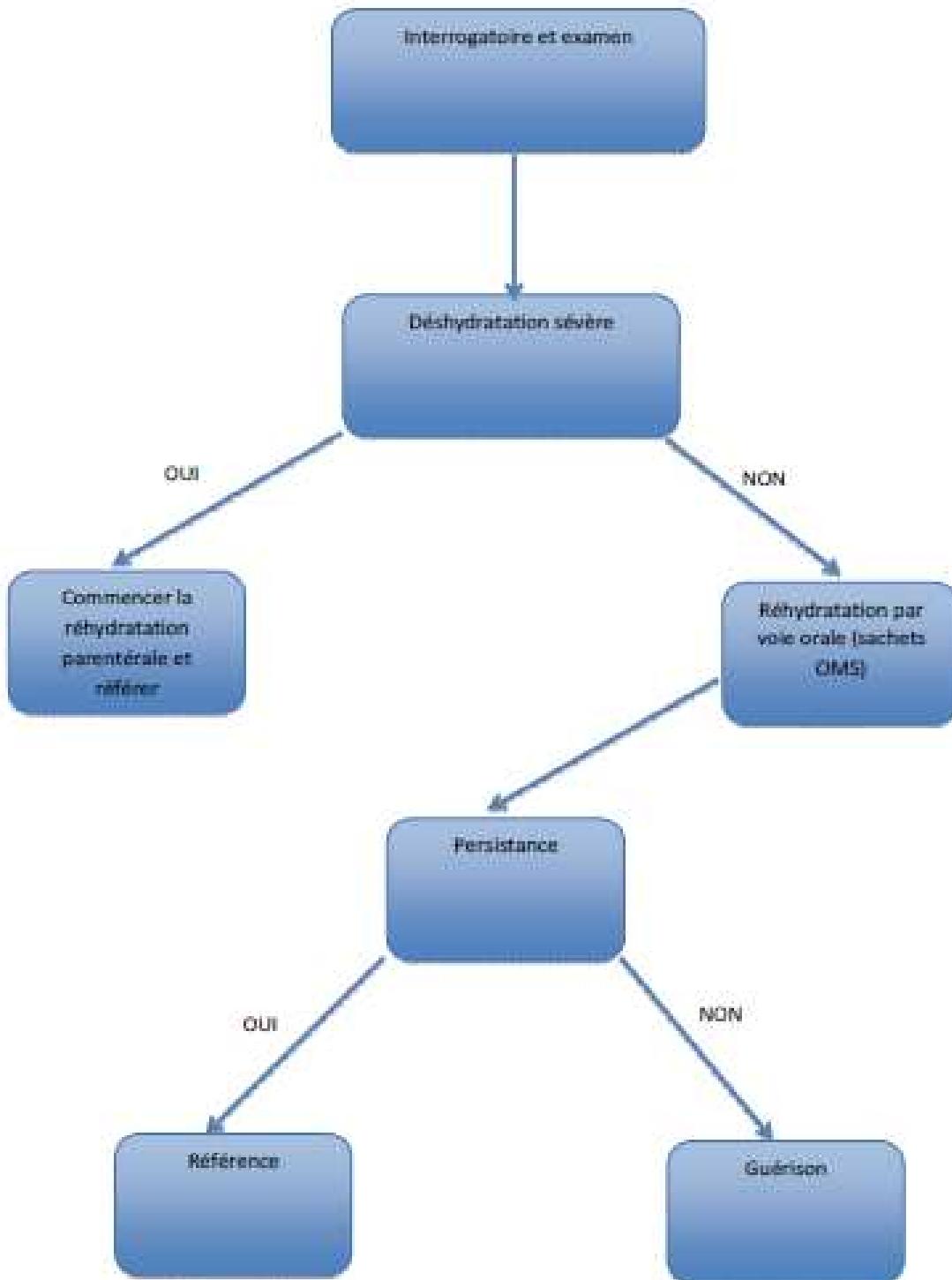


14. DOULEUR ABDOMINALE BASSE CHEZ LA FEMME

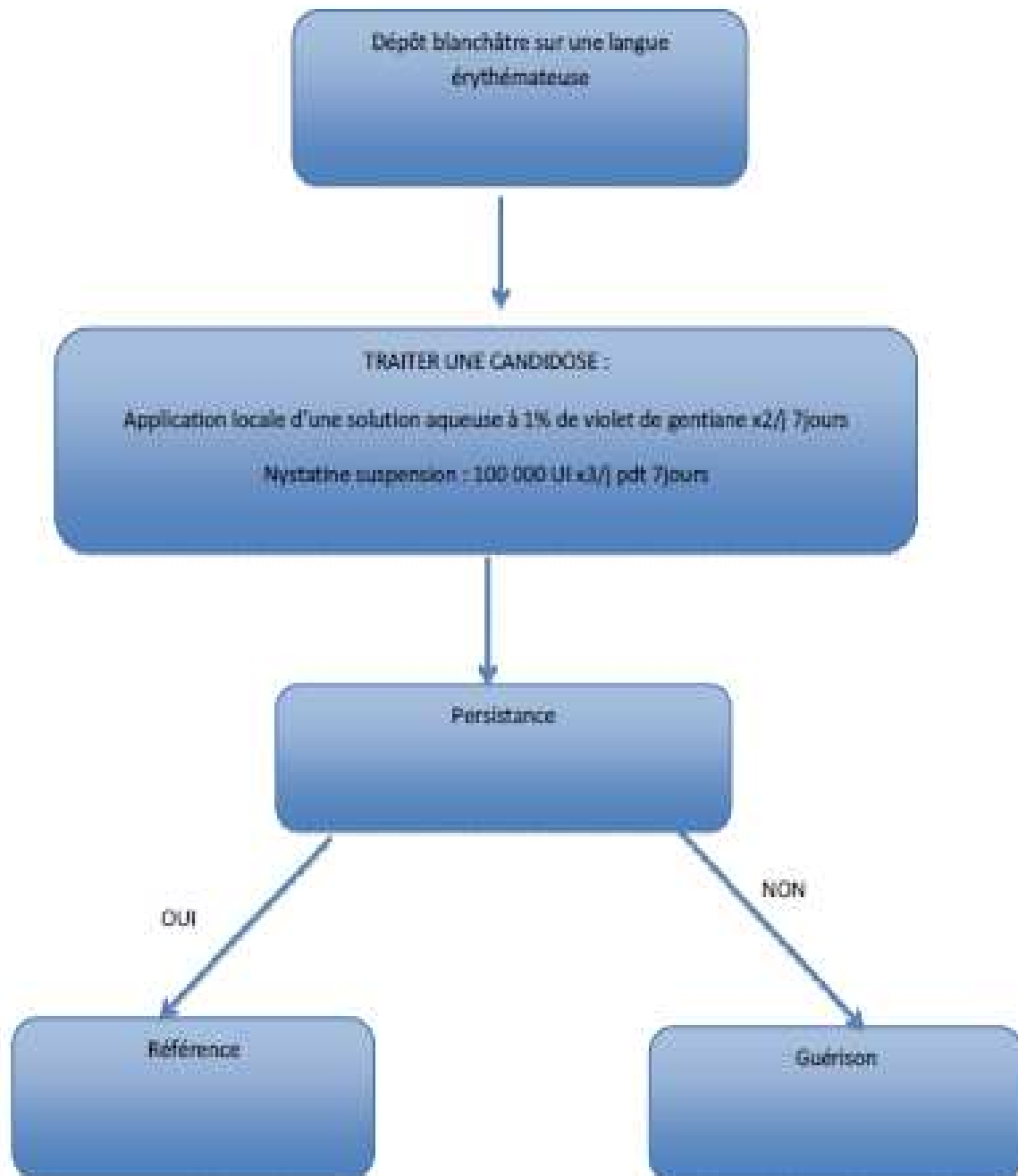


15. DIARRHÉE CHRONIQUE

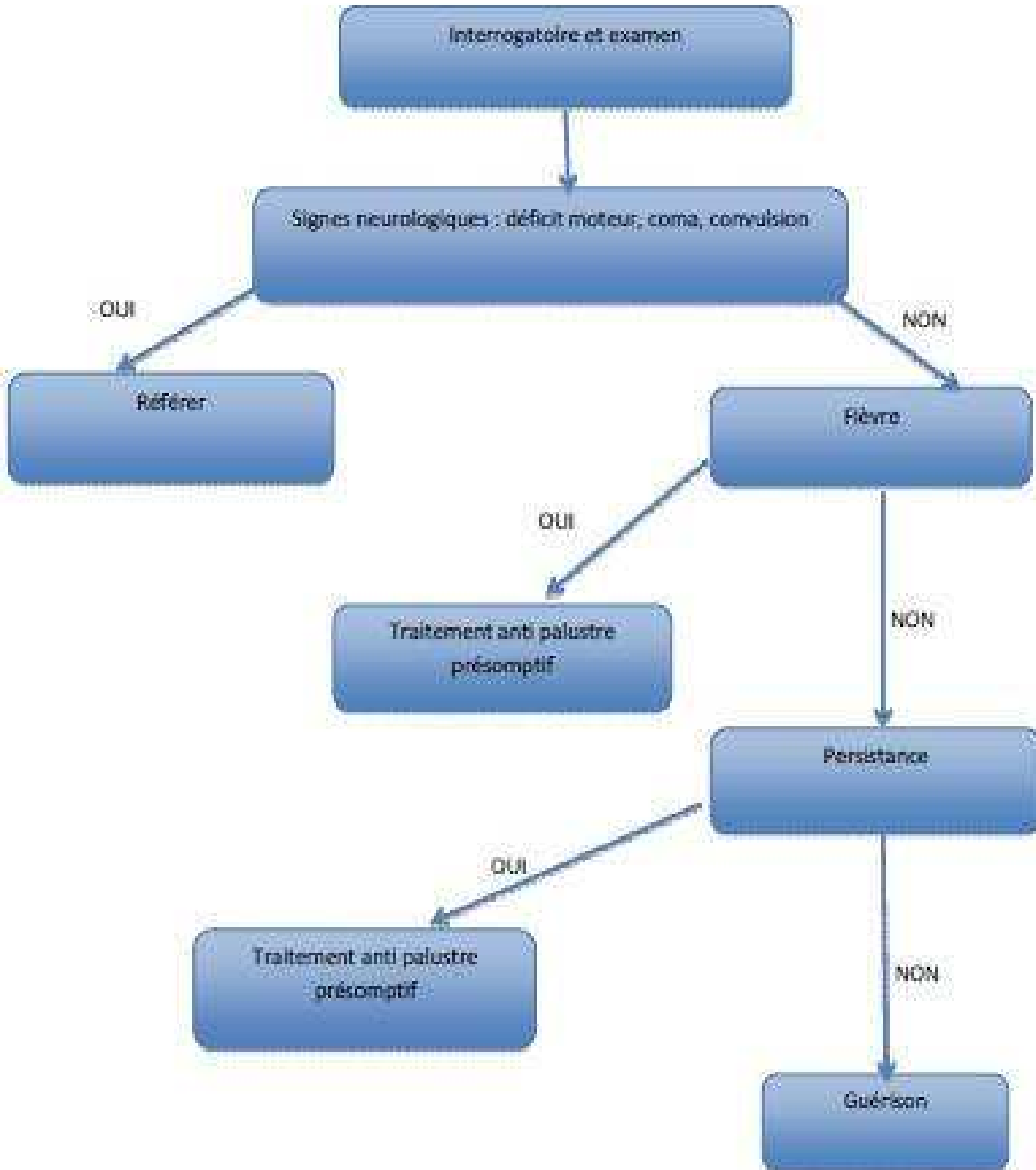
(Émission de d'au moins 3 selles/jour et/ou abondantes et/ ou liquides pendant 3 semaines)

