

MINISTRE DE LA SANTE
Direction Générale de la Santé
Direction des Soins de Santé Primaires

REPUBLIQUE TOGOLAISE
Travail – Liberté - Patrie

Division de la Santé Familiale



Protocoles de Santé de la Reproduction (SR) du Togo

**COMPOSANTES COMMUNES,
COMPOSANTES D'APPUI.**

TOME II

2^{ème} Edition

Décembre 2009

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES -----	12
INTRODUCTION GENERALE -----	14
FORME ET CONTENU DU DOCUMENT DES PROTOCOLES DE SERVICES -----	16
MODE D'UTILISATION DU DOCUMENT DE PROTOCOLES -----	17
PROTOCOLE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE -----	19
1- PREPARATION DE LA CAUSERIE -----	21
2- DEROULEMENT DE LA CAUSERIE -----	21
3- FIN DE LA CAUSERIE-----	21
CHAPITRE 1 : LA CAUSERIE DE GROUPE EN PF -----	21
1- PHASES D'UN COUNSELING-----	22
1.1- <i>Le counseling initial</i> -----	22
1.2- <i>Le counseling spécifique</i> -----	22
2- LES CLEFS D'UN BON COUNSELING -----	22
3- DEROULEMENT D'UN COUNSELING INITIAL -----	22
3.1- <i>Bienvenue</i> -----	22
CHAPITRE 2 : LE COUNSELING EN PF -----	22
3.2- <i>Entretien</i> -----	23
3.3- <i>Renseignements</i> -----	23
3.4- <i>Choix/ Décision</i> -----	23
4- DEROULEMENT D'UN COUNSELING SPECIFIQUE -----	23
4.1- <i>Explication de la méthode choisie</i> -----	23
4.2- <i>Rendez-vous/ Référence</i> -----	23
5- DEROULEMENT D'UN COUNSELING DE SUIVI -----	23
6. RUMEURS RELATIVES AUX METHODES CONTRACEPTIVES-----	24
1- CONSULTATION INITIALE -----	25
1.1- <i>Accueillir le (la) client (e)</i> -----	25
1.2- <i>Mener l'interrogatoire</i> -----	25
CHAPITRE 3 : LA CONSULTATION EN PF -----	25
1.3- <i>Faire l'examen physique général</i> -----	26
1.4- <i>Faire l'examen gynécologique/ pelvien</i> -----	26
1.4.1- Vérification de l'absence de grossesse chez la cliente -----	26
1.4.2- Procédure pour un examen gynécologique -----	26
1.4.2- Examen gynécologique proprement dit -----	27
1.5- <i>Faire l'examen des organes génitaux chez l'homme</i> -----	27
1.6- <i>Procéder à la prise de décision</i> -----	27
1- INTRODUCTION -----	28
2- CLASSIFICATION DES CONDITIONS MEDICALES DETERMINANT L'ELIGIBILITE POUR UNE CONTRACEPTION REVERSIBLE -----	28
3- CLASSIFICATION DES CONDITIONS MEDICALES DETERMINANT L'ELIGIBILITE POUR UNE STERILISATION VOLONTAIRE-----	28
CHAPITRE 4 : LES CRITERES D'ELIGIBILITE AUX METHODES CONTRACEPTIVES DE L'OMS -----	28
4- ADMINISTRER LA METHODE -----	31
5- PROGRAMMER LES VISITES DE SUIVI -----	31
6- CONSULTATION DE SUIVI : PROCEDURES -----	31
1- PRESENTER LES C.O.C-----	33
2. DECRIRE LES AVANTAGES ET LES LIMITES DES COC -----	33
2.1 <i>DONNER LES AVANTAGES DES COC</i> -----	33
2.1.1- Sur le plan contraceptif-----	33
2.1.2- Sur le plan santé-----	33
2.1.3- <i>DONNER LES LIMITES COC</i> -----	33
CHAPITRE 5 : LES CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINES (COC) -----	33
3- OU PEUT-ON LES FOURNIR ? -----	34
4- DETERMINER LES CRITERES MEDICAUX D'ELIGIBILITE -----	34

5- PRESCRIPTION DE LA METHODE-----	35
6. CAS PARTICULIERS-----	36
6.1- Démarrage de l'utilisation de la pilule -----	36
6.2- Gestion des cas d'oubli -----	36
6.3- Cas de vomissement ou de diarrhée -----	36
7. SIGNES AVERTISSEURS -----	36
8. PROGRAMMER LES VISITES DE SUIVI -----	37
8.1- Visite initiale (1 ^{ère} consultation) : -----	37
8.2- Lors des autres visites suivantes : -----	37
8.3- Lors des visites programmées : -----	37
9. ETABLIR LA PROCEDURE POUR LA VISITE DE SUIVI-----	37
10. PRISE EN CHARGE DES EFFETS SECONDAIRES DES COC -----	37
11- PRISE EN CHARGE DES AUTRES EFFETS SECONDAIRES DES COC -----	45
1- PRESENTATION DES COP-----	46
2- AVANTAGES DE COP-----	46
2.1- Sur le plan contraceptif-----	46
2.2- Sur le plan de la santé-----	46
3 - LIMITES DES COP-----	46
CHAPITRE 6 : LES CONTRACEPTIFS ORAUX PROGESTATIFS (COP) OU LES PILULES A SEUL PROGESTATIF (PSP)-----	46
4 - SIGNES AVERTISSEURS -----	47
5 - DETERMINER LES CRITERES MEDICAUX D'ÉLIGIBILITÉ -----	47
6- PRESCRIPTION DE LA METHODE -----	48
7- CAS PARTICULIERS -----	49
7.1- Démarrage de la contraception-----	49
7.2- Gestion des cas d'oubli -----	49
8- PROGRAMMER LES VISITES DE SUIVI -----	49
8.1- Visite initiale (1 ^{ère} consultation) : -----	49
8.2- Visites de suivi : -----	49
9- PROCEDURE POUR LA VISITE DE SUIVI -----	49
1. PRESENTATION DES INJECTABLES -----	52
2- AVANTAGES DES CIP -----	52
2.1- Sur le plan contraceptif-----	52
2.2- Sur le plan de la santé-----	52
CHAPITRE 7 : LES CONTRACEPTIFS INJECTABLES PROGESTATIFS (CIP) -----	52
3- LIMITES -----	53
4- SIGNES AVERTISSEURS-----	53
5- CRITERES MEDICAUX D'ÉLIGIBILITÉ -----	53
6- ADMINISTRER LA METHODE -----	55
7- CAS PARTICULIERS -----	55
8- PROGRAMMER LES VISITES DE SUIVI-----	55
8.1- Visite initiale : (1 ^{ère} consultation) -----	55
9- PRISE EN CHARGE DES EFFETS SECONDAIRES SOUS INJECTABLE -----	55
1- PRESENTATION LE NORPLANT/JADELLE -----	61
2- AVANTAGES DU NORPLANT/JADELLE-----	61
2.1-Sur le plan contraceptif-----	61
2.2-Sur le plan de la santé -----	61
CHAPITRE 8 : LES IMPLANTS SOUS CUTANES (NOPLANT/JADELLE)-----	61
3- LIMITES -----	62
4- SIGNES AVERTISSEURS-----	62
5- MODE D'EMPLOI -----	62
6- DETERMINER LES CRITERES MEDICAUX D'ELIGIBILITE DU NORPLANT/JADELLE -----	62
7- EXPLIQUER LE MODE D'ADMINISTRATION DE LA METHODE-----	63
8- PROGRAMMER LES VISITES DE SUIVI-----	64
9- PROGRAMME DES VISITES DE SUIVI-----	64
10-ETABLIR LA PROCEDURE POUR LA VISITE DE SUIVI -----	64
11-PRISE EN CHARGE DES EFFETS SECONDAIRES DU NORPLANT -----	64
12- TECHNIQUE D'INSERTION DES IMPLANTS SOUS CUTANES (NORPLANT/JADELLE) -----	68
12.1- Préparation à l'insertion des capsules de Norplant -----	68
12.2- Tâches préalables à l'insertion-----	68

12.3- Insérer les capsules du Norplant/Jadelle -----	68
12.4- Tâches après l'insertion-----	68
12.5- Counseling Post-Insertion -----	69
13- TECHNIQUE DE RETRAIT NORPLANT/JADELLE -----	69
13.1- Counseling avant le retrait-----	69
13.2.1-Tâches avant le retrait-----	69
13.2.2- Retrait des capsules (Méthode standard) -----	69
13.2.3- Retrait des capsules (Technique U) -----	70
13.2.4- Tâches après retrait-----	70
13.2.5- COUNSELING POST RETRAIT-----	70
1- PRESENTATION DU DIU -----	71
2- AVANTAGES DU DIU-----	71
2.1- Sur le plan contraceptif-----	71
2.2-Sur le plan santé-----	71
3- LIMITES -----	71
CHAPITRE 9 : LE DISPOSITIF INTRA-UTERIN (DIU)-----	71
4- SIGNES AVERTISSEURS-----	72
5- DETERMINER LES CRITERES MEDICAUX D'ÉLIGIBILITÉ-----	72
6- INSERER LE DIU -----	73
7- MOMENT D'INSERTION DU DIU -----	73
8- TECHNIQUE D'INSERTION -----	73
8.1- Préparer la cliente-----	73
8.2- Insérer le DIU-----	73
8.3-Technique de pose-----	74
8.4- Conseils utiles à donner à la cliente -----	74
9- TECHNIQUE DE RETRAIT-----	75
9.1- Retrait normal-----	75
9.2- Retrait difficile -----	75
10-PROGRAMMER LES VISITES DE SUIVI-----	75
11-ETABLIR LA PROCEDURE POUR LA VISITE DE SUIVI -----	75
11.1- Lors de chaque visite :-----	75
11.2- Si elle n'est pas satisfaite, se référer aux «arbres de décision» ci-dessous pour : -----	76
12-PRISE EN CHARGE DES EFFETS SECONDAIRES DU DIU -----	76
1- PRESENTATION DE LA CCV-----	74
2- AVANTAGES DE LA CCV -----	74
3- LIMITES -----	74
4- SIGNES AVERTISSEURS-----	74
CHAPITRE 10 : LA CONTRACEPTION CHIRURGICALE VOLONTAIRE (CCV)-----	74
5- CRITERES MEDICAUX D'ELIGIBILITE -----	75
5.1- Identifier les conditions d'utilisation de la CCV après un interrogatoire minutieux -----	75
5.2- Appliquer la conduite à tenir si la réponse est « Oui » aux questions suivantes : -----	75
6- EXPLIQUER LA PROCEDURE DE LA CCV -----	75
6.1- Chez l'homme : la vasectomie -----	75
6.2- Chez la femme : ligature des trompes-----	76
7- VISITES DE SUIVI-----	76
8- ETABLIR LA PROCEDURE DE SUIVI -----	76
1- PRESENTATION DU CONDOM -----	77
2- AVANTAGES DES PRESERVATIFS-----	77
2.1- Sur le plan contraceptif-----	77
2.2-Sur le plan santé-----	77
3- LIMITES -----	77
4- CRITERES MEDICAUX D'ÉLIGIBILITÉ-----	77
CHAPITRE 11 : LES PRESERVATIFS MASCULINS OU CONDOMS-----	77
5- EXPLIQUER LE MODE D'EMPLOI -----	78
6- PLANIFIER LES VISITES DE SUIVI-----	78
6.2- Lors des visites de contrôle:-----	78
1- PRESENTATION DE LA METHODE : -----	79
2- PRINCIPAUX AVANTAGES : -----	79
3- LIMITES (INCONVENIENTS) OU-----	79
4- EFFETS SECONDAIRES : -----	79
5- EXPLIQUER LE MODE D'EMPLOI : -----	79

CHAPITRE 12 : LES PRESERVATIFS FEMININS OU FEMIDON	79
6- ASSURER LE SUIVI	80
6.1. Donner le rendez-vous de suivi :	80
6.2. Faire la visite de suivi :	80
6.3. Donner les conseils pratiques suivants :	80
1- PRESENTATION DES SPERMICIDES	81
2- AVANTAGES	81
2.2-Avantages sur le plan santé	81
3 - LIMITES	81
4- DETERMINER LES CRITERES MEDICAUX D'ELIGIBILITE	81
CHAPITRE 13 : LES SPERMICIDES	81
5- EXPLIQUER LE MODE D'EMPLOI	82
5.1- Pour les comprimés/ ovules :	82
5.2- Pour la mousse ou la crème :	82
6- VISITES DE SUIVI	82
6.1- Première visite :	82
1. PRESENTATION DE LA MAMA	83
2- AVANTAGES	83
2.1- Avantages de la MAMA	83
2.1.1- Sur le plan contraceptif	83
2.1.2- Sur le plan Santé	83
3- LIMITES	83
CHAPITRE 14 : LA METHODE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ET DE L'AMENORHEE (MAMA)	83
4- DETERMINER LES CRITERES MEDICAUX D'ELIGIBILITE	84
5- EXPLIQUER LE MODE D'EMPLOI	84
6- PLANIFIER LES VISITES DE SUIVI	84
6.1- Après la visite initiale	84
6.2- Pour chaque visite,	84
6.3- Au sixième mois,	84
6.4- A tout moment	85
7- DONNER LES CONSEILS LIES A LA METHODE :	85
1- DEFINITION DES METHODES NATURELLES	86
2- PRESENTATION DES METHODES NATURELLES	86
2.1- Différentes méthodes naturelles :	86
2.1.1- Les méthodes d'auto- observation (M.A.O) :	86
2.1.2- La méthode de calendrier ou rythme ou OGINO Knauss	86
3- AVANTAGES DE LA PFN	86
3.1- Sur le plan contraceptif	86
CHAPITRE 15 : LA PLANIFICATION FAMILIALE NATURELLE (PFN)	86
3.2- SUR LE PLAN SANTE	87
4- LIMITES	87
5- CRITERES MEDICAUX D'ELIGIBILITE	87
6- MODE D'EMPLOI DE LA PFN	87
7- METHODE DE LA GLAIRE CERVICALE OU METHODE DE BILLING	88
8- METHODE DE LA TEMPERATURE	88
9- METHODE DU CALENDRIER (RYTHME)	88
9.1- Cycle irrégulier	88
9.2- Cycle régulier de 28 jours	89
10- METHODE SYMPTOTHERMIQUE	89
10.1- CONSEILS A LA CLIENTE	89
10.2- SUIVI DE SUIVI	89
1- PRESENTATION DE LA METHODE	91
2- INDICATIONS	91
3- SIGNIFICATION DES COULEURS	91
4- MODE D'UTILISATION	91
4.1- Conduite à tenir en cas d'oubli de déplacer l'anneau	91
CHAPITRE 16 : LE COLLIER DU CYCLE	91
4.2- Le Collier du Cycle et le cycle menstruel	92
5- SIGNES D'ALARME	92