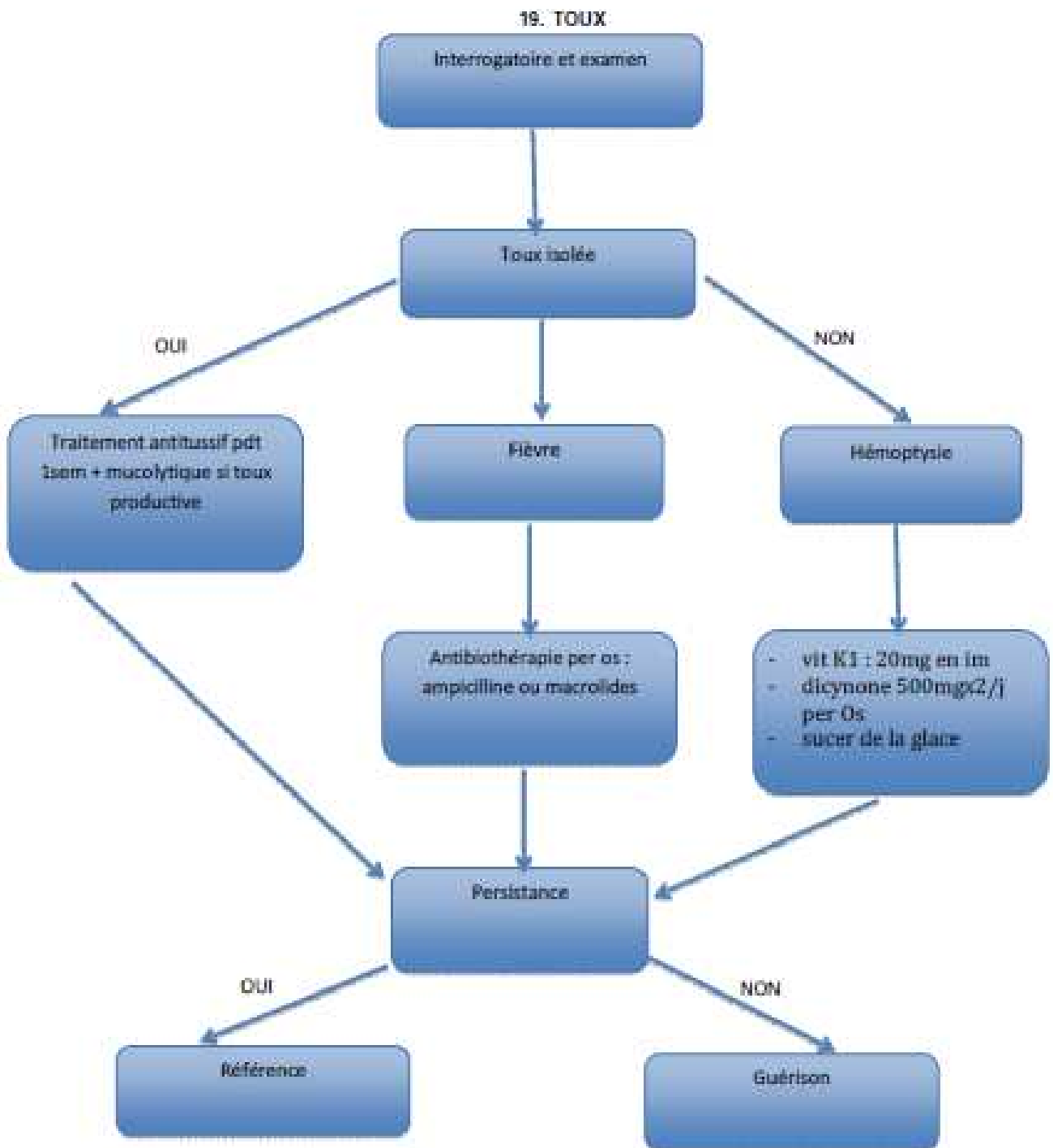


17. CANDIDOSE BUCCALE

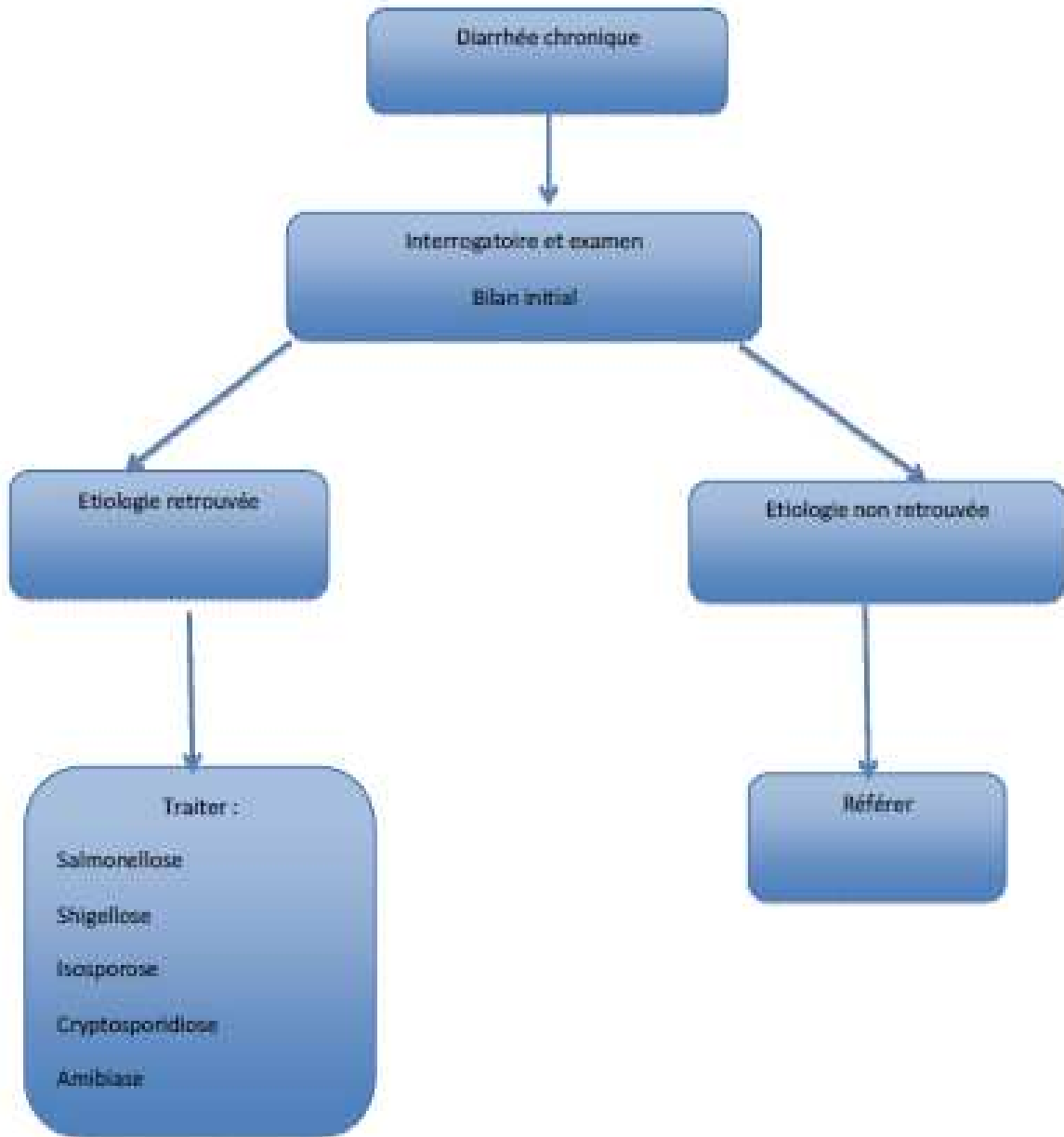


18. CÉPHALÉES

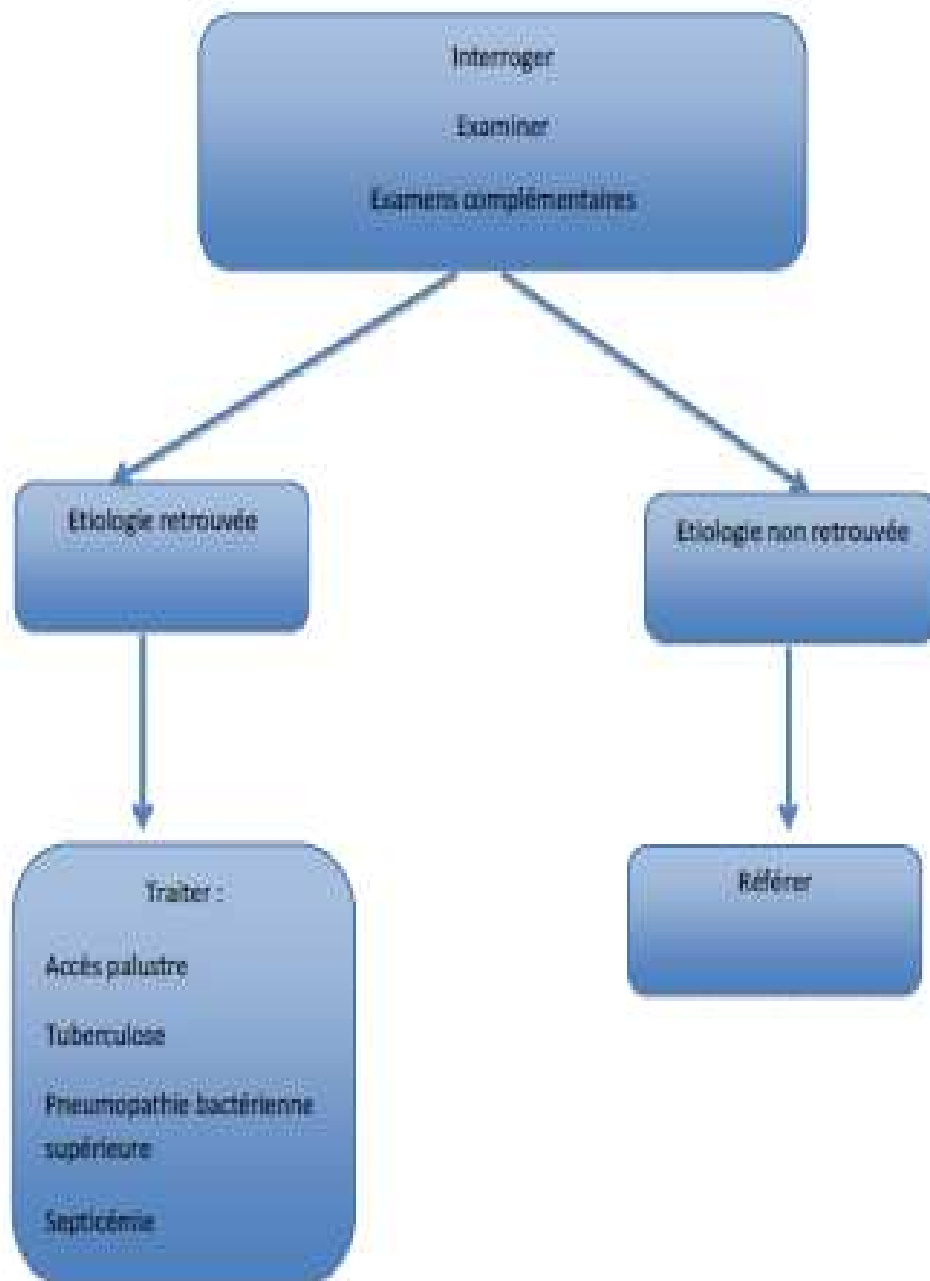




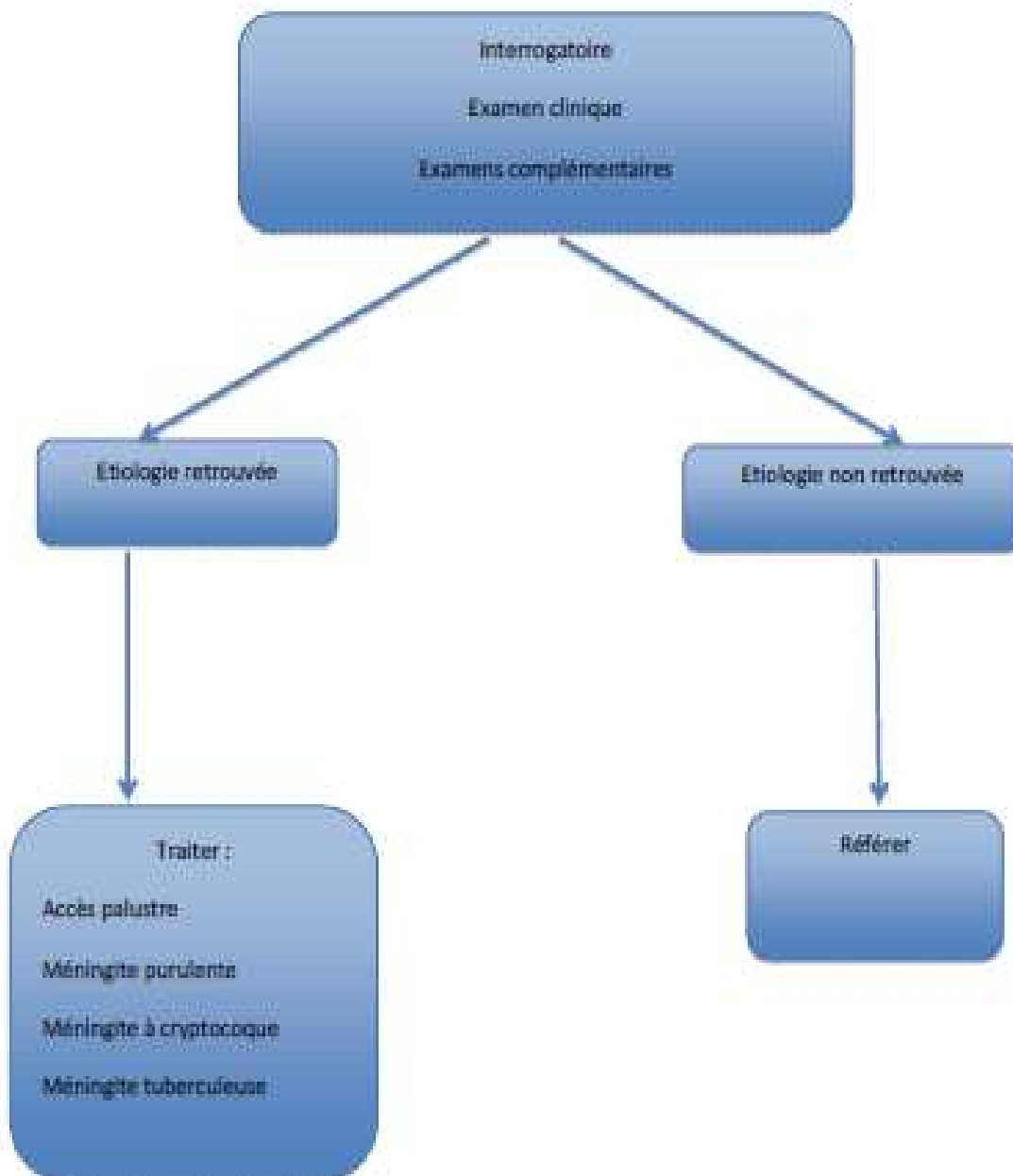