6- PRECAUTIONS -----	92
7- CONDITIONS D'EFFICACITE -----	92
8- CHANGEMENT DE METHODES -----	93
8.1- Passage de la pilule au collier -----	93
8.2- Passage du stérilet (DIU) au Collier -----	93
8.3- Passage de la contraception d'urgence au collier -----	93
1- DEFINITION -----	94
2- TYPES DE METHODES -----	94
3- QUAND ADMINISTRER LA METHODE ? -----	94
4- DIRECTIVES DE PRESCRIPTION DES METHODES DE CONTRACEPTION DANS LE POST-PARTUM -----	94
4.1- Règles générales -----	94
4.2- Bilan -----	94
4.3- Instructions -----	94
CHAPITRE 17 : LA PLANIFICATION FAMILIALE DANS LA PERIODE DU POST -PARTUM -----	94
4.4- Règles de prescription des méthodes (voir méthodes) -----	95
1- DEFINITION -----	96
2- TYPES DE METHODE -----	96
3- QUAND COMMENCER LA PLANIFICATION FAMILIALE ? -----	96
3.1- Counseling initial -----	96
3.2- Bilan -----	96
CHAPITRE 18 : LA PLANIFICATION FAMILIALE DANS LE POST-ABORTUM -----	96
4- DIRECTIVES POUR L'UTILISATION DE LA CONTRACPETION POST AVORTEMENT -----	97
5- DIRECTIVES DE PRESCRIPTION DES METHODES CONTRACEPTIVES : -----	97
5.1- Règles générales -----	97
5.2- Règle de prescription des méthodes contraceptives (voir méthodes) -----	97
1- DEFINITION -----	98
2- PRESENTATION DES METHODES QUI PEUVENT ETRE UTILISEES COMME CONTRACEPTIFS D'URGENCE -----	98
2.1-Types de méthodes -----	98
2.2-Counseling initial (cf. page 5) -----	98
2.3-Bilan de la cliente (cf. bilan pour COC, PSP et DIU) -----	98
2.4-Counseling spécifique -----	98
3- AVANTAGES -----	98
4- LIMITES -----	99
5- CRITERES MEDICAUX D'ELIGIBILITE -----	99
6- CONDITION D'ADMINISTRATION DE LA METHODE RECOMMANDEE -----	99
7- VISITES D SUIVI -----	99
7.1-Lors de la visite initiale : -----	99
7.2-Lors de la visite de suivi -----	100
8- PRISE EN CHARGE DES EFFETS SECONDAIRES COMMUNS -----	100
1- PRESENTATION DES METHODES CONTRACEPTIVES UTILISABLES PAR UN ADOLESCENT -----	101
2- TYPES DE CONTRACEPTION CHEZ LES ADOLESCENTS -----	101
2.1- Premier choix -----	101
2.2- Deuxième choix -----	101
3- AVANTAGES -----	101
4- LIMITES -----	101
5- CRITERES MEDICAUX D'ELIGIBILITE -----	101
6- PRESCRIPTION DE LA METHODE CONVENABLE -----	102
7- PROGRAMMER LES VISITES SELON LA METHODE CHOISIE -----	102
1- PRESENTATION DES CONTRACEPTIFS UTILISABLES CHEZ LES FEMMES DE PLUS DE 35 ANS -----	103
2- AVANTAGES -----	103
3- CRITERES MEDICAUX D'ELIGIBILITE -----	103
4- TYPES DE CONTRACEPTION CHEZ LES FEMMES DE 35 ANS -----	103
5- PROCEDURE DE LA METHODE CHOISIE -----	103
6- PROGRAMMATION DES VISITES -----	103

CHAIPTRE 19

C

CHAPITRE 21 : LA CONTRACEPTION CHEZ LES FEMMES DE PLUS DE 35 ANS	103
PROCOLES DE PRISE EN CHARGE DE L'INFERTILITE / INFECONDITE	104
1- BUT	105
2- OBJECTIFS	105
1- DEFINITION	106
2- ETAPES DE LA CONSULTATION	106
2.1- Accueillir le (la) client(e) ou le couple :	106
2.2-Mener l'interrogatoire :	106
CHAPITRE 22 : L'INFERTILITE/INFECONDITE	106
2.3- Faire l'examen clinique	107
2.4- Demander les examens complémentaires	107
3- PRISE EN CHARGE DES CAS D'INFERTILITE	108
3.1- Poser le diagnostic étiologique	108
3.2- Conseiller le couple/client :	108
3.3- Traiter ou référer	108
Signes retrouvés	109
4- PRISE EN CHARGE DE L'INFERTILITE	111
4.1- Prise en charge par niveau	111
4.2- Assistance Médicale à la Procréation (AMP)	113
4.2.1- Les différentes techniques d'AMP	113
4.2.2- Centre d'Assistance Médicale à la Procréation (AMP)	113
4.2.3- Indications	114
4.2.3.1- Insémination Avec sperme du Conjoint (IAC)	114
4.2.3.2- Fécondation In Vitro (FIV):	114
4.2.3.3- Injection IntraCytoplasmique de Spermatozoïdes (ICSI):	114
4.2.4- Limites	114
PROCOLES DE PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST)	115
1- INTRODUCTION	116
2- ACCUEIL ET INTERROGATOIRE	116
2.1- Accueil	116
CHAPITRE 23 : LA DEMARCHE DIAGNOSTIC AU COURS DE LA PRISE EN CHARGE SYNDROMIQUE DES IST	116
2.2-Interrogatoire	117
3- EXAMEN PHYSIQUE	117
3.1- Chez l'homme	117
3.2- Chez la femme	118
4- DIFFERENTS SYNDROMES ET ALGORITHMES DE PRISE EN CHARGE	119
1- DEFINITION	120
2- CARACTERISTIQUES CLINIQUES	120
3- CAUSES	120
CAUSES FREQUENTES :	120
CAUSE MOINS FREQUENTE :	120
4- TRAITEMENT	120
CHAPITRE 24 : L'ECOULEMENT URETRAL	120
1- DEFINITION	122
2- CARACTERISTIQUES CLINIQUES	122
3- CAUSES	122
5- TRAITEMENT	122
CHAPITRE 25 : L'ECOULEMENT VAGINAL	122
1- DEFINITION	125
2- CARACTERISTIQUES CLINIQUES	125
3- CAUSES	125
4- TRAITEMENT	125
CHAPITRE 26 : LES DOULEURS ABDOMINALES BASSES	125

1- DEFINITION -----	127
2- CARACTERISTIQUES CLINIQUES-----	127
3- CAUSES-----	127
4- TRAITEMENT -----	127
CHAPITRE 27 : LES ULCERATIONS GENITALES -----	127
1- DEFINITION -----	129
2- CARACTERISTIQUES CLINIQUES-----	129
3- CAUSES-----	129
4- TRAITEMENT -----	129
CHAPITRE 28 : LE BUBON INGUINAL -----	129
1- DEFINITION -----	131
2- CARACTERISTIQUES -----	131
3- CAUSES-----	131
4- TRAITEMENT -----	131
CHAPITRE 29 : LA TUMEFACTION DU SCROTUM -----	131
1- DEFINITION -----	133
2- CARACTERISTIQUES CLINIQUES-----	133
3- CAUSES-----	133
4- TRAITEMENT -----	133
CHAPITRE 30 : LA CONJONCTIVITE DU NOUVEAU-NE -----	133
1- DEFINITION -----	135
2- CARACTERISTIQUES CLINIQUES-----	135
3- CAUSES-----	135
4- TRAITEMENT -----	135
PROTOCOLES DE LUTTE CONTRE LES PRATIQUES NEFASTES A LA SR -----	137
1- GENERALITES-----	138
2- ETAPES DE LA PRISE EN CHARGE DES PRATIQUES NEFASTES A LA SANTE DE LA REPRODUCTION (MGF ET VIOLENCES SEXUELLES) -----	138
2.1- Accueillir le / la patient(e)-----	138
CHAPITRE 32 : LA PRISE EN CHARGE DES VICTIMES DES PRATIQUES NEFASTES A LA SR -----	138
2.2- Mener l'interrogatoire du / de la patient(e) : -----	139
2.3- Examiner le / la patient(e) : -----	139
2.4. Conclusion-----	139
3- CONDUITE A TENIR -----	139
3.1. Conduite à tenir devant les complications des MGF-----	139
3.2. Conduite à tenir devant les violences (femmes battues, viols) -----	139
3.2.1. Femmes battues-----	139
3.2.2- CAT en cas de Viols-----	148
3.3- Prise en charge des tabous alimentaires chez l'enfant, la nouvelle mariée et la femme enceinte-----	148
4- PREVOIR L'ETABLISSEMENT D'UN CERTIFICAT MEDICAL SUR REQUISITION DE L'AUTORITE JUDICIAIRE OU A LA DEMANDE DE LA VICTIME-----	148
PROTOCOLES DE COMMUNICATION POUR UN CHANGEMENT DE COMPORTEMENT -----	149
1- INTRODUCTION -----	150
2- PROTOCOLES EN CAUSERIE -----	150
CHAPITRE 33 : LA COMMUNICATION POUR UN CHANGEMENT DE COMPORTEMENT (CCC) -----	150
3- ETAPES D'UNE CAUSERIE -----	151
3.1- Phase préparatoire : -----	151
3.2- Phase d'exécution : -----	151
3.3- Phase de clôture : -----	151
3.4- CONSEILS PRATIQUES POUR MENER A BIEN UNE CAUSERIE -----	151
4- PROTOCOLES EN COUNSELING-----	152
4.1- Définition -----	152
4.2-Buts du counseling -----	152
4.3- Principes de base nécessaires au counseling -----	152

4.4- L'écoute attentive en counseling-----	153
4.4.1- Deux éléments essentiels-----	153
4.4.2- Attitudes pendant l'écoute attentive-----	153
4. RENSEIGNER LE CLIENT-----	154
5- VISITE A DOMICILE (V.A.D)-----	155
5.1-Définition-----	155
5.2- Avantages-----	155
5.3- Limites-----	156
5.4- Etapes de la visite à domicile-----	156
5.4.1- Préparer la visite à domicile :-----	156
5.4.2- Exécuter la visite à domicile-----	156
5.4.3- Après la visite à domicile-----	156
Ecrire tous les renseignements reçus,-----	156
PROTOCOLES DE PLAIDOYER-----	157
1- GENERALITES-----	158
1.1-Définition-----	158
1.2-Eléments à prendre en compte pour identifier un problème de plaidoyer-----	158
1.3-Eléments à prendre en compte pour envisager une solution aux problèmes-----	158
2- PROTOCOLES-----	158
CHAPITRE 34 : LE PLAIDOYER-----	158
3- ETAPES D'UNE STRATEGIE DE PLAIDOYER-----	159
4- DEFINITION DES CIBLES-----	159
4.1- Qui sont les publics possibles ?-----	160
4.2- Engagement des groupes cibles-----	160
4.3- Développer et livrer des messages-----	160
4.4- Contenu du message-----	160
4.5- Caractéristique d'un message-----	160
4.6- Forger les alliances-----	161
4.7- Livrer le message-----	161
4.8- Conseils avant la présentation-----	161
4.9- Conseils au cours de la présentation-----	161
4.10- Conseils après la présentation-----	161
4.11- Le messager-----	161
4.12- Mobilisation des Ressources-----	161
1- RAISONS POUR "REPOSITIONNER" LA PLANIFICATION FAMILIALE-----	162
2- ACTIVITES DE REPOSITIONNEMENT DE LA PF PAR NIVEAU-----	162
CHAPITRE 35 : LE REPOSITIONNEMENT DE LA PF-----	162
PROTOCOLES DE PREVENTION DES INFECTIONS-----	163
1- OBJECTIFS-----	164
2- DEFINITION OPERATIONNELLE DES TERMES-----	164
CHAPITRE 36 : LA PREVENTION DES INFECTIONS-----	164
3- PRINCIPES DE LA PI-----	165
4- ETAPES DE LA PI-----	165
4.1- Lavage des mains-----	165
4.1.1- Lavage courant des mains-----	166
4.1.2- Lavage chirurgical des mains-----	166
4.2- UTILISATION DES BARRIERES-----	166
4.2.1- Porter les gants-----	166
4.2.2- Types de gants-----	167
4.2.3- Quand utiliser les gants ?-----	167
Examen physique-----	167
4.3- TRAITEMENT DU MATERIEL-----	167
4.3.1.Décontamination-----	167
Partis totales (PT) (H2O) =-----	168
4.3.2-Nettoyage-----	168
4.3.3-Désinfection à haut niveau-----	168
4.3.3.1- Désinfection à haut niveau par ébullition-----	168
4.3.3.2- Désinfection à haut niveau par vapeur-----	168
4.3.3.3- Désinfection à haut niveau par procédures chimiques.-----	169
4.4.Stérilisation-----	169