20. DIARRHÉE CHRONIQUE



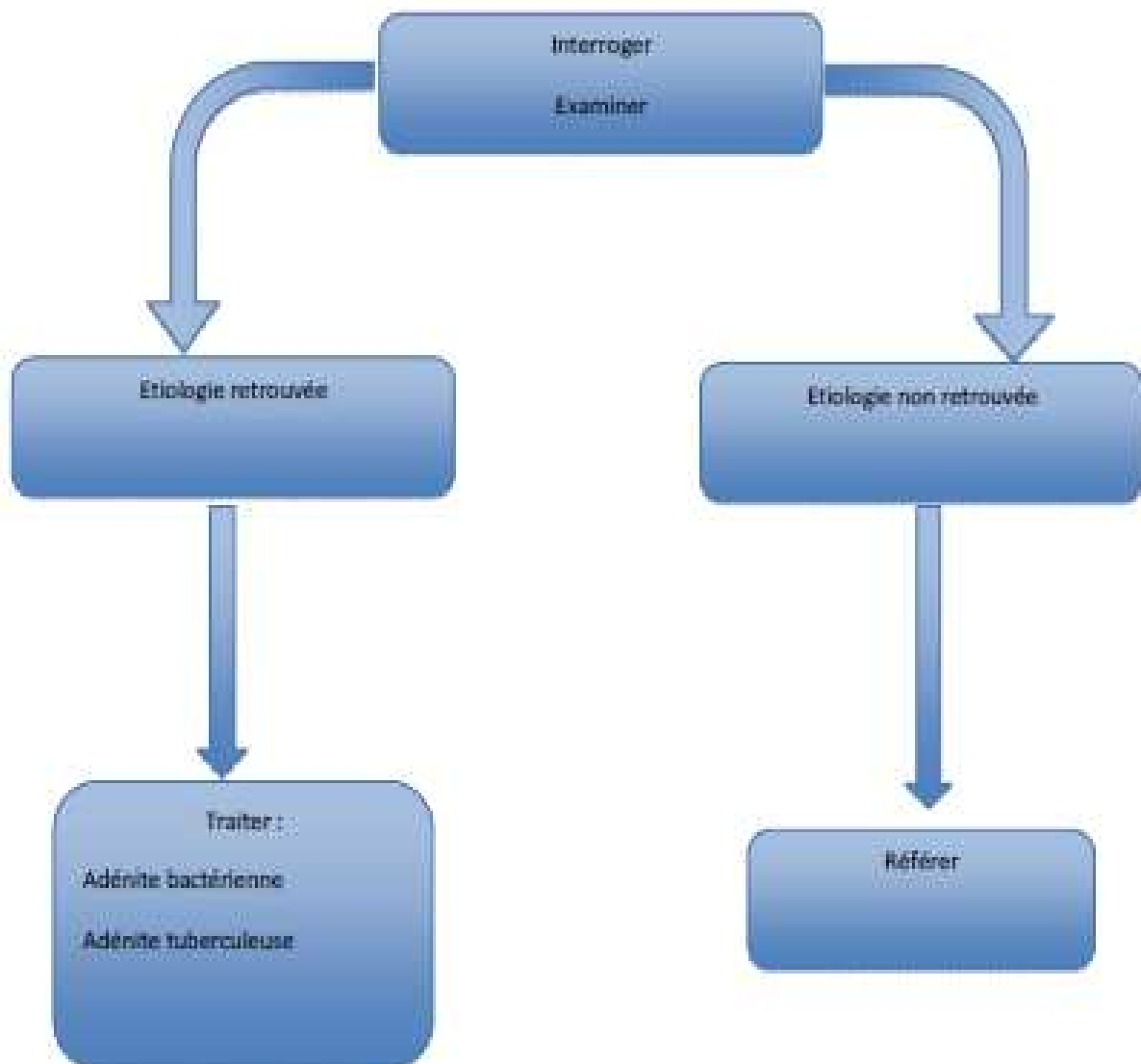
21. FIÈVRE



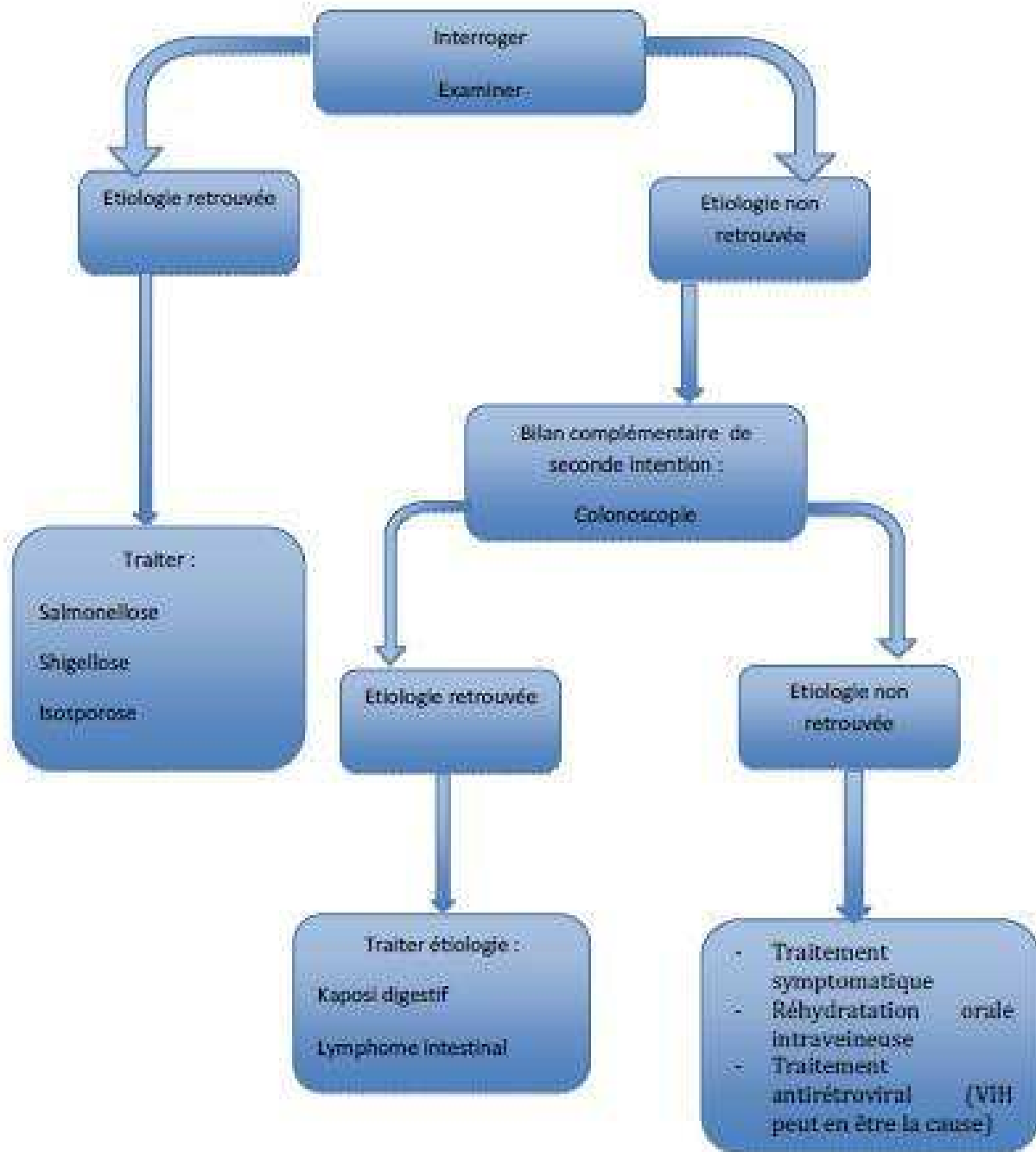
22. CÉPHALÉES



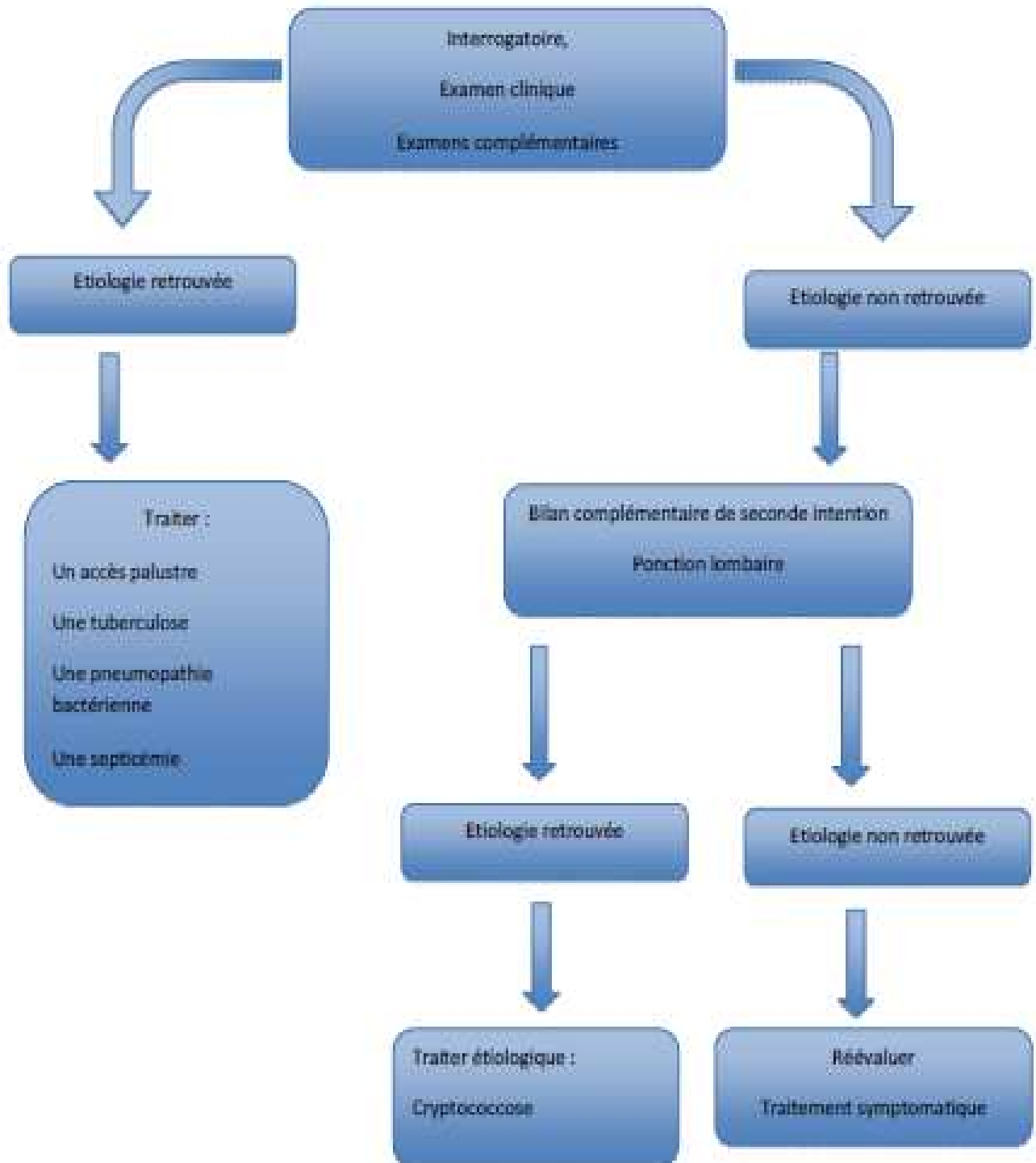
23. LYMPHADÉNOPATHIES