4.4.1- Stérilisation par chaleur humide (autoclave) -----	169
4.4.2- Stérilisation par chaleur sèche (poupinel)-----	169
4.4.3- Stérilisation chimique : -----	170
4.5- <i>ELIMINATION DES DECHETS</i> -----	170
4.5.1- Principes : -----	170
4.5.2- Types : -----	170
4.5.3- Procédures : -----	170
5- ENTRETIEN DES LOCAUX -----	170
5.1- <i>Objectifs</i> : -----	170
5.2- <i>Procédures</i> : -----	171
5.2.1- Comment nettoyer les taches de sang et autres matières ? -----	171
5.2.2- Comment nettoyer le matériel de nettoyage sale et contaminé ? -----	171
6- CIRCULATION DES PATIENTS ET PROFIL DES ACTIVITES -----	171
6.1- <i>But</i> -----	171
6.2- <i>Précautions à prendre</i> -----	172
PROTOCOLES DE GESTION DES PROGRAMMES DE SR -----	175
1- GENERALITES SUR LA COORDINATION -----	176
1.1- <i>Définition</i> -----	176
1.2 <i>Types de coordination</i> -----	176
1.3 <i>Niveaux et responsabilités</i> -----	176
2- PRINCIPALES ETAPES DE COORDINATION -----	176
CHAPITRE 37 : LA COORDINATION -----	176
1- GENERALITES -----	178
1.1- <i>Définition</i> -----	178
1.2- <i>Types de supervision</i> -----	178
1.3- <i>Niveau, périodicité et durée de la supervision</i> -----	178
1.4- <i>Objets de la supervision</i> -----	178
CHAPITRE 38 : LA SUPERVISION -----	178
1.5- <i>Les outils de supervision</i> -----	179
1.6- <i>Les techniques de supervision</i> -----	179
2- ETAPES D'UNE VISITE DE SUPERVISION -----	179
2.1 <i>Préparer la visite</i> -----	179
2.2 <i>Exécuter la supervision</i> -----	179
2.2.1- Tenir une réunion d'information et de planification avec le personnel : -----	179
2.2.2- Réaliser la supervision des différents domaines d'activités :-----	179
2.3- <i>Organiser une réunion de restitution avec le personnel</i> -----	180
2.4- <i>Elaborer un plan de résolution des problèmes avec le personnel</i> -----	180
2.5. <i>Rédiger un rapport de supervision dont une copie sera envoyée à la formation sanitaire supervisée et une autre à la hiérarchie.</i> -----	180
2.5.1- Aider le prestataire l'employé à améliorer ses performances -----	180
2.5.2-Prendre les mesures nécessaires au redressement de la situation-----	180
2.6- <i>Améliorer le cadre de travail</i> -----	181
2.7- <i>Améliorer la motivation du personnel</i> -----	181
1- GENERALITES -----	182
1.1- <i>Définitions du Suivi</i> -----	182
1.2- <i>Définitions de l'évaluation</i> -----	182
1.3- <i>Les types d'évaluation</i> -----	182
2- INDICATEURS POUR LE MONITORAGE INTEGRE DES ACTIVITES MMR ET PCIMNE -----	182
CHAPITRE 39 : LE SUIVI/EVALUATION -----	182
PROTOCOLES DE LOGISTIQUE DES PRODUITS SR -----	185
1- GENERALITES -----	186
2- RAPPORT DE COMPTE RENDU ET COMMANDE -----	186
CHAPITRE 40 : LE SYSTEME D'INFORMATION DE LA GESTION LOGISTIQUE -----	186
3- COMPTE RENDU ET COMMANDE DE CONTRACEPTIFS -----	187
4- LE REGISTRE DE PLANIFICATION FAMILIALE -----	202
5- PREVENTION DES RUPTURES DE STOCK -----	206
5.1- <i>Quand faut-il passer une commande d'urgence ?</i> -----	206
5.2- <i>Faut-il substituer des produits similaires ?</i> -----	206
5.3- <i>Comment effectuer des transferts de stocks d'un centre à un autre ?</i> -----	206

6- PRINCIPES D'EMMAGASINAGE -----	206
7- DETERMINATION DE LA DATE D'EXPIRATION DES CONTRACEPTIFS -----	207
1- DEFINITION -----	216
1.1-Enregistrement-----	216
1.2-Notification-----	216
1.2.1- Pourquoi notifié ? -----	216
1.2.2-Quoi enregistrer ?-----	216
CHAPITRE 41 : L'ENREGISTREMENT / NOTIFICATION DES CAS IST -----	216
1- INTRODUCTION -----	218
2- GENERALITES-----	218
2.1-Définition -----	218
2.2-Supports de collecte de données-----	218
2.3-iveaux -----	218
2.4-Rapports -----	218
CHAPITRE 42 : LE SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE -----	218
3- PROTOCOLE -----	219
3.1-Collecte des données-----	219
3.2- Analyse des données -----	219
3.3- Le circuit de l'information -----	219
1- INTRODUCTION -----	220
1.1- But : -----	220
1.2- Le personnel-----	220
CHAPITRE 43 : L'ASSURANCE QUALITE DES SOINS/SERVICES -----	220
2- EXPLIQUER LA NOTION DE LA QS -----	221
3- IMPORTANCE DE LA QS-----	221
5- DROITS DU CLIENT -----	222
6- BESOINS DES PRESTATAIRES -----	223
7- QUELQUES ELEMENTS ET INDICATEURS DU NIVEAU PRESTATION -----	223
1- INTRODUCTION -----	225
2- DEFINITION -----	225
2.1- Les dimensions de la participation communautaire -----	225
2.2-Les conditions de réussite de la participation communautaire-----	225
CHAPITRE 44 : LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE -----	225
2.3-Les types de participations -----	226
2.4-Les étapes du processus de participation communautaire -----	226
1- ACTIVITES AVANT LA FORMATION-----	228
2- OUVERTURE OFFICIELLE -----	228
CHAPITRE 45 : L'ORGANISATION D'UNE SESSION DE FORMATION -----	228
3- ACTIVITES PENDANT LA FORMATION -----	229
4- CEREMONIE DE CLOTURE -----	229
5- APRES LA FORMATION -----	229
1- INTRODUCTION -----	230
2- DEFINITION -----	230
3- TYPES DE RECHERCHE-----	230
4- METHODES DE RECHERCHE OPERATIONNELLE -----	230
5- ETAPES -----	230
CHAPITRE 46 : LA RECHERCHE OPERATIONNELLE -----	230
ANNEXE I : LISTE DES PARTICIPANTS REVISION PNP SR PF IST-----	234
LISTE DES PARTICIPANTS VALIDATION PNP PF IST -----	236
ANNEXE II : LISTE DES PERSONNES RESSOURCES -----	238

LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES

ADM	Audits des Décès Maternel
AMP	Assistance Médicale à la Procréation
ASC	Agent de Santé Communautaire
ATCD	Antécédent
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
BERCER	Bienvenue Ecoute Renseignement Choix Explication Rendez-vous
CCC	Communication pour un Changement de Comportement
CCV	Contraception Chirurgicale Volontaire
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIP	Communication Interpersonnelle
CMM	Consommation Minimum Mensuelle
CMS	Centre Médico-Social
COC	Contraceptif Oral Combiné
COP	Contraceptif Oral Progestatif
CPN	Consultation Pré Natale
CSS	Caractères Sexuels Secondaire
DDR	Date des Dernières Règles
DHN	Désinfection de Haut Niveau
DISER	Division Information, Statistiques, Etudes et Recherches
DIU	Dispositifs Intra Utérins
DSF	Division Santé de la Famille
FIV	Fécondation In -Vitro
FS	Formations Sanitaires
GATPA	Gestion Active de la Troisième Phase de l'Accouchement
GEU	Grossesse Extra-utérine
HD	Hôpital de District
HTA	Hypertension Artérielle
IAC	Insémination Artificielle avec sperme du Conjoint
ICSI	Injection Intra Cytoplasmique de Spermatozoïde
IEC	Information, Education, Communication
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
IPPF	Fédération Internationale de Planification Familiale
IVG	Interruption Volontaire de la Grossesse
MAMA	Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée
MAO	Méthodes d'Auto Observation
MGF	Mutilations Génitales Féminines
MIP	Maladie Inflammatoire Pelvienne
MST	Maladies Sexuellement Transmissibles
OATS	Oligo Asthéo Térato Spermies
OMS	Organisation Mondiale de Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PCIMNE	Prise en Charge Intégrée des Maladies du nouveau Né et de l'Enfant

PEC	Prise en Charge
PF	Planification Familiale
PFN	Planification Familiale Naturelle
PI	Prévention de l'Infection
PSP	Pilules à Seul Progestatif
PTME	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
RDV	Rendez-vous
SAA	Soins Après Avortement
SIP	Syndrome Inflammatoire Pelvien
SONE	Soins Obstétricaux et Néonataux Essentiels
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SIGL	Système d'Information de Gestion Logistique
SIS	Système d'Information Sanitaire
SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SR	Santé de la Reproduction
TPC	Test Post Coïtal
TPI	Traitement Préventif et Intermittent
TV	Toucher Vaginal
USP	Unité de Santé Publique
USAID	United States Agency for International Development
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
VAD	Visite à Domicile
VHB/VHC	Virus des Hépatites virales B et C
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION GENERALE

Le document des protocoles de services en Santé de la Reproduction du Togo est conçu dans le but de mettre à la disposition des prestataires de soins des informations utilisables à différents niveaux de la pyramide sanitaire. Il s'agit d'un guide élaboré à partir du document de Politique et Normes en Santé de la Reproduction et qui a été adopté en 2009.

Il aborde tous les aspects et domaines de la santé de la reproduction :

- Volet Santé de la femme,
- Volet Santé de l'Enfant,
- Volet santé des Jeunes et Adolescents(es),
- Volet Santé des Hommes,
- Composantes communes, et d'appui.

Il est conçu pour être utilisé par tout agent de santé quelque soit le niveau de la pyramide sanitaire où il intervient.

Il tient compte du pré requis de chaque utilisateur et souhaiterait pouvoir prendre en compte leur motivation à apprendre mais surtout à fournir aux populations-cible les prestations les plus appropriées possibles et d'en obtenir un feed-back positif, signe de la satisfaction des bénéficiaires

Ce document, qui ne prétend se substituer ni aux documents et techniques scientifiques existants, ni au jugement clinique et à la logique scientifique propres de chaque agent de santé, offre différentes orientations pour :

- Reconnaître les affections,
- Prendre les décisions thérapeutiques appropriées,
- Respecter les prescriptions de la prévention des infections,
- Standardiser les gestes à utiliser à tous les niveaux, afin d'assurer la qualité des services selon les Normes sanitaires du Togo.

Il est structuré de telle manière qu'on puisse l'utiliser à tous les niveaux en fonction des, moyens diagnostiques et thérapeutiques disponibles et selon les huit étapes habituelles de la prise en charge lors des prestations de service :

- Accueillir le patient,
- Mener l'interrogatoire,
- Faire l'examen clinique,
- Faire les examens complémentaires,
- Instituer le traitement,
- Donner un rendez-vous,
- Remercier, raccompagner et dire au revoir au patient,
- Assurer le suivi.

Ainsi quatre niveaux de prise en charge y sont abordés :

- Niveau communautaire,
- Niveau USP / CMS,
- Niveau Hôpital de District ou Préfectoral,
- Niveau CHR / CHU.

QU'EST-CE-QUE C'EST QUE LES PROTOCOLES ?

Dans le processus d'élaboration de la Politique, et des Normes en Santé de la Reproduction, les protocoles répondent à la question : «comment atteindre le but de la politique sanitaire selon les normes de services prescrites».

Les protocoles indiquent donc comment résoudre les problèmes de santé la reproduction à chaque niveau du système sanitaire du pays à travers les prestations de services, la gestion des services, des programmes et projets et à travers la recherche.

BUT DES PROTOCOLES

Le but principal de ces protocoles est d'aider les prestataires à offrir des services standardisés et de qualité.

Ils facilitent la prise de décisions tant en clinique qu'en gestion des services.

Ils aident à organiser les problèmes en une série d'évènements (gestes, tâches, activités) et en une série de décisions logiques et chronologiques permettant ainsi aux prestataires, à leurs formateurs et superviseurs d'améliorer la qualité de leurs prestations.

Les protocoles répondent à un processus de prise de décision allant d'un problème à ses solutions en indiquant l'ordre logique et chronologique dans lequel les évènements et les décisions doivent survenir mais aussi leurs interdépendances.

FORME ET CONTENU DU DOCUMENT DES PROTOCOLES DE SERVICES

FORME

Ce document se présente sous forme de livre de poche dont la reliure est en spirale facilitant ainsi son utilisation. Cette forme de présentation permet aux prestataires de retrouver très rapidement l'information dont ils ont besoin dans une situation, parfois, d'urgence.

Les processus de prise de décisions qui y sont proposés, sont sous forme d'algorithmes, de tableaux ou de listes d'activités par étapes. Sa lecture est ainsi facile et agréable.

CONTENU

En rapport avec les différents domaines d'activité, le document des protocoles est divisé en *deux (2) Tomes* :

Les protocoles Santé de la Mère, de l'Enfant, des jeunes et adolescents(es) et Santé des Hommes qui comprennent :

- Prise en charge gynécologique,
- Soins Obstétricaux et Néonataux Essentiels (SONE) dont la CPN recentré qui prend en compte la TPI et la PTME, la Gestion Active de la Troisième Phase de l'Accouchement (GATPA),
- Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) entre autres les Soins Après Avortement (SAA), l'Audits des Décès Maternel (ADM), etc.,
- Prise en charge des enfants dont le Continuum des Soins,
- Services de Santé adaptés aux Adolescents(es) et Jeunes dont les abus sexuels,
- Prise en charge des dysfonctionnements sexuels,
- Tumeurs génitales,
- Prise en charge de l'infertilité/infécondité du couple,
- Annexes.

Les composantes communes et d'appui

- Composantes communes :

- Planification Familiale,
- Infections Sexuellement Transmissibles (IST),
- Pratiques néfastes à la SR,
- Communication pour le changement de comportement (CCC),
- Plaidoyer,
- Genre,
- Prévention des infections.

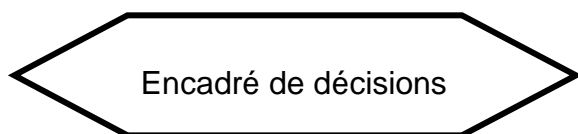
- Composantes d'appui :

- Gestion des programmes et services,
- Assurance de la Qualité des Services,
- Participation communautaire,
- Formation,
- Recherche Opérationnelle.

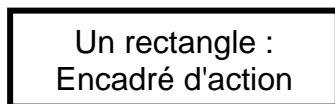
MODE D'UTILISATION DU DOCUMENT DE PROTOCOLES

Les schémas de prise en charge (directives) proposés sont présentés sous forme de tableaux, de listes d'activités structurées par étapes ou sous forme d'algorithmes ou graphes de décisions qu'il faut lire de haut en bas et de gauche à droite.

Quatre sortes de symboles sont utilisées :



Un hexagone qui contient les informations nécessaires à une prise de décision. Il a toujours une entrée et une alternative de sortie oui ou non



On y trouve indiquer une action pour un geste thérapeutique ou un diagnostic.



Une flèche qui indique le sens de la lecture de l'algorithme et l'ordre chronologique de la démarche diagnostique et thérapeutique.



Des annotations en chiffres, en crochets à l'intérieur des encadrés qui renvoient aux commentaires ou informations indiqués en annexes.

Ainsi, ce document des protocoles a une double fonction :

- Il est avant tout une sorte de carte routière qui conduit le/la prestataire/ conseiller(e) à travers les différentes étapes de ses activités mais également veille sur la qualité du contenu de ce cheminement,
- Il se veut aussi être un document pédagogique de par la standardisation des gestes et faits qui procure une opportunité d'apprendre, améliorant ainsi le savoir, le savoir-être, et le savoir-faire des agents de santé. De même, à divers niveaux de la pyramide sanitaire, des agents Encadreurs/Formateurs et Superviseurs pourraient l'utiliser pour donner des séances de formation continue sur le site et accroître de ce fait les compétences de leurs collaborateurs.

PREMIERE PARTIE

COMPOSANTES COMMUNES A TOUS LES VOLETS

PROTOCOLE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

INTRODUCTION

Au Togo, la planification Familiale (PF) a pour but de donner aux couples et aux individus en âge de procréer, les possibilités de contrôler de façon libre et responsable, la taille de leur famille, l'espacement des naissances de leurs enfants et de lutter contre l'infécondité et l'infertilité afin de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et infantile, au bien-être complet des individus et des familles et à l'adéquation entre la croissance démographique du pays et sa croissance économique.

Toutes les personnes en âge de procréer ont droit aux services de PF et doivent y avoir accès sur la base d'un libre choix individuel et éclairé.

Toutes les méthodes modernes de contraception sont autorisées au Togo dans des conditions précisées dans les normes.

L'avortement n'est pas inclus dans les méthodes de contraception au TOGO.

DESCRIPTION SOMMAIRE DU CONTENU

Le contenu de la planification familiale concerne :

- IEC/CCC en PF (Counseling et Causerie de groupe),
- Offre de service de contraception conforme au plateau technique de la formation sanitaire.

L'aspect prise en charge des cas d'infertilité et d'infécondité des individus et des couples est pris en compte dans les composantes communes aux quatre volets.

FORME DE PRESENTATION DU DOCUMENT

Les informations sont présentées sous forme de :

- Listes de vérification,
- Tableaux,
- Algorithmes.

CONTENU DU DOCUMENT

Le but de ce document est de donner, pour chaque méthode les informations suivantes :

- Counseling,
- Bilan des clients,
- Mécanisme d'action,
- Avantages et inconvénients,
- Précautions à prendre,
- Mode et moment d'administration,
- Instruction pour les clients notamment les effets secondaires et les signes avertisseurs imposant une visite pour une prise en charge.
- Instruction sur la gestion des rumeurs.

CHAPITRE 1 : LA CAUSERIE DE GROUPE EN PF

1- PREPARATION DE LA CAUSERIE

- Identifier le problème prioritaire avec la communauté,
- Identifier les barrières éventuelles à la communication,
- Choisir le sujet en fonction du groupe-cible et des priorités du moment,
- Se documenter sur le sujet,
- Formuler l'objectif de la séance éducative en choisissant des mots simples,
- Faire un résumé succinct du contenu élaboré sur le thème,
- Préparer la traduction des mots clés en langue locale,
- Choisir les supports audio-visuels adaptés au sujet,
- Choisir la méthodologie,
- Préparer le déroulement de la séance,
- Choisir le lieu et disposer les sièges de façon à ce que l'assistance puisse suivre la séance éducative.

2- DEROULEMENT DE LA CAUSERIE

- Installer l'auditoire,
- Souhaiter la bienvenue à l'auditoire,
- Se présenter et présenter les membres de l'équipe,
- Introduire le thème choisi,
- Présenter le plan de déroulement de la causerie,
- Utiliser la méthode participative pour évoquer les problèmes, et trouver des solutions en rapport avec le thème,
- Poser des questions pour évaluer le niveau de connaissance de l'auditoire,
- Développer le thème,
- Compléter les informations et les commenter à l'aide des supports visuels (boîte à images, échantillons),
- Demander à l'auditoire de poser des questions de clarification et y répondre,
- Valoriser les questions et les réponses de l'auditoire et compléter les informations.

3- FIN DE LA CAUSERIE

- Faire l'évaluation de la causerie à partir des objectifs fixés,
- Faire la synthèse du thème traité ou demander à un volontaire de le faire,
- Indiquer les centres de PF de la localité voire du pays,
- Remercier l'auditoire,
- Fixer la date du prochain rendez-vous, le thème,
- Remplir le cahier de séance éducative (date, thème, but, objectifs, nombre de participants),
- Ranger le matériel IEC,

CHAPITRE 2 : LE COUNSELING EN PF

1- PHASES D'UN COUNSELING

1.1- Le counseling initial

Il se fait lors de la réception du (de la) client(e). Pendant cette phase toutes les méthodes contraceptives sont décrites et on aide le (la) client(e) à choisir celle qui est la plus appropriée pour lui

1.2- Le counseling spécifique

Il se fait après le choix de la méthode par le (la) client(e) et après examen du (de la) client(e). Ce sont des (instructions données aux clientes (es) pour l'utilisation de la méthode, ses effets secondaires courants et ses signes avertisseurs.)

1.3- Le counseling de suivi

Il se fait lorsque les clients (es) reviennent pour les consultations de suivi. C'est la (vérification des modalités d'utilisation de la méthode et de la satisfaction du (de la) client (e).

2- LES CLEFS D'UN BON COUNSELING

- Accueillir convenablement le client,
- Comprendre et respecter les droits du client,
- Gagner la confiance du client,
- Comprendre les avantages et les limites de toutes les méthodes contraceptives,
- Comprendre les facteurs culturels, religieux et émotionnels qui influencent le choix du client (ou du couple) quant à l'utilisation d'une méthode particulière de contraception,
- Encourager le (la) client(e) à poser des questions,
- Montrer du respect et de l'amabilité envers le (la) client(e) par son approche sans jugement,
- Ecouter activement les préoccupations du (de la) client(e),
- Présenter l'information sans partie pris dans le respect du sentiment du (de la) client,
- Comprendre l'effet de la communication non verbale,
- Etre disponible pour le (la) client(e),
- Poser des questions claires et précises,
- Donner des réponses claires et pertinentes,
- Respecter la confidentialité,
- Référer en cas de nécessité.

3- DEROULEMENT D'UN COUNSELING INITIAL

3.1- Bienvenue

- Accueillir le (la) client(e),
- Informer le (la) client(e) sur les procédures PF du centre y compris la prise en charge des IST/VIH/sida,
- Lui demander l'objet de la visite.

3.2- Entretien

- Ecouter attentivement le client,
- Poser des questions d'éclaircissement,
- Faire un résumé des renseignements reçus.

3.3- Renseignements

- Evaluer les connaissances du (de la) client(e) en matière de PF,
- Corriger les informations erronées si nécessaire (effets secondaires et rumeurs),
- Fournir des informations sur la gamme des méthodes disponibles,
- Encourager le (la) client(e) à poser des questions,
- S'assurer de la compréhension du (de la) client(e) en lui posant des questions précises et pertinentes.

3.4- Choix/ Décision

- Aider le (la) client(e) à choisir la méthode qui lui convient,
- Rester neutre,
- Discuter des critères d'éligibilité du (de la) client(e),
- S'assurer que le (la) client(e) est bien informé (e),
- Dire au (à la) client et que le choix définitif de la méthode dépendra du résultat de l'examen clinique.

4- DEROULEMENT D'UN COUNSELING SPECIFIQUE

4.1- Explication de la méthode choisie

- Présenter la méthode, son mode d'action, avantages, inconvénients,
- Expliquer l'utilisation de la méthode,
- Expliquer les effets secondaires et signes avertisseurs de la méthode,
- Expliquer la relation entre les IST/VIH/SIDA et la méthode choisie,
- Demander au (à la) client de répéter les informations,
- Corriger les informations si nécessaires,
- Expliquer l'examen clinique qu'on va faire.

4.2- Rendez-vous/ Référence

- Remplir le dossier du client,
- Marquer la date du rendez-vous sur les supports,
- Rassurer le (la) client(e) de la disponibilité des prestataires en cas de besoin,
- Dire au revoir ou référer.

5- DEROULEMENT D'UN COUNSELING DE SUIVI

- Accueillir le (la) client(e),
- Vérifier l'utilisation correcte de la méthode,
- Vérifier le niveau de satisfaction du (de la) client(e),
- S'informer sur d'éventuels problèmes et y apporter des solutions,
- Donner des informations sur les effets secondaires et signes avertisseurs de la méthode utilisée,
- Corriger les informations erronées si nécessaire (effets secondaires et rumeurs),
- Rappeler les liens entre la méthode et les IST/VIH/SIDA,

- Vérifier le niveau de compréhension du (de la) client(e),
- Rassurer le (la) client(e) de la disponibilité des prestataires en cas de besoin,
- Donner le rendez-vous et dire au revoir.

6. Rumeurs relatives àUX METHODES CONTRACEPTIVES

Méthodes	Rumeurs	Gestion
TOUTES LES METHODES	Les méthodes contraceptives rendent stériles	Toutes les méthodes à par la contraception chirurgicale volontaire (CCV) sont réversibles Une fois que la femme arrête la méthode, elle va avoir sa grossesse mais cela peut prendre un peu de temps
	Les produits contraceptifs donnent le cancer	Certaines femmes n'ayant jamais utilisé de produits contraceptifs ont développé le cancer Certains produits comme la pilule protègent même contre le cancer
	Utilisation des méthodes contraceptives en général donne des maladies	Il est vrai que les méthodes contraceptives ont quelques effets secondaires. Mais elles ne sont pas à la base des autres affections comme le paludisme et autres maladies
DIU	Le stérilet est un abortif	le DIU actuel fait à base de cuivre dénature les spermatozoïdes qui ne peuvent pas féconder les ovules. Donc impossible d'avoir une grossesse sous DIU.
	<ul style="list-style-type: none"> Le stérilet se promène dans le corps 	Avec la constitution de l'utérus, il est difficile que le DIU puisse sortir et se promener dans tout le corps. La forme et la taille du DIU, ne le permettent pas de se promener dans le corps
	<ul style="list-style-type: none"> Le DIU pique le pénis de l'homme 	En général, les fils du DIU sont dans le vagin de la femme. Si l'homme sent les fils au cours du rapport sexuel, la femme doit revenir au centre pour vérification et ajustement des fils.
PILULE	<ul style="list-style-type: none"> La pilule engendre la naissance des enfants mal formés 	Il est impossible que la pilule entraîne des malformations. La pilule bloque l'ovulation donc une femme sous pilule ne peut pas concevoir. Même si une femme enceinte utilise la pilule il n'y a aucun effet sur les enfants
DEPO-PROVERA	Après utilisation de dépoprovera on devient stérile	Le dépoprovera est une méthode contraceptive puissante. Son élimination est lente dans l'organisme de certaines femmes. Donc à l'arrêt du produit, la femme peut mettre du temps pour concevoir. Certaines femmes âgées peuvent après utilisation de dépoprovera rentrée dans la ménopause.

NB: La liste des rumeurs n'est pas exhaustive. Les formateurs et leurs participants peuvent identifier d'autres rumeurs et rechercher les solutions possibles

CHAPITRE 3 : LA CONSULTATION EN PF

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

1- CONSULTATION INITIALE

- Accueillir le client,
- Donner les informations sur les méthodes /services offerts,
- Mener l'interrogatoire,
- Faire l'examen physique général,
- Faire l'examen gynécologique/ pelvien,
- Procéder à la prise de décision,
- Administrer la méthode,
- Programmer les visites de suivi.

1.1- Accueillir le (la) client (e)

- Souhaiter la bienvenue et mettre le (la) client (e) à l'aise,
- Offrir un siège,
- Saluer selon la coutume,
- Rassurer sur la confidentialité,
- Demander le motif de la visite,
- Expliquer les procédures PF du centre en :
- Enumérer les services offerts dans le centre,
- Expliquer la disponibilité et l'accessibilité des services,
- Expliquer la prise en charge d'un client en matière de PF y compris la prise en charge des IST/VIH/SIDA,
- Expliquer le déroulement de la consultation en fonction du service sollicité,
- Evaluer les besoins du client
- Identifier le service sollicité :
 - Contraception ?
 - IST/VIH/sida ?
 - Infécondité ?
 - Soins du post partum ?
 - Soins du post abortum ?