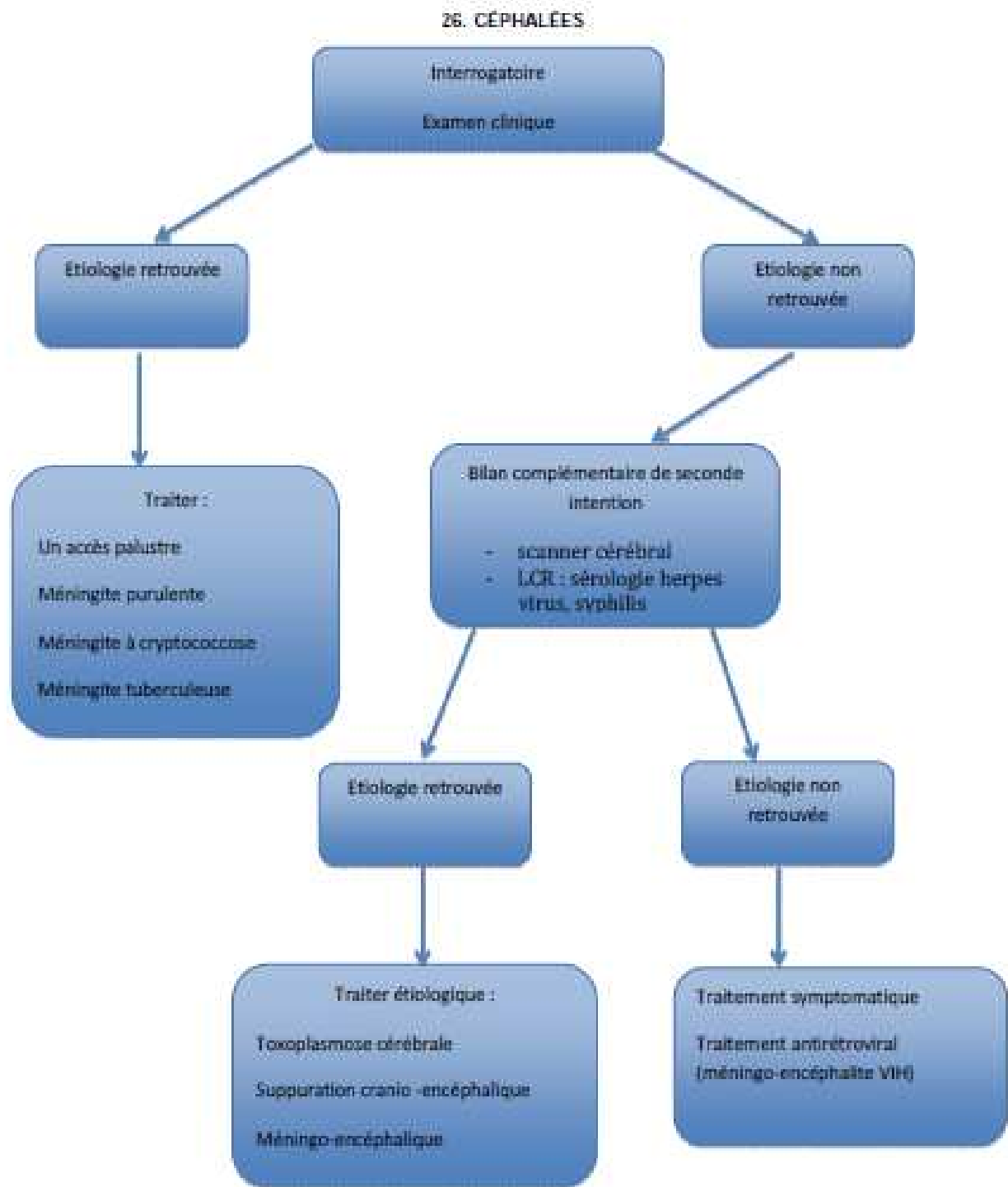


24. DIARRHÉE CHRONIQUE

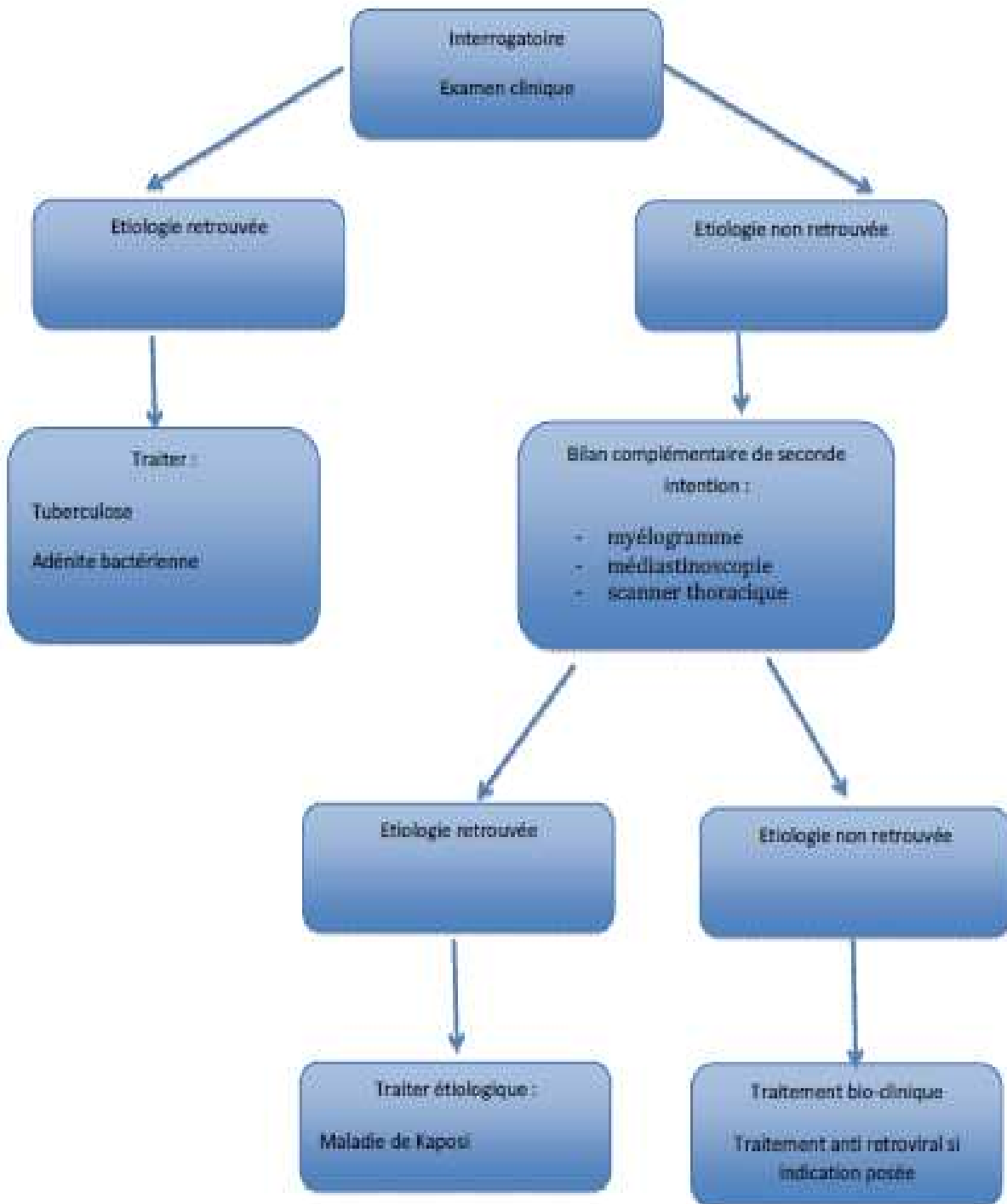


25. FIEVRE

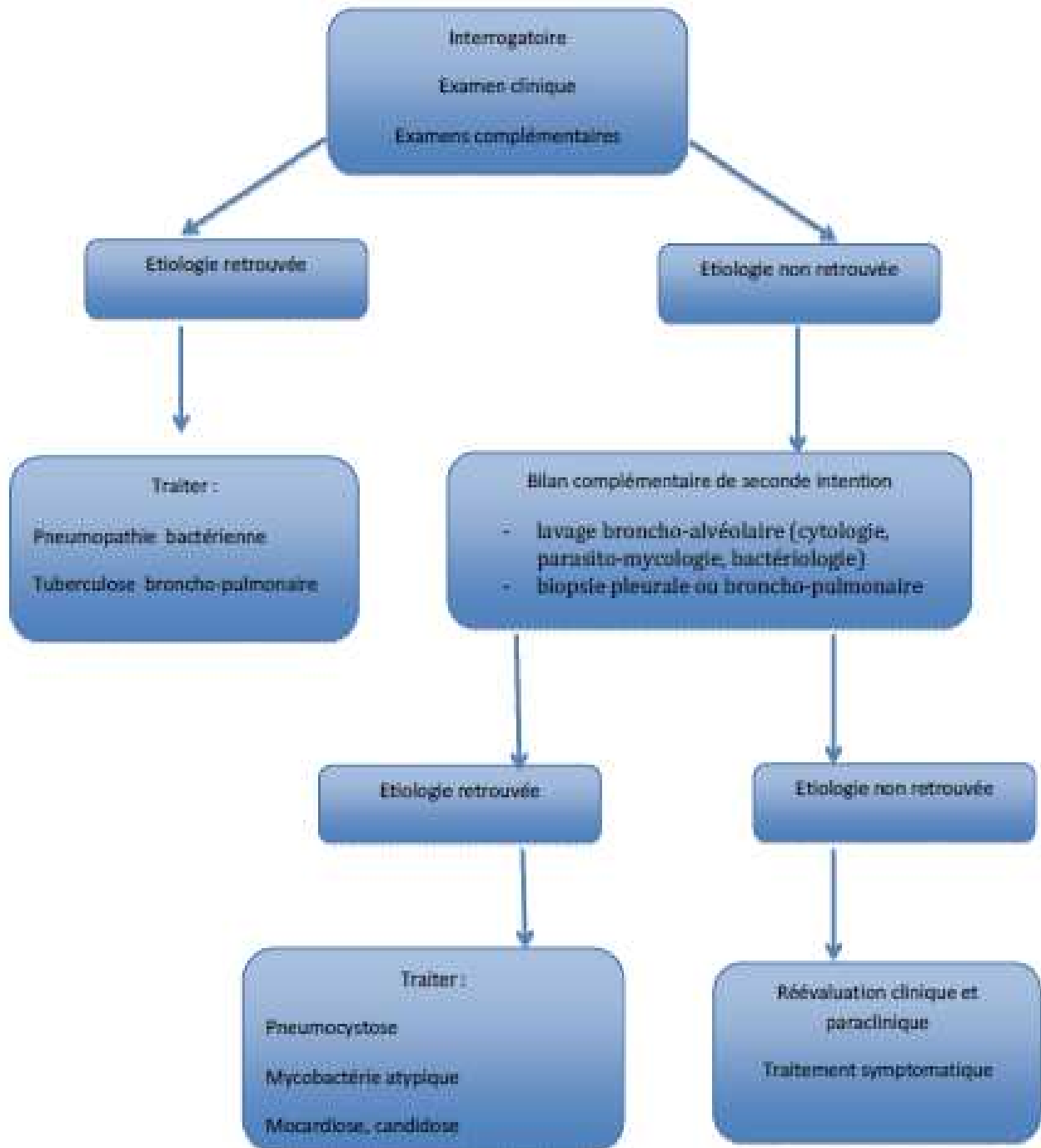




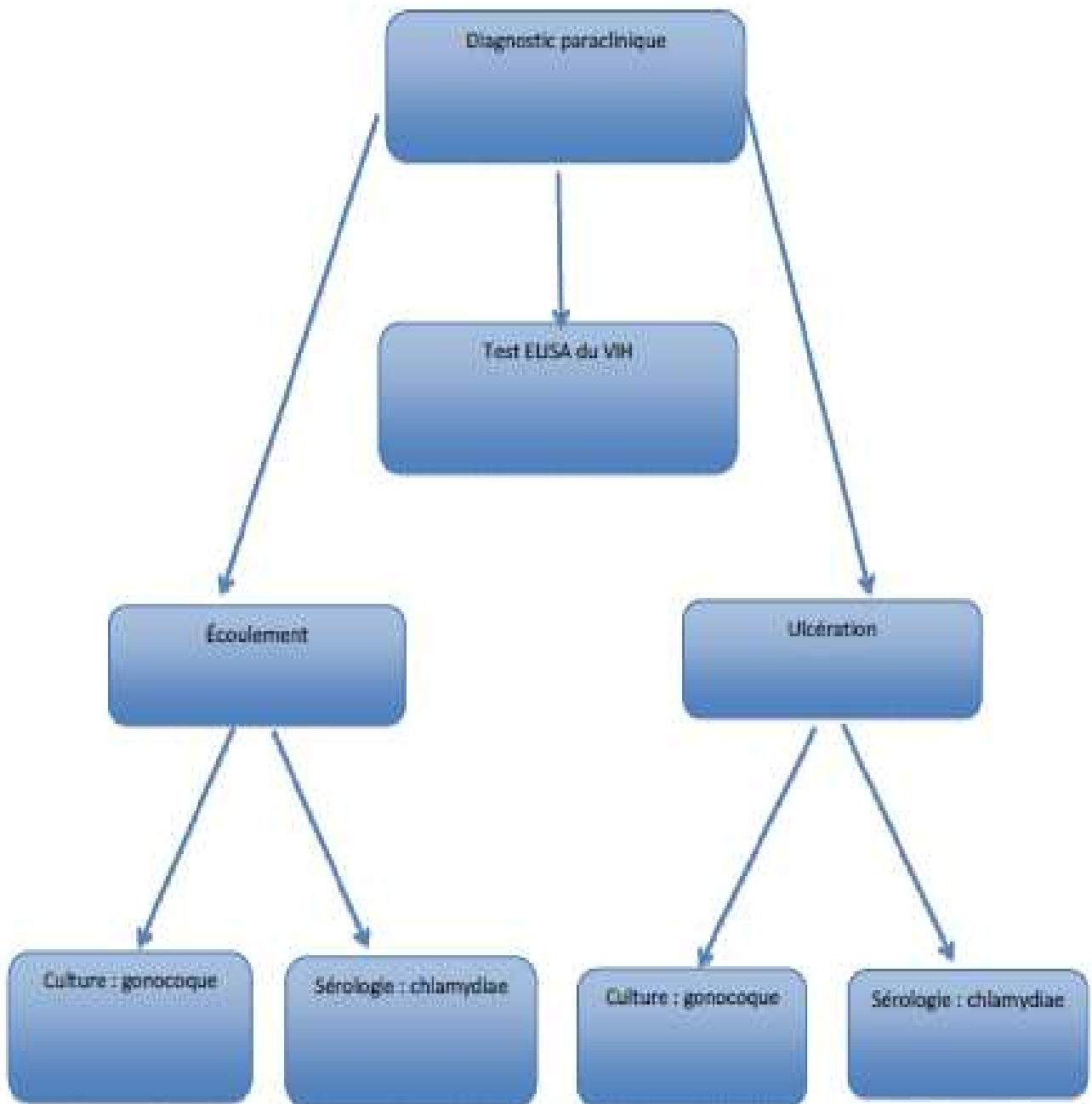