1.2- Mener l'interrogatoire

- Recueillir les renseignements généraux et socio-culturels
- Faire l'anamnèse :
- Antécédents familiaux utiles pour la prise de décision (diabète, HTA, cancers génitaux.....)
- Antécédents personnels :
 - Obstétricaux (gestité, parité, nombre d'enfants vivants, FCS,
 - Gynécologiques (DDR, fibrome, kyste ovarien, tumeur col et sein, IVG.....)
 - Médicaux et chirurgicaux (HTA, diabète, épilepsie, troubles psychiatriques, asthme, IST/VIH/SIDA.....)
 - Contraception antérieure

- Facteurs influençant la contraception :

- Tabagisme
- Obésité
- Prise médicamenteuse
- Donner les renseignements sur les méthodes et services offerts
- Présenter les ressources disponibles en fonction du service sollicité
- Contraception :
 - Présenter les méthodes disponibles y compris les avantages et les limites pour un choix informé.
- IST/VIH/SIDA :
 - Présenter les moyens diagnostiques et thérapeutiques disponibles
- Soins post-abortum/post-partum
 - Présenter les moyens thérapeutiques et préventifs (recrutement pour la PF)
 - Référer ou prendre en charge

1.3- Faire l'examen physique général

- Prendre les constantes (TA, pouls, poids, taille),
- Examiner les cheveux : vérifier s'il n'y a pas d'alopécie,
- Examiner les conjonctives (anémie, ictère), recenser une exophtalmie,
- Examiner la glande thyroïde,
- Examiner les seins : recherche d'une tumeur ou galactorrhée (voir fiche technique),
- Examiner le cœur (recherche de souffles, autres bruits anormaux),
- Palper l'abdomen (foie augmenté de volume, ou sensibilité pelvienne),
- Palper la région inguinale à la recherche d'une hypertrophie ou de douleurs,
- Examiner les membres inférieurs (douleurs, hypertrophie, oedèmes dus à une phlébite ou à une varice).

1.4- Faire l'examen gynécologique/ pelvien

1.4.1- Vérification de l'absence de grossesse chez la cliente

Une cliente n'est pas enceinte si elle est dans l'une des situations suivantes :

- Elle n'a pas eu de rapport sexuel depuis sa dernière menstruation,
- Elle a utilisé correctement et régulièrement une méthode contraceptive fiable,
- Elle se trouve dans les 7 premiers jours après le début de sa menstruation,
- Elle se trouve dans les 4 semaines post – partum (pour les femmes qui n'allaitent pas),
- Elle se trouve dans les 7 premiers jours après un avortement,
- Elle allaite exclusivement et est à 6 mois ou moins de 6 mois du post-partum et n'a pas eu son retour de couche.

NB : En cas de doute de l'absence de grossesse, compléter par un examen gynécologique normal, les tests de grossesse ne sont pas nécessaires sauf lorsqu'il est difficile de confirmer une grossesse (obésité, début d'aménorrhée, utérus retro-versé)

1.4.2- Procédure pour un examen gynécologique

- Expliquer à la cliente la procédure de l'examen gynécologique
- Respecter les conditions d'un bon examen gynécologique :
 - Vessie et rectum vides
 - Matériel rassemblé
 - Bon éclairage

- Lavage des mains et port de gants propres
- Femme en position gynécologique
- Nettoyage des organes génitaux au besoin
- Cliente détendue

1.4.2- Examen gynécologique proprement dit

Il faut rassurer la femme et lui demander de se déshabiller complètement. Ensuite il faut :

- Examiner les seins (inspecter les seins : symétrie, coloration, déformation, palper les seins cadran par cadran, presser les mamelons, faire l'examen des régions axillaires et sus claviculaires),
- Apprendre à la femme à faire l'auto palpation des seins (debout les bras levés devant la glace, assise ou couchée),
- Examiner les organes génitaux externes à la recherche de lésions (de grattage, leucorrhée, tuméfaction.....),
- Faire un examen au spéculum pour détecter les signes d'inflammation, d'écoulement ou de lésions cervico-vaginales (cervicite, vaginite, ulcération, condylomes.....) faire l'IVA et l'IVL : si positif référer,
- Faire un TV bimanuel pour apprécier l'état du col, des annexes et de l'utérus (son volume, sa consistance, mobilité, position, toujours éliminer une grossesse),
- Informer la cliente des résultats de l'examen,
- S'assurer si la période est favorable (cliente non en grossesse),
- Lui demander de se lever et de s'habiller (sauf en cas de DIU),
- Demander des examens complémentaires au besoin,
- Proposer le dépistage du VIH/SIDA,
- Noter les résultats de l'examen dans le carnet et le dossier.

1.5- Faire l'examen des organes génitaux chez l'homme

- Demander au client de se déshabiller
- Inspecter les organes génitaux à la recherche d'anomalies de la pilosité, d'ulcération, d'écoulement urétral, tuméfaction des bourses.....),
- Mettre des gants propres
- Palper les testicules à la recherche d'anomalies au niveau de l'épididyme,
- Masser l'urètre pour extérioriser une sécrétion anormale,
- Toucher rectal à la recherche d'une inflammation ou d'une tumeur de la prostate (si nécessaire).

1.6- Procéder à la prise de décision

- Expliquer les résultats de l'interrogatoire/ l'anamnèse, de l'examen physique et de l'examen gynécologique à la cliente tout en incluant les critères médicaux d'éligibilité et aider le (la) client(e) à faire le choix final éclairé sans oublier la double protection.

CHAPITRE 4 : LES CRITERES D'ELIGIBILITE AUX METHODES CONTRACEPTIVES DE L'OMS

1- INTRODUCTION

Pour améliorer la qualité et l'accessibilité aux services de PF, les groupes d'études scientifiques de l'OMS ont défini de nouveaux critères d'éligibilité pour les clientes désirant commencer et/ou continuer diverses méthodes contraceptives. Deux classifications ont été retenues à savoir:

- Classification des conditions médicales déterminant l'éligibilité pour une contraception réversible,
- Classification des conditions médicales déterminant l'éligibilité pour une stérilisation masculine et féminine volontaire.

Ces classifications ont été faites en comparant les risques et les avantages des différentes méthodes contraceptives pour les clients.

2- CLASSIFICATION DES CONDITIONS MEDICALES DETERMINANT L'ELIGIBILITE POUR UNE CONTRACEPTION REVERSIBLE

- Catégorie 1 : Aucune restriction à l'utilisation de la méthode
- Catégorie 2 : Les avantages à l'utilisation de la méthode dépassent dans l'ensemble les risques établis ou théoriques
- Catégorie 3 : Les risques théoriques ou établis dépassent dans l'ensemble les avantages
- Catégorie 4 : Risque médical inadmissible : ne pas utiliser la méthode

3- CLASSIFICATION DES CONDITIONS MEDICALES DETERMINANT L'ELIGIBILITE POUR UNE STERILISATION VOLONTAIRE

Accepter : aucune raison médicale de refus de la stérilisation volontaire à une personne ayant cette condition.

Prudence : La procédure est normalement effectuée dans un cadre courant mais elle requiert des précautions et des préparations supplémentaires.

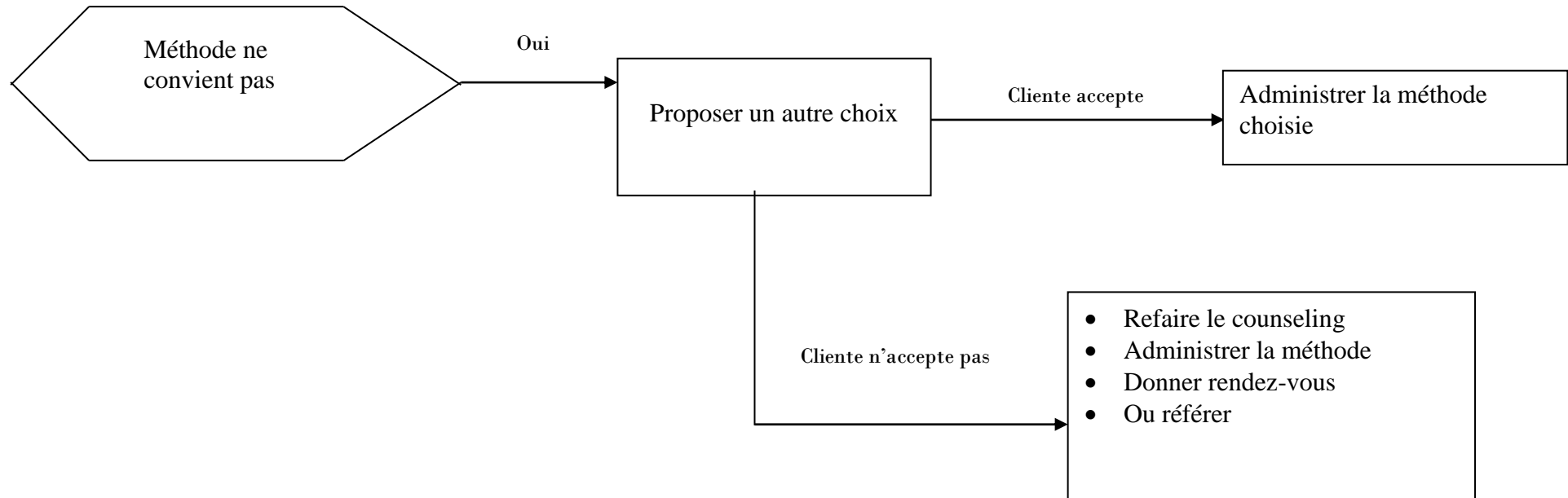
Différer : La procédure devrait être différée jusqu'à ce que la condition soit évaluée et/ou corrigée. D'autres méthodes devraient être fournies temporairement.

Spécial : La procédure devrait être effectuée dans un cadre pourvu de chirurgiens et d'un personnel qualifié, d'équipements permettant de réaliser une anesthésie générale, ainsi que d'une équipe médicale performante. D'autres méthodes de contraception devraient être utilisées temporairement.

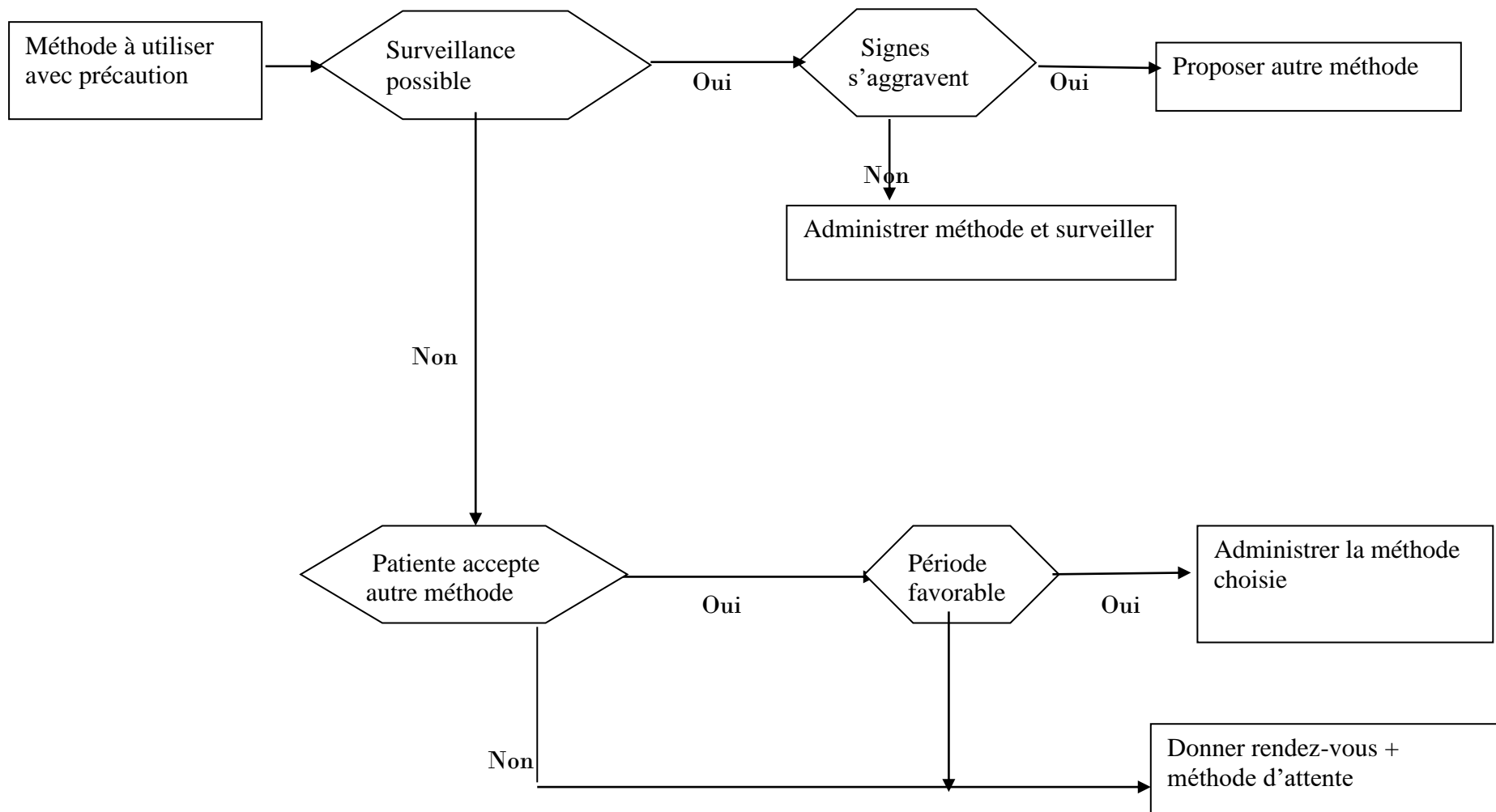
L'utilisation de ces critères dans les normes se fait de la façon suivante :

- Convient à (classe 1 et 2)
- A utiliser avec précaution (classe 3)
- Ne convient pas à (classe 4)

ALGORITHME 1 : LA METHODE NE CONVIENT PAS (CLASSE 4)



ALGORITHME 2 : LA METHODE PEUT ETRE UTILISEE AVEC PRECAUTION (CLASSE 3)



4- ADMINISTRER LA METHODE

- Respecter les règles de la technique d'administration
- Donner des conseils utiles en rapport avec la méthode choisie en y associant le préservatif
- S'assurer de la compréhension de la cliente

5- PROGRAMMER LES VISITES DE SUIVI

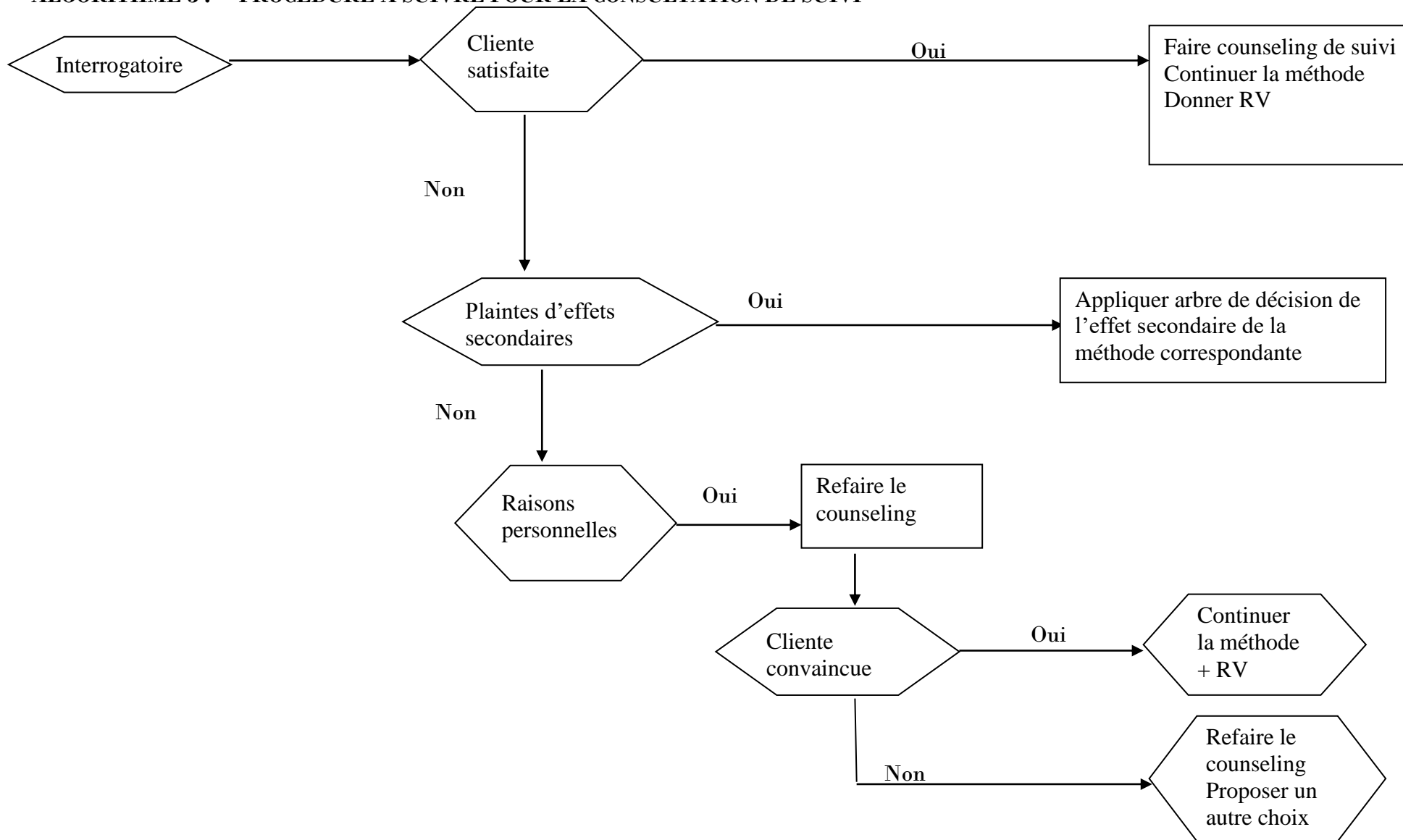
- Etablir les visites ordinaires selon la méthode choisie,
- Demander à la cliente de venir à la clinique devant :
 - La survenue d'un problème
 - Le désir de grossesse ou de changement de méthode
 - Le désir d'information complémentaire
 - La survenue des signes avertisseurs
- Noter la date du RV dans le carnet de la cliente et sur sa fiche de consultation et le lui dire
- Raccompagner le (la) client (e),
- Remercier la cliente et lui dire «au revoir».

6- CONSULTATION DE SUIVI : PROCEDURES

A la consultation de suivi les étapes ci-dessus doivent être respectées :

- Accueillir la cliente,
- Mener l'interrogatoire,
- Faire le counseling de suivi,
- Examiner la cliente selon la plainte,
- Appliquer les procédures suivantes. :

ALGORITHME 3 : PROCEDURE A SUIVRE POUR LA CONSULTATION DE SUIVI



CHAPITRE 5 : LES CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINES (COC)

1- PRESENTER LES C.O.C

- Communiquer en utilisant un langage clair, simple et adapté
- Faire toucher un échantillon de COC
- Expliquer les COC à la cliente :
 - o Ex : Les COC sont des pilules contenant une association de 2 hormones qui sont les mêmes que celles déjà présentes dans notre corps (Œstrogènes, progestatifs)
- COC empêchent la grossesse en :
 - o Bloquant l'ovulation
 - o Rendant la glaire cervicale imperméable aux spermatozoïdes
 - o Modifiant l'endomètre
 - o Diminuant le transport des spermatozoïdes dans le tractus génital supérieur (trompes de fallopes)
- Son efficacité est de 98 à 99%, si la prise est correcte
- Prise des COC doit être quotidienne

2. DECRIRE LES AVANTAGES ET LES LIMITES DES COC

- Encourager la cliente à faire part de ses appréhensions ou des rumeurs sur les COC,
- Etre à l'écoute de la cliente pour répondre à toutes ses questions.

2.1 DONNER LES AVANTAGES DES COC

2.1.1- Sur le plan contraceptif

- Taux d'efficacité élevé si utilisé d'une manière quotidienne,
- N'interfère pas avec les rapports sexuels,
- Méthode réversible,
- Emploi peut être arrêté facilement.

2.1.2- Sur le plan santé

- Diminution des douleurs menstruelles et du flux menstruel,
- Régulation du saignement menstruel,
- Effet protecteur contre l'anémie, les cancers des ovaires et de l'endomètre, et contre le développement des kystes ovariens,
- Protection contre les maladies inflammatoires du pelvis et la GEU.

2.1.3- DONNER LES LIMITES COC

- Prise quotidienne,
- Possibilité d'effets secondaires suivants :
 - Migraine
 - Prise pondérale
 - Tension mammaire
 - Spotting (dans les 3 premiers mois de prise)
 - Nausée

- Vertiges
- Aménorrhée
- Aménorrhée après arrêt
- Elévation de la tension artérielle

3- OU PEUT-ON LES FOURNIR ?

- Niveau communautaire (réapprovisionnement)
- USP/CMS, cabinet privé, centre des jeunes,
- ONG
- HD
- CHR
- CHU
- Pharmacie (réapprovisionnement)

4- DETERMINER LES CRITERES MEDICAUX D'ELIGIBILITE

- Identifier les conditions d'utilisation des COC à l'interrogatoire suivant la fiche de consultation et conduire l'examen clinique de la cliente.
- Appliquer la conduite à tenir ci-dessous indiquée : (si la réponse de la cliente est « Oui » passer aux questions suivantes du prestataire).

Éléments à rechercher	Non	Oui	Diagnostic probable et conduite à tenir
A l'interrogatoire			
1- Existence de douleurs à la poitrine ?		Oui	Ces symptômes évoquent une cardiopathie (Classe 4)
- Existence d'une fatigue à l'effort ?		Oui	- Revoir l'examen clinique
- Existence d'une maladie cardiaque ?		Oui	- Aider la cliente à choisir une méthode non hormonale - Référer le cas échéant
2- Existence d'un saignement inter menstruel ? ou post-coïtal ? Ou		Oui	- Ces méthodes peuvent évoquer un problème gynécologique important (Classe 4) - Déterminer si possible la cause de ces saignements et traiter éventuellement avant de prescrire les COC - Ou référer
- Existence d'une hyperménorrhée pendant les 3 derniers mois ?		Oui	- Déterminer si possible la cause de ces saignements et traiter éventuellement avant de prescrire les COC - Ou référer
3- Existence d'une aménorrhée de plus de 4 semaines ? Avec		Oui	- Confirmer la grossesse (examen pelvien et/ou test de grossesse) - Référer à la consultation prénatale - Ne pas donner de COC - Donner une méthode de barrière, dans le doute (Classe 4)
- Présomption d'une grossesse ?		Oui	- Donner des COC à cause de leur efficacité contre les MIP - Conseiller aussi l'utilisation des condoms (Classe 1)
4- Existence d'antécédent d'infection pelvienne sévère (fièvre, douleurs abdomino-pelviennes, leucorrhées) ? Ou Existence de partenaires multiples ?		Oui	- Donner des COC à cause de leur efficacité contre les MIP - Conseiller aussi l'utilisation des condoms (Classe 1)
5- Existence d'une TA supérieure à 18/11 ou une TA diastolique (minima) supérieure à 11 ?		Oui	- HTA maladie - Ne pas donner de COC si ces signes persistent à 3 contrôles successifs - Aider la cliente à choisir une méthode non hormonale (Classe 4)

ATCD de maladies cardiaques ischémiques ou évolutives		Oui	(Classe 4) - Ne pas donner de COC
ATCD d'AVC		Oui	- Ne pas donner de COC (Classe 4)
Migraine + symptômes neurologiques		Oui	- Ne pas donner de COC (Classe 4)
ATCD de cholestase liée à l'usage des COC		Oui	- Ne pas donner de COC (Classe 4)
Femme allaitement post-partum < 6 mois		Oui	- A ne pas donner (Classe 3)
Femme allaitement post-partum > 6 mois		Oui	(Classe 1) - Sans restriction
Allaitement moins de 6 semaines		Oui	- Ne pas donner de COC (Classe 4)
Diabète compliqué		Oui	- Ne pas donner de COC (Classe 4)
A l'examen clinique			
6- Existence d'un pouls irrégulier ou accéléré supérieur à 100 ? - Existence d'une pâleur des conjonctives ? - Existence d'œdème aux membres inférieurs - Ou de tuméfactions chaudes et douloureuses		Oui	Ces signes évoquent une cardiopathie grave ou des troubles cardio-vasculaires : - Référer à un médecin - Aider à choisir une méthode non hormonale (Classe 4)
- 7- Existence d'un ictère ? Avec - Une hépatomégalie ? - Un foie douloureux ?		Oui	Ces signes évoquent une hépatite évolutive : - Référer à un médecin - Aider à faire un choix d'une méthode non hormonale (Classe 4)
8- Existence de(s) nodules(s) suspects au sein		Oui	- Référer à un médecin - Aider à choisir une méthode non hormonale (Classe 4)
9- Existence d'un utérus ramolli, augmenté de volume avec aménorrhée ou autres troubles du cycle ? - Existence d'une masse annexielle douloureuse et troubles du cycle		Oui	- Ces signes évoquent une grossesse ou un problème gynécologique - Ne pas donner de COC - Faire un test de grossesse et/ou échographie (Classe 4) - Référer à un médecin (Classe 4)
10- Existence d'une sensibilité de l'utérus ou des annexes avec pertes cervicales ou ulcération cervicale ? - Existence de pertes génitales avec ou sans adénopathies		Oui	Ceci évoque une IST - Traiter selon les protocoles de IST indiqué - Donner des COC - Conseiller l'utilisation des condoms (Classe 1)

5- PRESCRIPTION DE LA METHODE

- Montrer un échantillon de la pilule choisie pendant l'explication,
- Utiliser un langage clair, simple et précis,
- Tenir compte du nombre de comprimés de la plaquette,
- Pour les plaquettes à 21 comprimés, Ces comprimés sont des comprimés « actifs » : la cliente observe un arrêt de 7 jours entre 2 plaquettes,
- Pour les plaquettes à 28 comprimés, Il y a 21 comprimés « actifs » et 7 comprimés « inactifs » qui peuvent être soit du fer, soit des vitamines ou des placebos. Dans ce cas la

prise est continue et les 7 comprimés «inactifs» seront pris après les 21 comprimés «actifs» :

- Commencer si possible par un COC faiblement dosé (30 à 35 mcg d'oestrogène)
- Expliquer à la cliente le mode d'emploi :
 - Commencer la prise du 1^{er} comprimé, le 1^{er} jour des règles.
 - Prendre un comprimé chaque jour en suivant le sens de la flèche ou des jours
 - Prendre le comprimé à la même heure, le soir au coucher de préférence.
 - Prendre le comprimé même en l'absence du mari ou en l'absence de relation sexuelle

6. CAS PARTICULIERS

6.1- Démarrage de l'utilisation de la pilule

- La femme commence la prise du COC entre le 2eme et le 5eme jour des règles, en plus des COC : donner une méthode de barrière pendant les 7 premiers jours.
- La femme est en aménorrhée du post-partum
 - Après 6 mois si la cliente utilise la MAMA,
 - Après 6 semaines si la cliente n'utilise pas la MAMA,
 - Après 3 semaines si la cliente n'allaite pas,
 - S'assurer qu'elle n'est pas enceinte (examen clinique ou test de grossesse en cas de difficulté,
 - Commencer les COC un jour arbitraire,
 - Donner en plus une méthode de barrière pendant les 7 premiers jours de prise,
 - Déconseiller la poursuite de l'allaitement maternel,

6.2- Gestion des cas d'oubli

- Oubli d'un comprimé :
 - Prendre le comprimé oublié dès que la cliente se rappelle,
 - Prendre le comprimé suivant à l'heure habituelle prévue.
- De deux comprimés ou plus :
 - Continuer la prise dès que l'on se rappelle par 1 comprimé par jour et utiliser une méthode de barrière pendant les 7 premiers jours consécutifs de prise de comprimés actifs.
- **Oubli à répétition** : Si l'oubli se répète sur 2 à 3 cycles : aider la cliente à faire le choix d'une autre méthode.