27. LYMPHADENOPATHIES



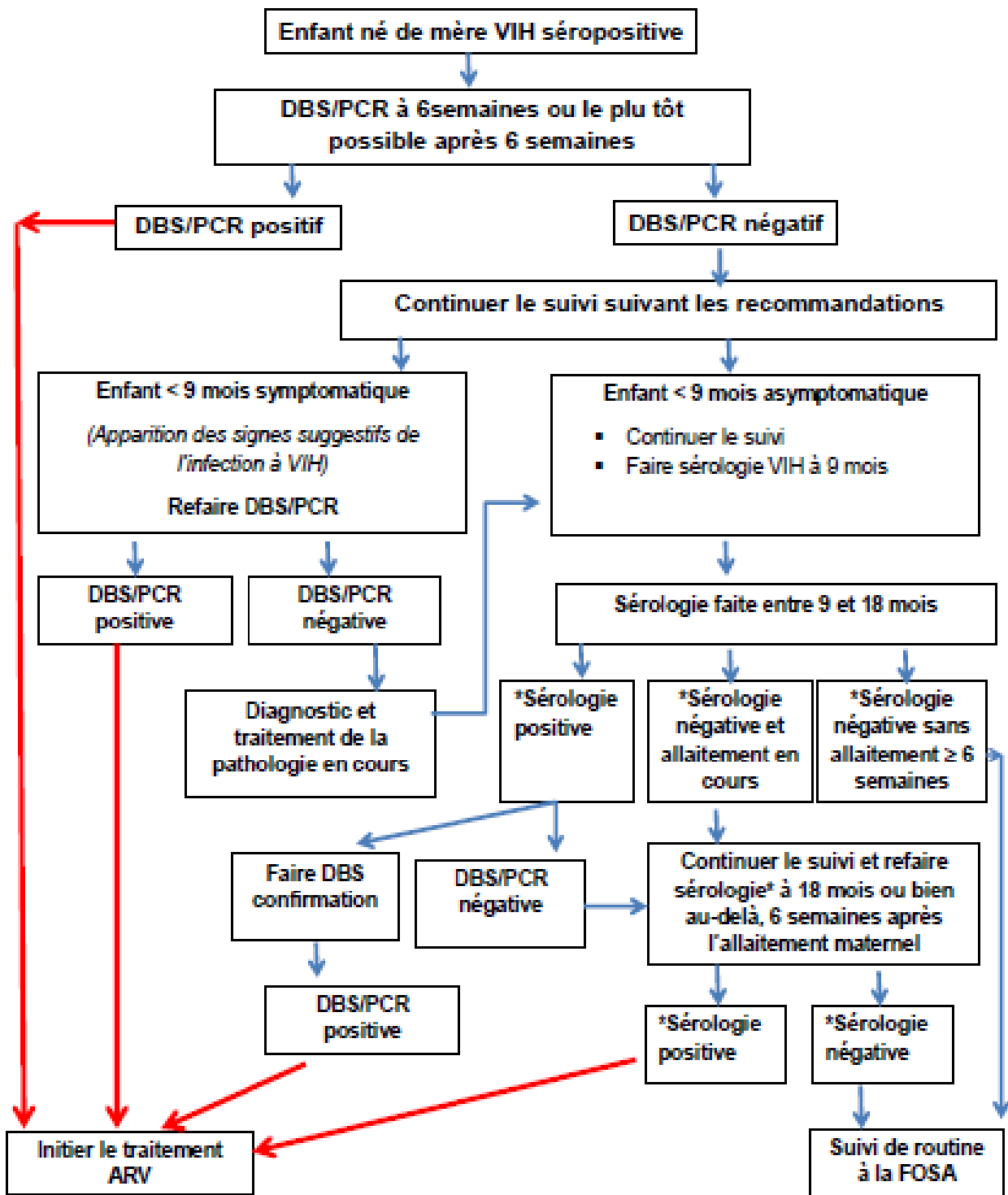
28. TOUX CHRONIQUE



29. DIAGNOSTIC PARACLINIQUE AU NIVEAU DE L'HÔPITAL REGIONAL DES IST



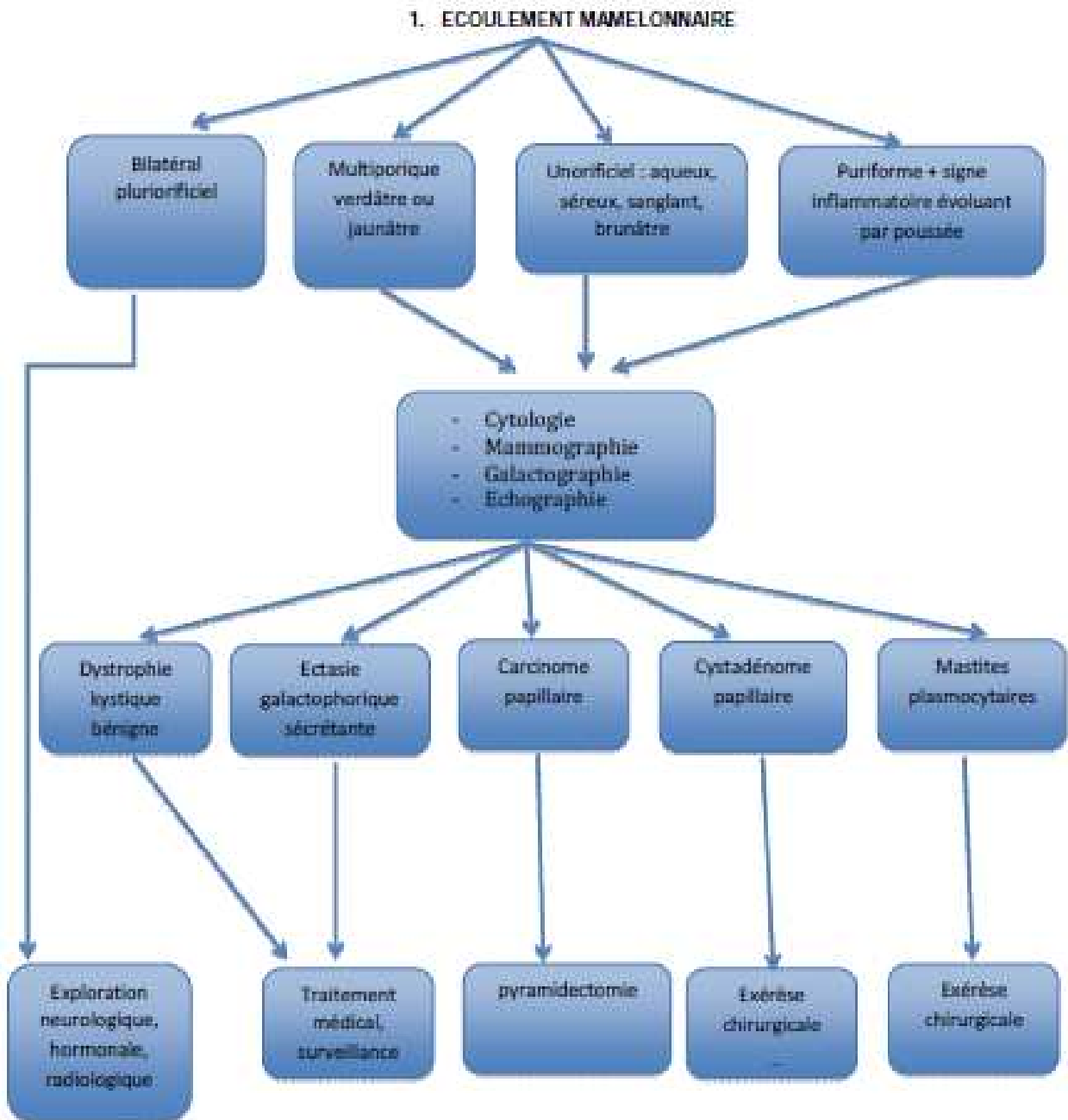
Algorithme de dépistage du VIH chez l'enfant né de mère VIH

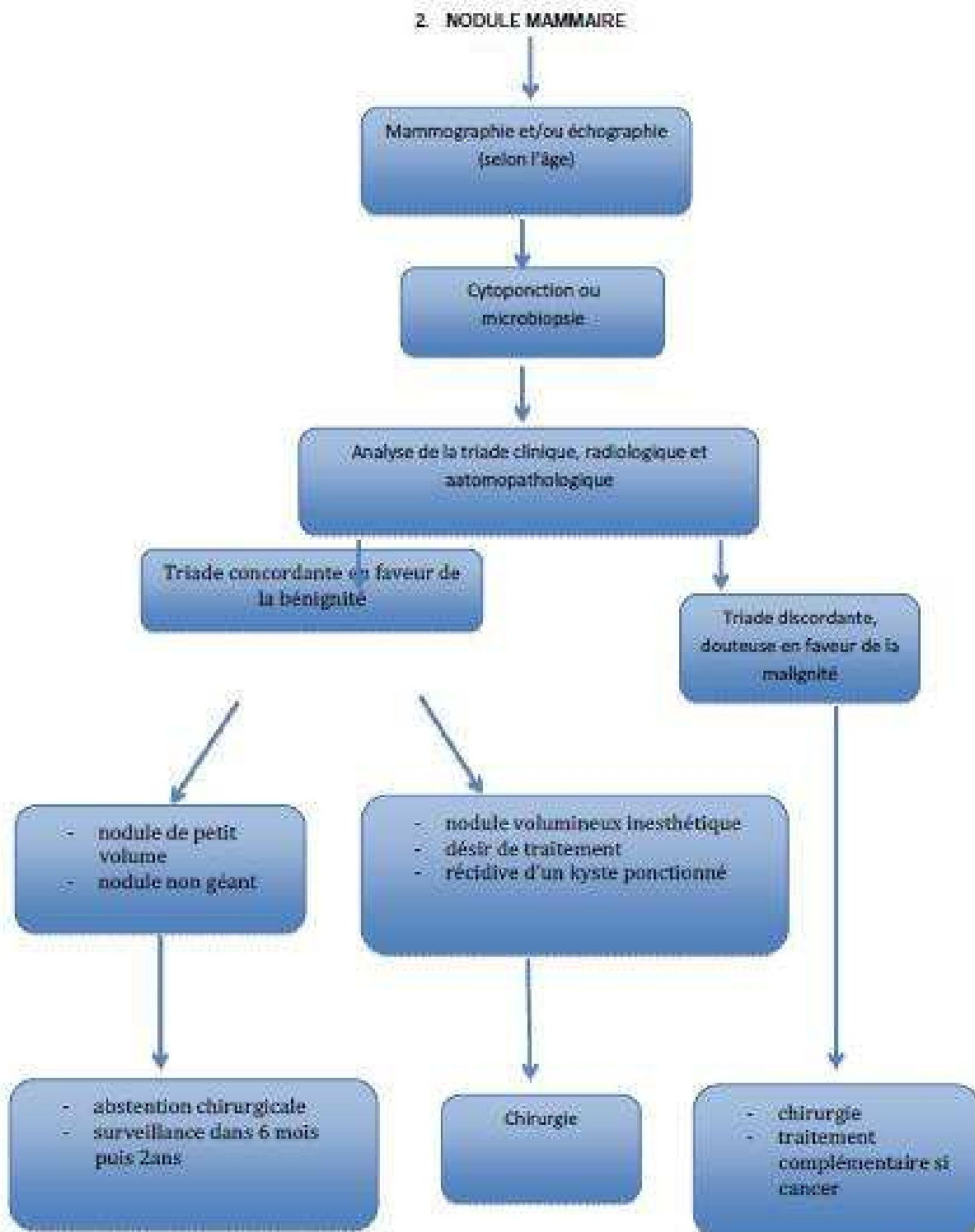


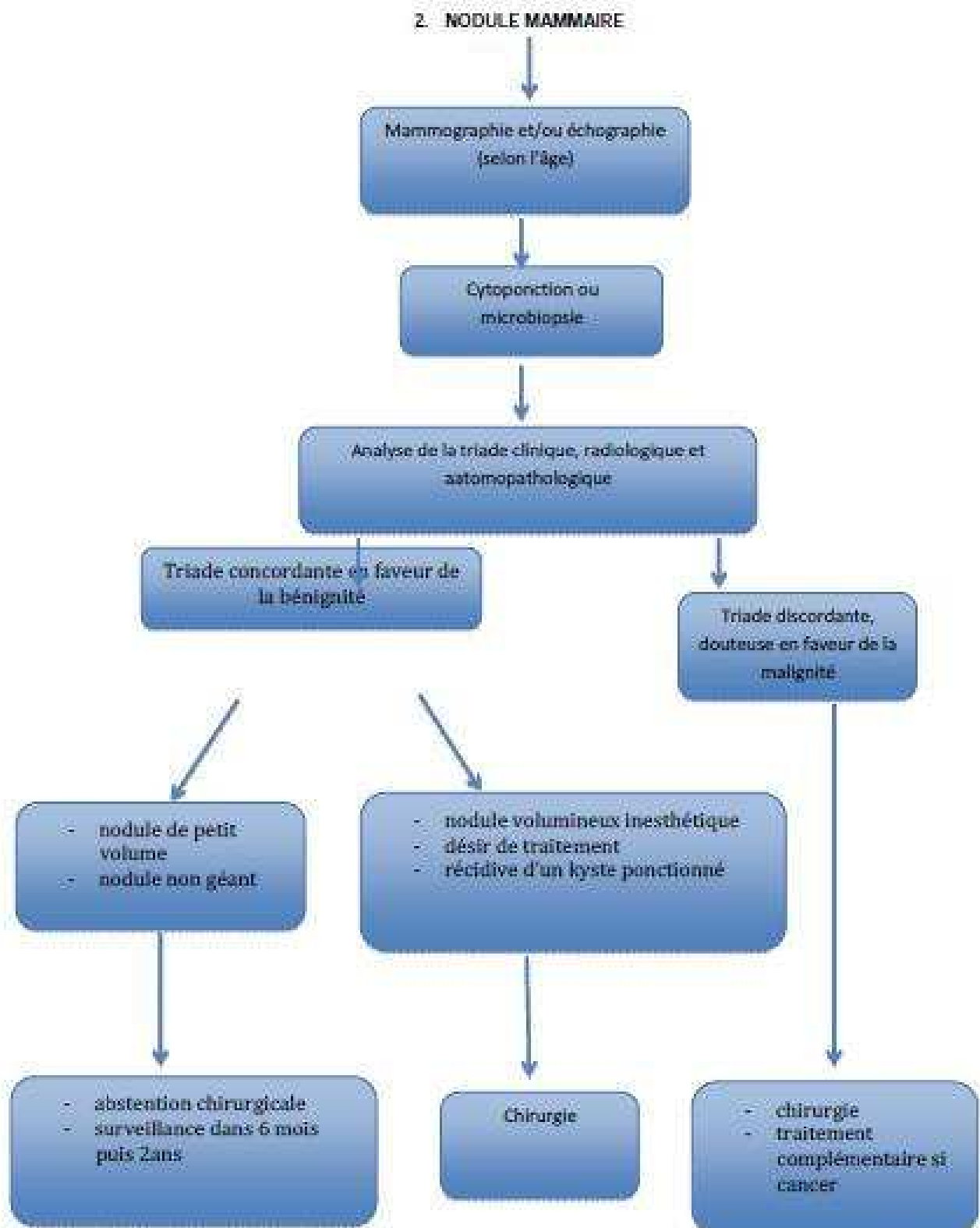
* : Sérologie faite avec les tests rapides suivant l'algorithme national