6.3- Cas de vomissement ou de diarrhée

En cas de vomissement ou de diarrhée dans les 30 mn qui suivent la prise du comprimé prendre un autre comprimé ou utiliser une méthode de barrière dans les 48 heures, continuer la prise régulière des COC

7. SIGNES AVERTISSEURS

- Douleurs à la poitrine avec ou sans essoufflement,
- Maux de tête prolongés,
- Douleurs intenses aux jambes,
- Troubles visuels,
- Douleurs abdominales sévères.

8. PROGRAMMER LES VISITES DE SUIVI

8.1- Visite initiale (1^{ère} consultation) :

- Donner 3 plaquettes de pilule
- Donner un rendez-vous de 2 mois

8.2- Lors des autres visites suivantes :

- Si la cliente n'est pas satisfaite : se référer à l'étape de «prise en charge des effets secondaires»
- Si la cliente est satisfaite :
 - o Donner un approvisionnement de 6 mois
 - o Donner un rendez-vous tous les 6 mois

8.3- Lors des visites programmées :

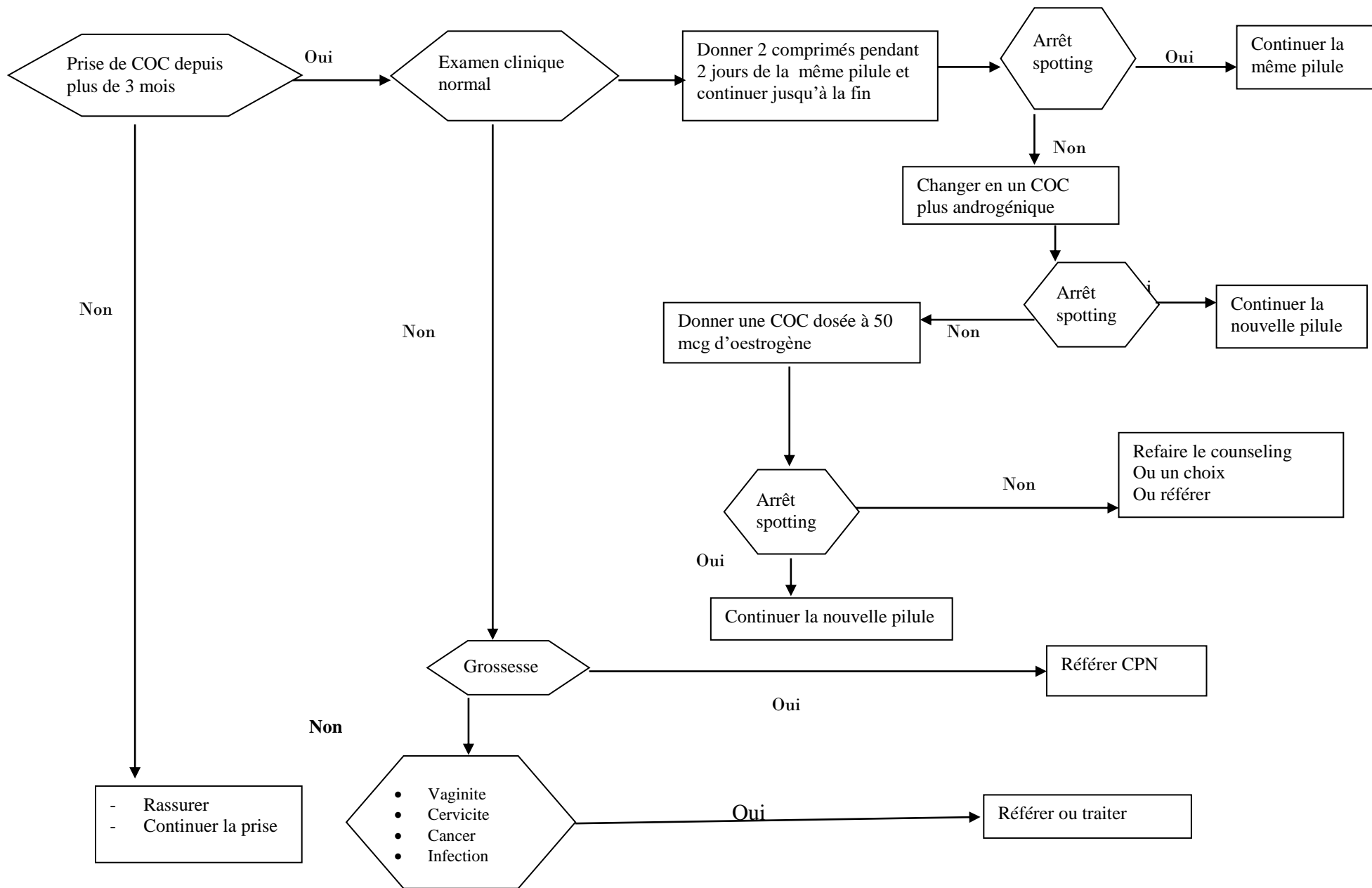
- Préciser à chaque visite, à la cliente de revenir à la clinique à tout moment en cas de besoin et plus spécifiquement devant la survenue des signes avertisseurs

9. ETABLIR LA PROCEDURE POUR LA VISITE DE SUIVI

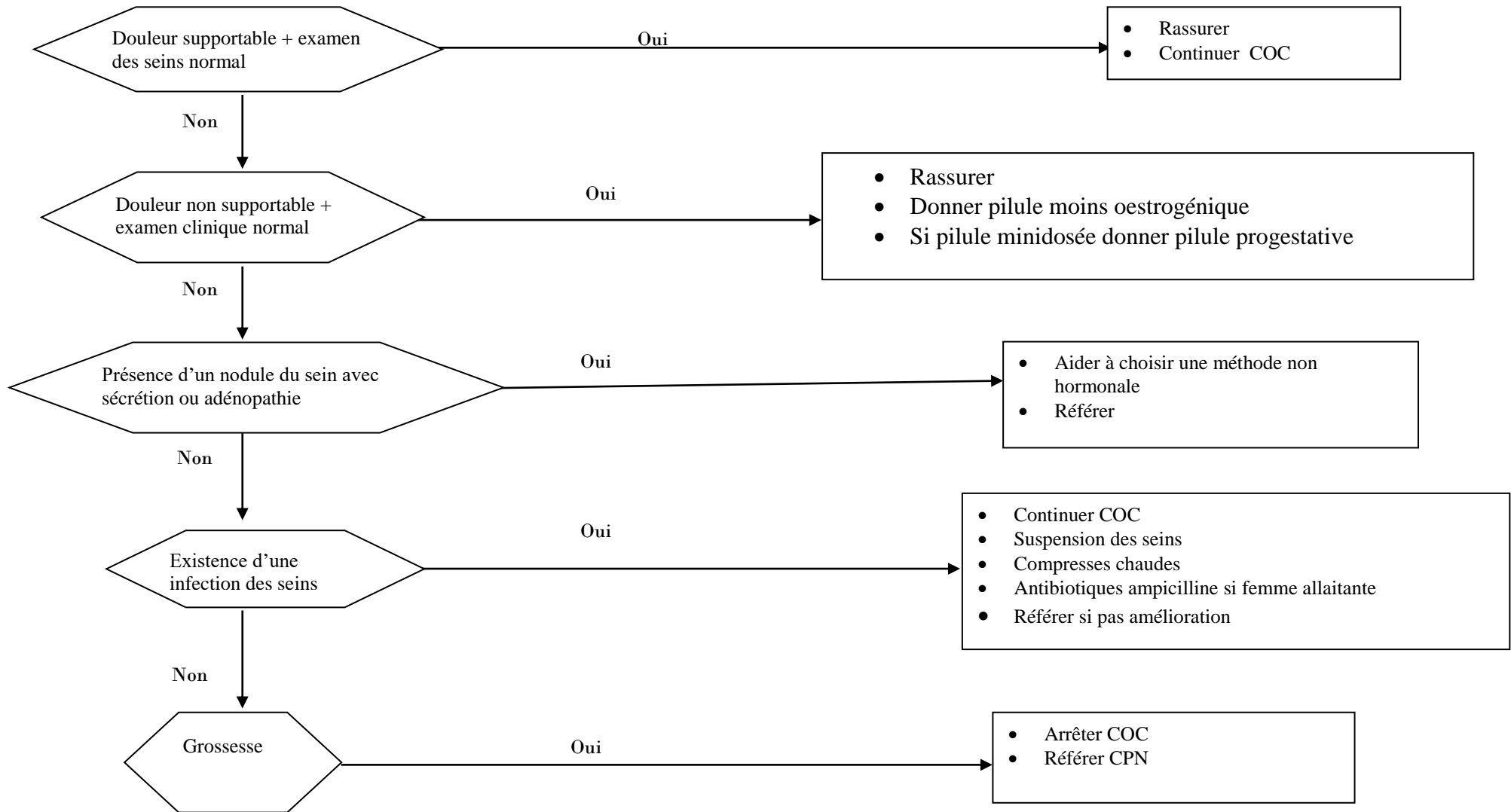
- Procéder à l'interrogatoire,
- Faire le counseling de suivi :
 - o Vérifier la prise correcte des COC
 - o Vérifier le degré de satisfaction de la cliente
- Faire un examen clinique si nécessaire,
- Appliquer les «arbres de décision» ci-dessous si effets secondaires :
 - o Spotting sous COC
 - o Tension mammaire sous COC
 - o Migraine sous COC
 - o HTA sous COC
 - o Aménorrhée après arrêt des COC
 - o Autres effets secondaires sous COC
 - o Noter sa date de rendez-vous dans son carnet et le lui dire,
 - o S'assurer que la cliente a compris les signes devant lesquels elle doit consulter le centre,
 - o S'assurer qu'elle n'a plus de questions,
 - o Remercier et dire «Au revoir» à la cliente,