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

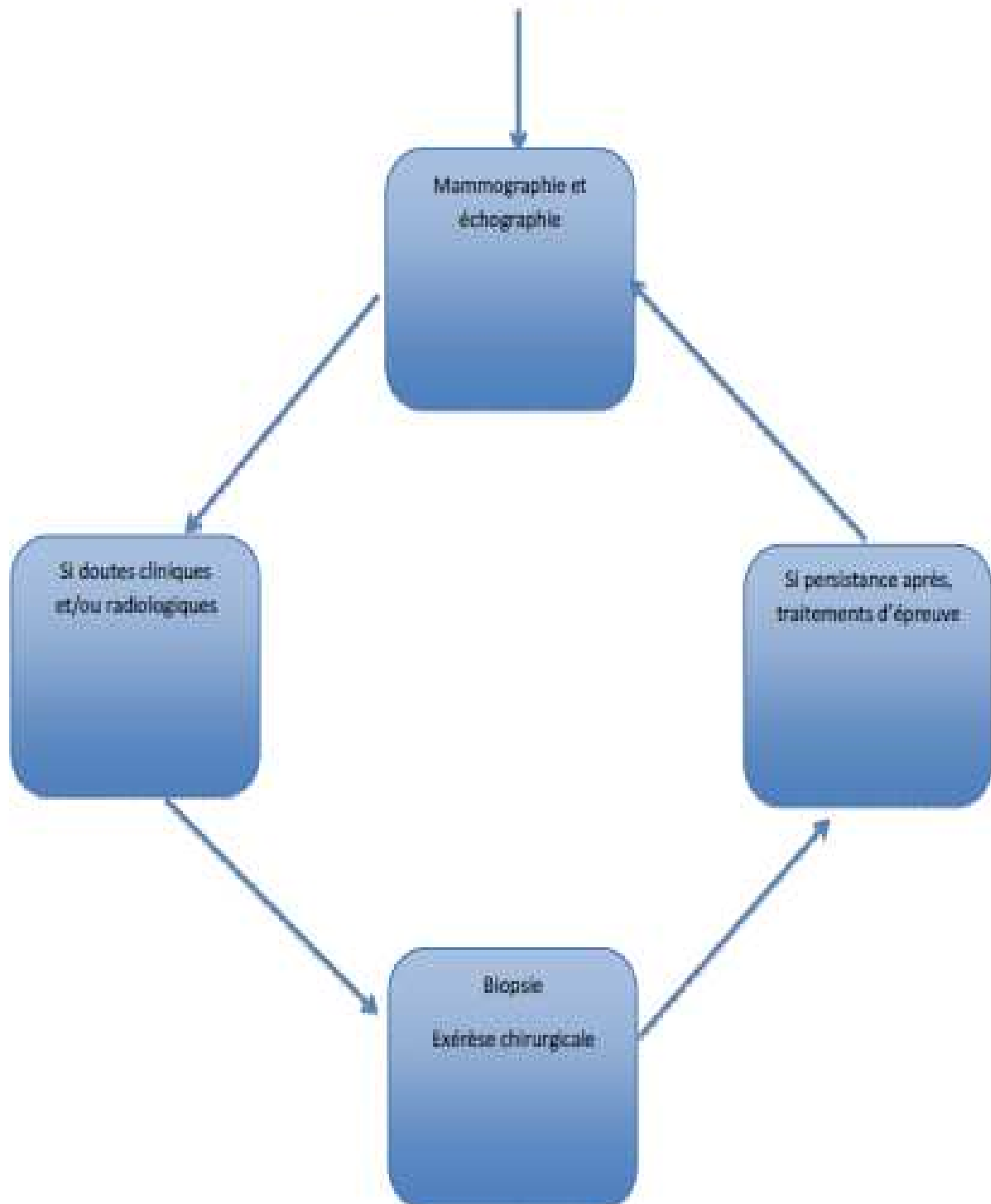
COMPOSANTE 7 : AFFECTIONS GENITALES NON INFECTIEUSES ET LES DYSFONCTIONS SEXUELLE DE LA FEMME ET DE L'HOMME



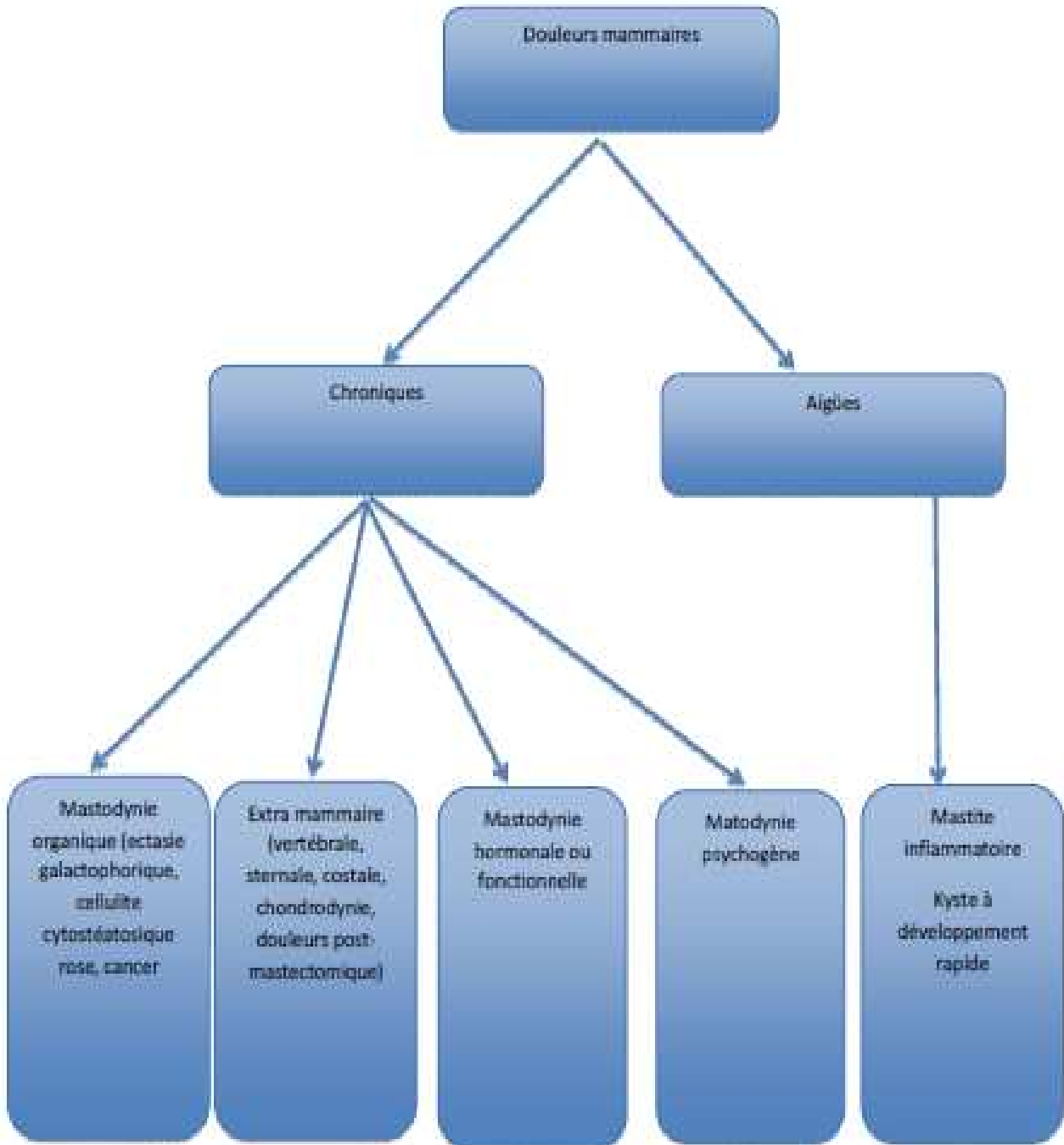




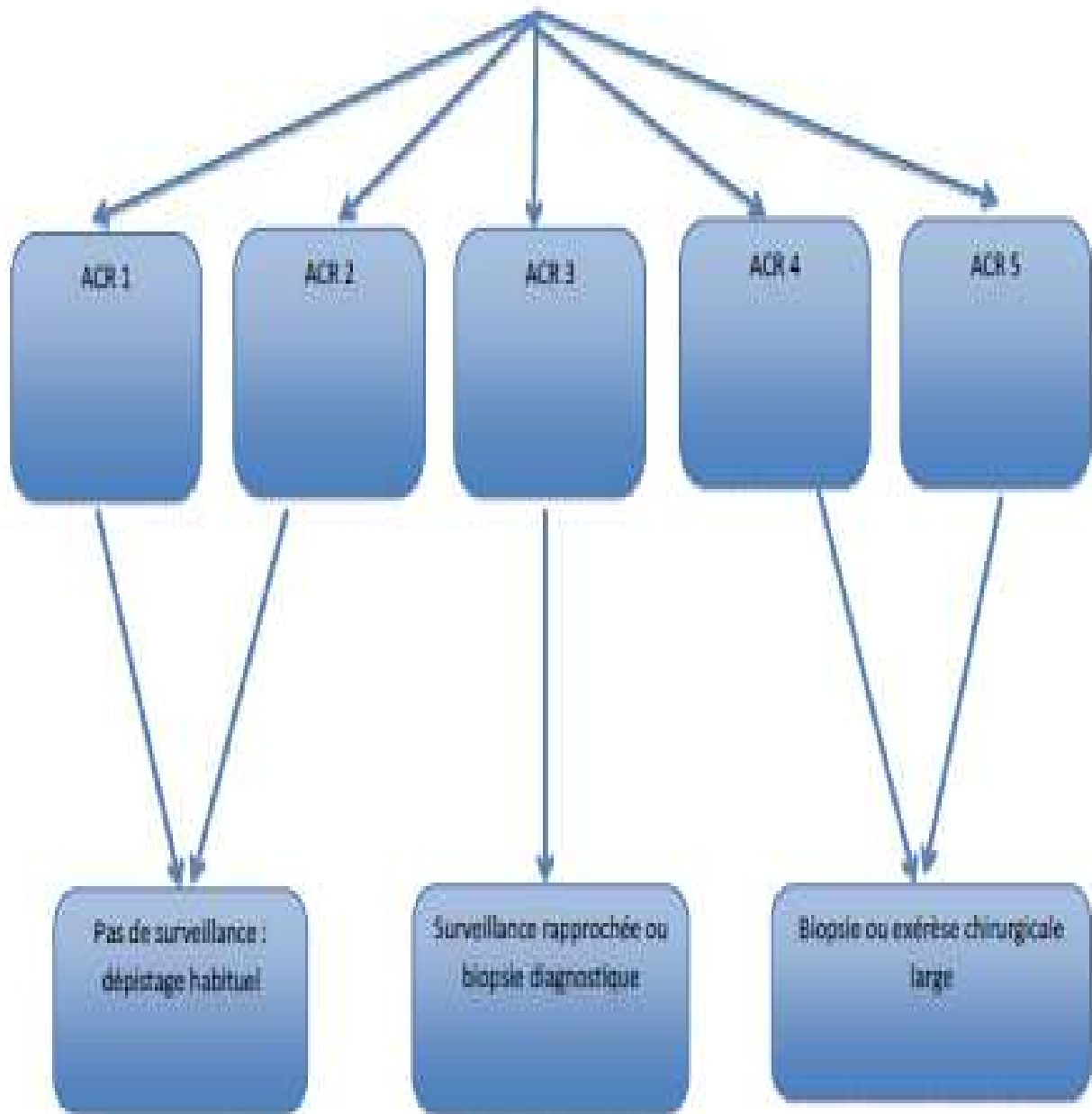
3. SIGNES INFLAMMATOIRES CUTANÉS



4. DOULEURS MAMMAIRES



5. EXAMEN RADIOLOGIQUE





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

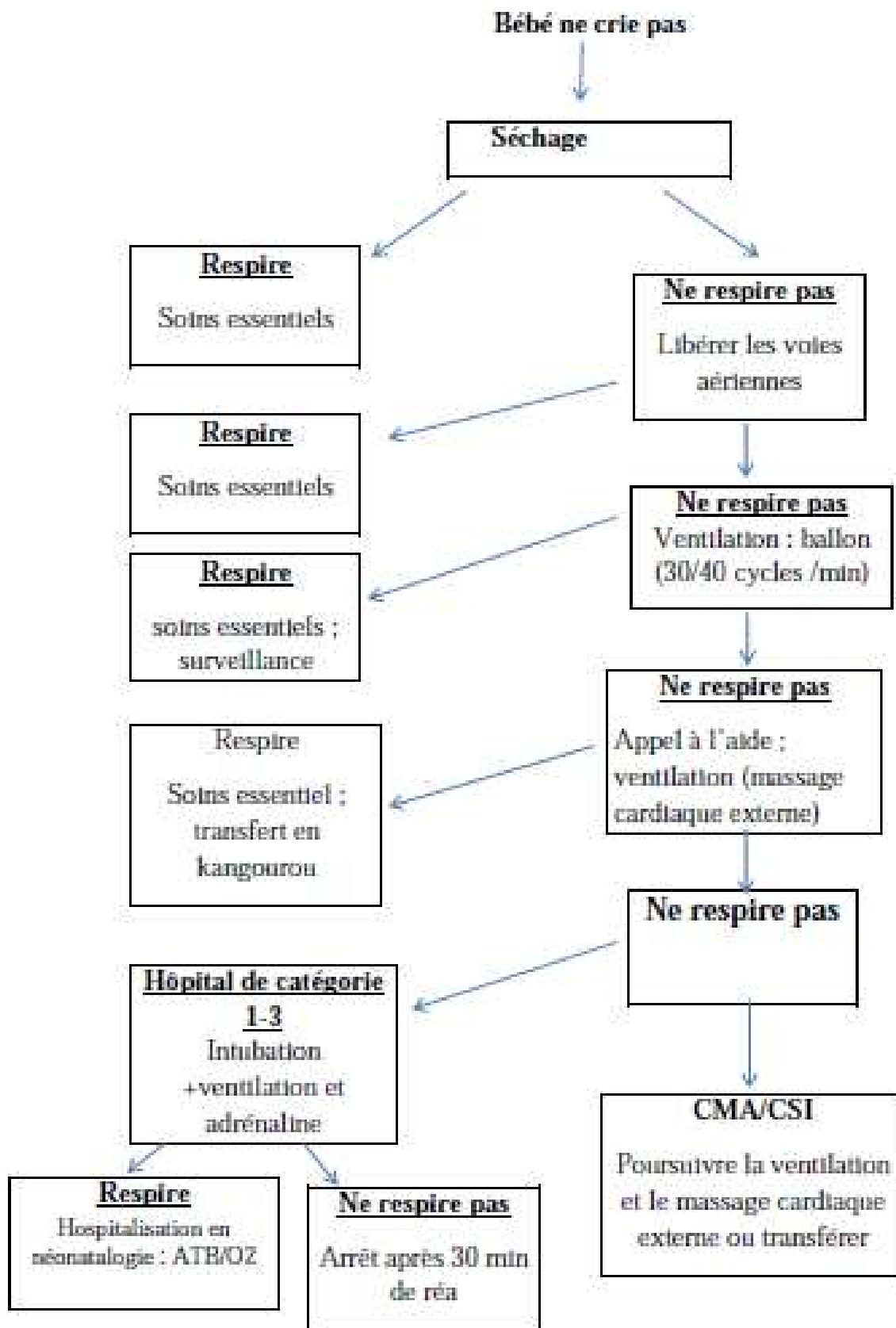
****Méthode Kangourou**

Habiller bébé

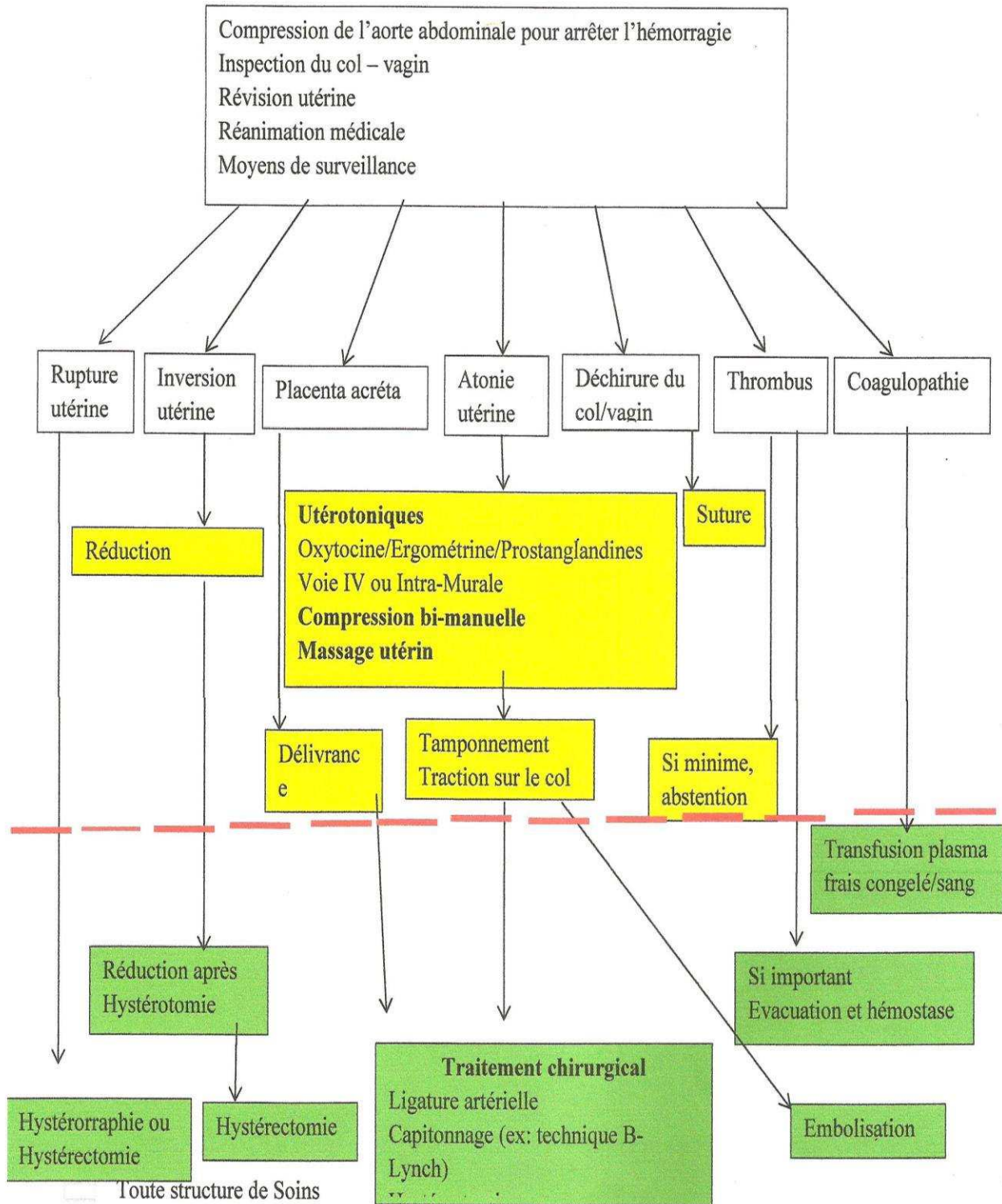
Installer bébé pesu à pesu contre la poitrine de sa mère,



Entourer bébé d'un pagne ou une poche kangourou, voies aériennes dégagées, puis organiser le transport



PRISE EN CHARGE D'UNE HEMORRAGIE DU POST PARTUM IMMEDIAT (HPPI)



■ Structure Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base (SONUB)

■ Structure Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets (SONUC)

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, hématoците, 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 pouls restent stationnaires ou que la diurèse reste < 0,5cc/kg/ heure.

Cameroun

- Si la TA s'élève (maximale à 100 mmHg), le pouls ralentit ($< 100/\text{min}$) et que la diurèse démarre (atteignant 0,5 à 1cc/kg/h), ramener le débit à 16 gouttes par minute.
- surveiller l'apparition de râles pulmonaires d'encombrement, pour moduler les apports. S'ils apparaissent, arrêter le remplissage, administrer du furosémide (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 ≥ 30 ml/h pendant 4heures successives
- Interrompre ou différer le traitement si l'un de ces paramètres est altéré
- Se munir d'un antagoniste prêt à l'emploi (Gluconate de calcium)

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.

Cameroun

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 incarcerated 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

Cameroun

- 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 nécessaire) 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 à 10 jours ou alors ciprofloxacine 500 mg toutes les 12 heures 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 du Ringer 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. Prématuration
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

Cameroun

Incidents/accidents

- Empreinte visible
- Excoriations du cuir chevelu
- Bosse séro-sanguine
- Céphalématome
- 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 inférieure 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

- Après 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)

Cameroun

- 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 inférieur 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 antérieure 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.

Cameroun

- 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 3^{ème} 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 participé à l'actualisation du document des protocoles, algorithmes et fiches techniques en SR

COORDINATION GENERALE : Pr MBU Robinson

SUPERVISION TECHNIQUE : Dr MOLUH Seidou

Noms

Dr AFOUNDE Jeannette
Dr ALAKE G
Dr AMANI Adidja
Dr BAYI Franklin
Dr BITA Gertrude
Dr HAPSATOU Djoulatou
Dr ESSIBEN
Dr ESSO Linda
Dr ETOUNDI Valérie
Dr NDAM Mariama G
Dr KAMGA SIMO Cyrille
Dr KOUAMEN Gaël
Dr MANJO Matilda
Dr MEKONE NKWELE Isabelle
Dr MOHAMADOU Hassim
Dr NDIFORCHU Victor
Dr SEBE EPOME Sylvain
Dr TJEK BIYAGA Paul
Dr VOGUE Noel
Dr VOUGMO Clémence
Mme DJIFACK Georgette
Mme GALEU Sylvie
Mme GUEMDJOU Adeline
Mme KETCHEN Serah

Structure

Direction de la Santé Familiale
Direction de la Santé Familiale
Direction de la Santé Familiale
CAMNAFAW
PLMI
Hôpital Régional de Garoua
Hôpital Central de Yaoundé
Direction de la Santé Familiale
Direction de la Santé Familiale
Direction de la Santé Familiale
Direction de l'Organisation des Soins et des Technologies Sanitaires
Direction de la Santé Familiale
Direction de l'Organisation des Soins et des Technologies Sanitaires
Hôpital Général de Yaoundé
Hôpital Régional de Ngaoundéré
CTN-PBF
District de Santé de Ngaoundéré Rural
Direction de la Santé Familiale
Délégation Régionale de la Santé Publique du Centre
Fondation Chantal BIYA
GIZ/PASAR
Délégation Régionale de la Santé Publique de l'EST
Direction de la Santé Familiale
Direction de la Santé Familiale

Cameroun

Mme MBANG Marie Michelle

Mme OTTOP Manji Francisca

Mr ESSOMBA Hermann

Mr MOLUH NGOULOURE Inoussa

Mr NGALA NGEH Jones

Mr NSOBIRKA J. FAI

Mr OMBOLI Serges

Direction de la Santé Familiale

Délégation Régionale de la Santé Publique de l'EST

Direction de la Santé Familiale

Direction de la Santé Familiale

Organisation Mondiale de la Santé

PSI/ACMS-Cameroun

Direction de la Santé Familiale