10. PRISE EN CHARGE DES EFFETS SECONDAIRES DES COC

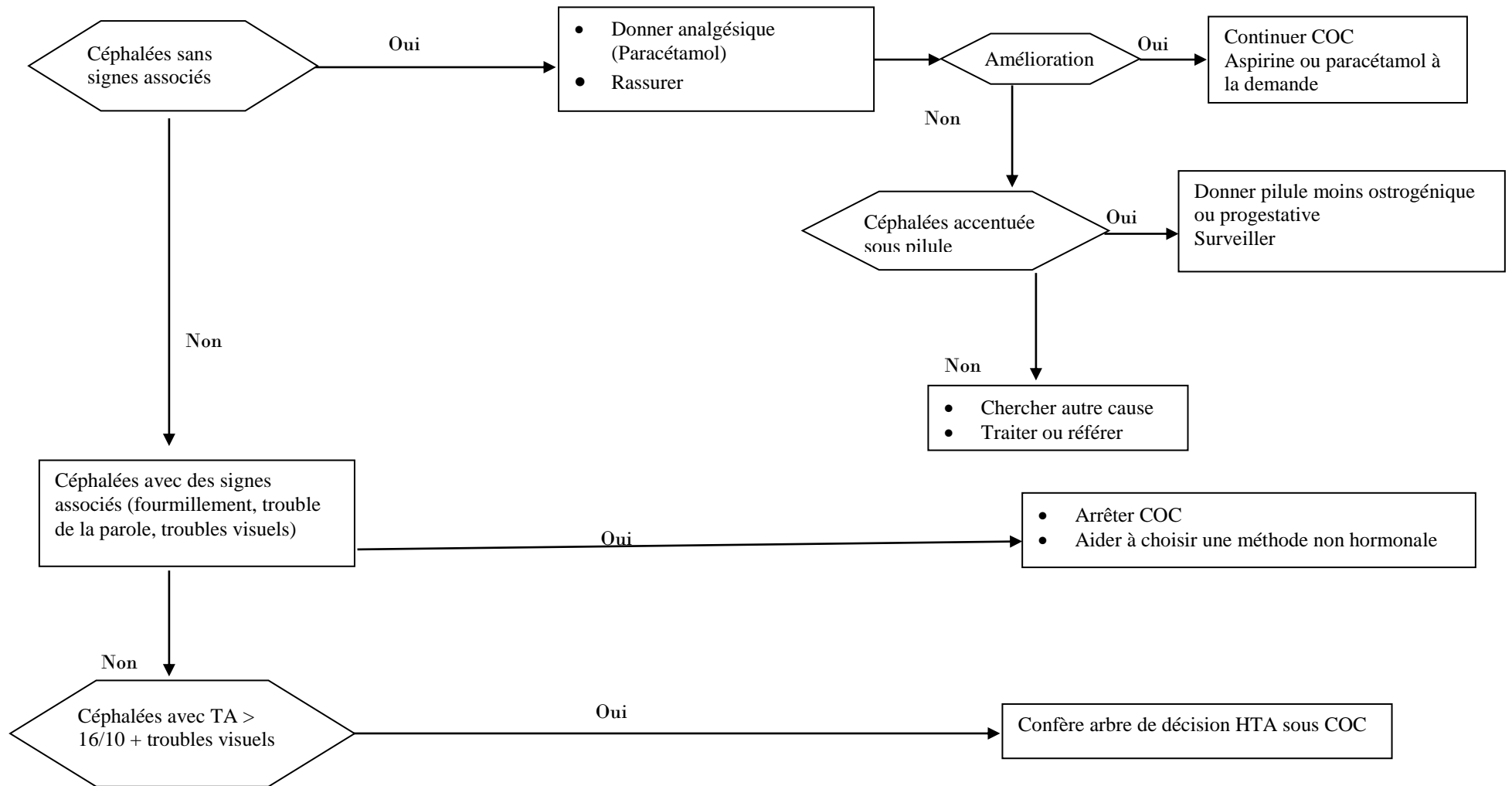
ALGORITHME 4 : SPOTTING SOUS COC



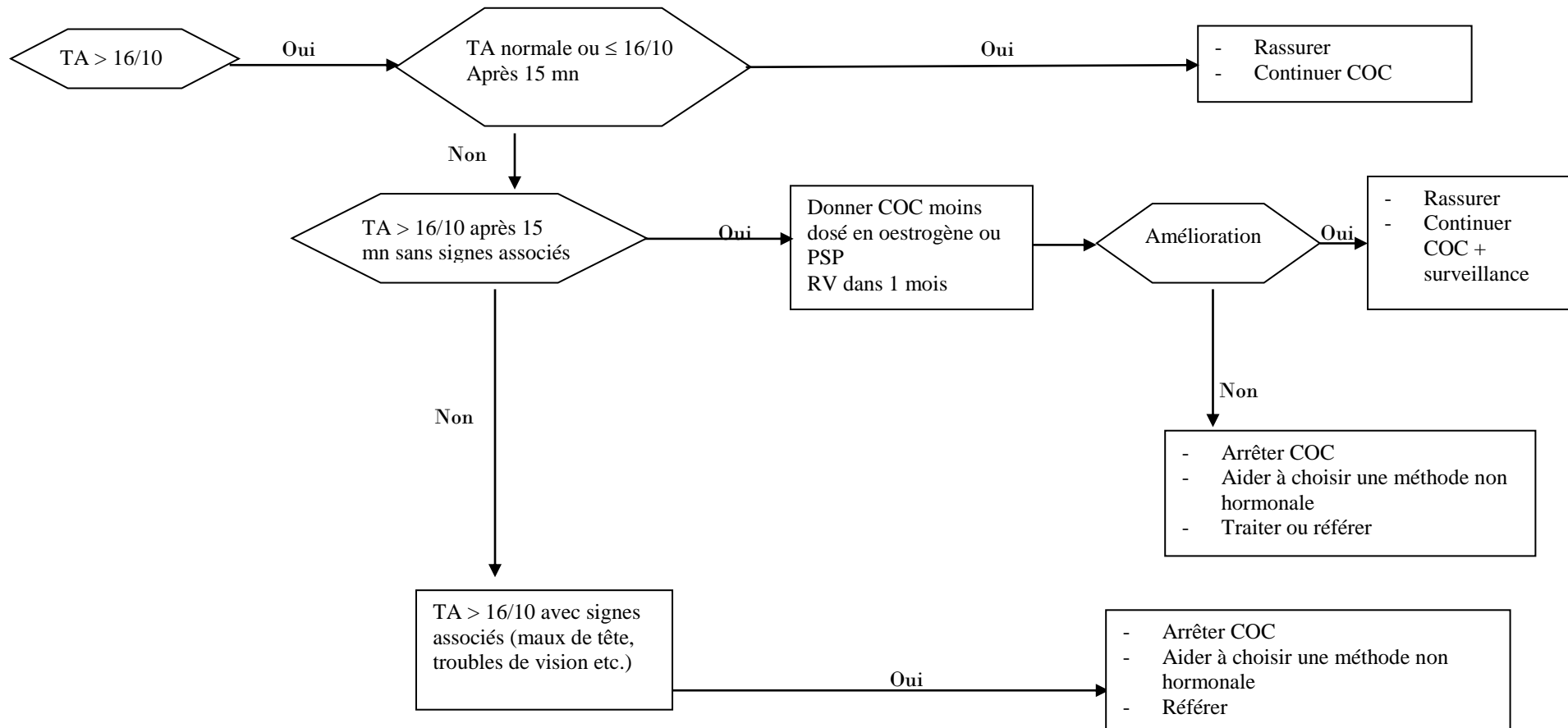
ALGORITHME 5 : TENSION MAMMAIRE SOUS COC



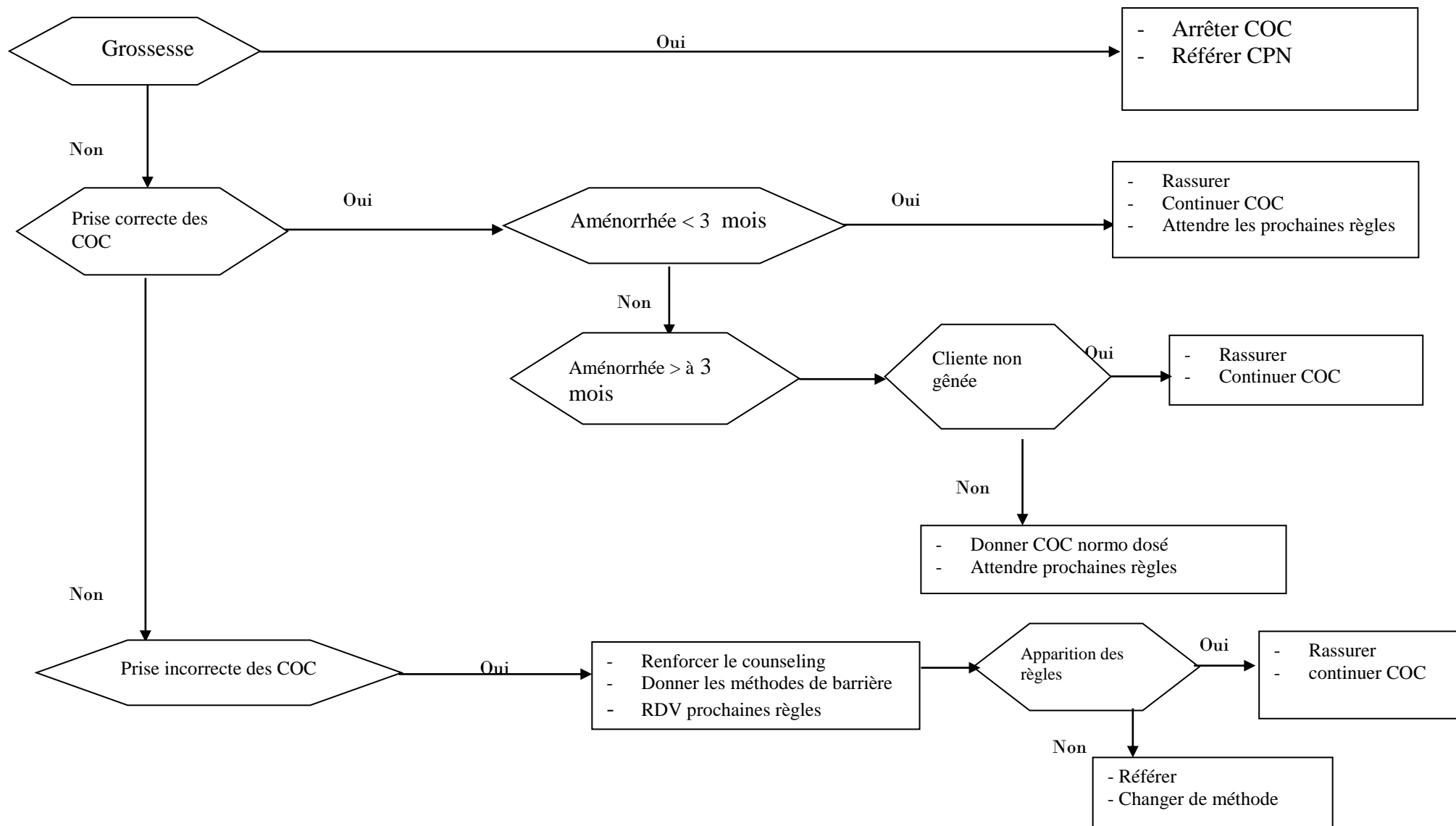
ALGORITHME 6 : CEPHALEES SOUS COC



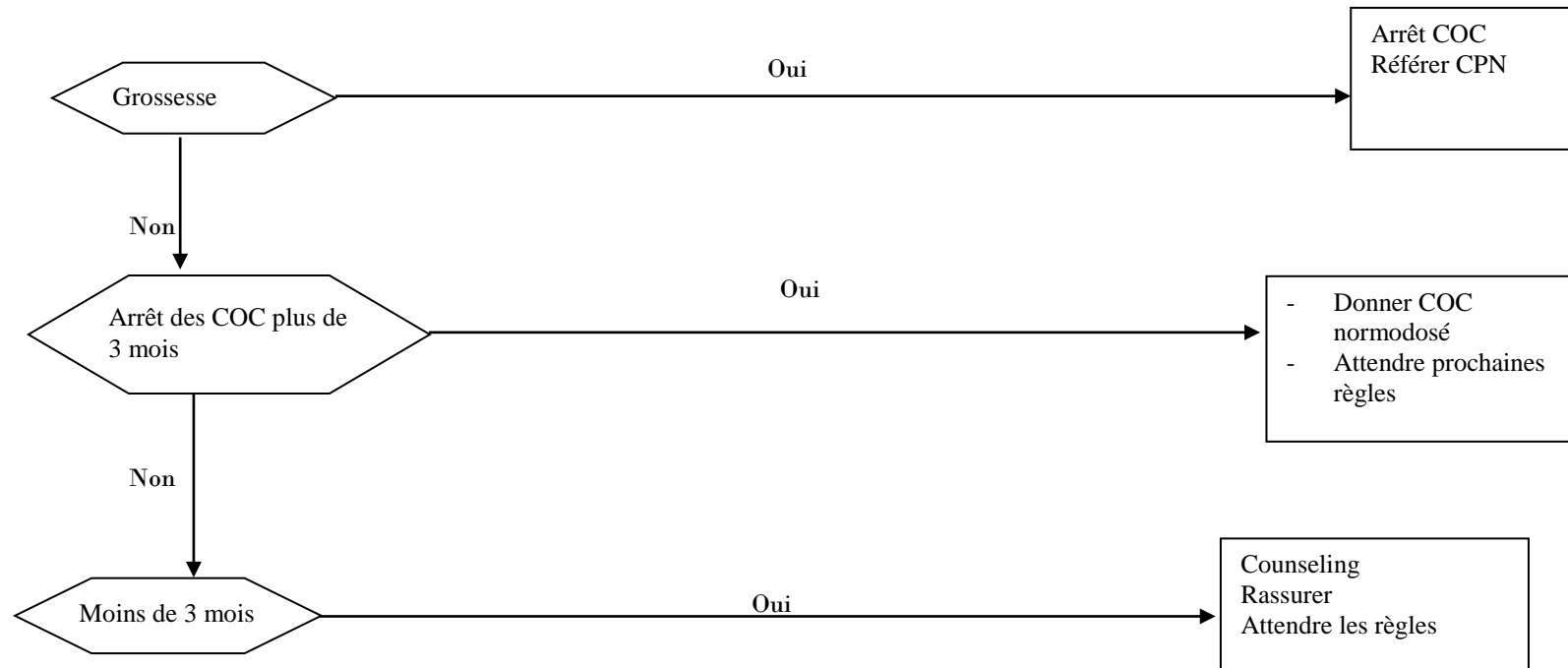
ALGORITHME 7 : HTA sous COC



ALGORITHME 8 : AMENORRHEE SOUS COC



ALGORITHME 9 : AMENORRHEE APRES ARRET DES COC



11- PRISE EN CHARGE DES AUTRES EFFETS SECONDAIRES DES COC

EFFETS SECONDAIRES	CONDUITE A TENIR
1- Prise de poids (2 kg/mois)	<ul style="list-style-type: none"> . Si survient dans les 3 premiers mois : rassurer . Si survient après 3 premiers mois : <ul style="list-style-type: none"> - Si pas augmentation de l'appétit : donner pilule moins dosée en oestrogène - Si augmentation de l'appétit : conseils de régime + RVD dans 1 mois - > Si pas d'amélioration donner une autre méthode
2- Nausée	<ul style="list-style-type: none"> . Si nausée dans les 3 premiers mois : rassurer . Si nausée après trois mois : <ul style="list-style-type: none"> - Si pilule prise à jeun -> counseling - Si grossesse -> - Arrêter pilule et consultation prénatale + counseling - Si pas de grossesse éliminer une autre cause : (trouble digestif – parasitose) et traiter - Si cause non retrouvée : donner pilule moins dosée en oestrogène ou aider à faire le choix d'une autre méthode
3- Acné	<p>Conseiller les soins de visage avec des produits antisécrétoires à usage local</p> <p>Si pas d'amélioration donner un COC à progestérone moins androgénique comme le Norethistérone ou norethindrone ou aider à faire le choix d'une autre méthode</p>
4- Ballonnement abdominal	<ul style="list-style-type: none"> . Si grossesse : Arrêter pilule + consultation prénatale + Counseling . Si pas grossesse : chercher la cause et traiter . Si cause non retrouvée : Conseil de régime et aider à faire le choix d'une autre méthode ou référer
5- Baisse de la libido	<ul style="list-style-type: none"> . Rechercher autre cause. Faire counseling . Si autre cause non retrouvée : donner une pilule plus oestrogénique ou aider à faire le choix d'une autre méthode non hormonale.

CHAPITRE 6 : LES CONTRACEPTIFS ORAUX PROGESTATIFS (COP) OU LES PILULES A SEUL PROGESTATIF (PSP)

1- PRESENTATION DES COP

- Communiquer avec la cliente en utilisant un langage clair, simple et adapté.
- Faire toucher un échantillon de COP
- Expliquer les COP à la cliente :

EX : Les COP sont les pilules qui contiennent une hormone analogue à celle circulant dans notre corps.

- COP empêche la grossesse :
 - o En rendant la glaire cervicale imperméable aux spermatozoïdes
 - o En bloquant l'ovulation
 - o En modifiant l'endomètre
 - o Diminuant le transport des spermatozoïdes dans le tractus génital supérieur (trompes de fallopes)
- COP sont efficaces à 90 – 98 % (moins que les COC) si la prise est correcte.
- Prise des COP se fait de façon continue et tous les jours (sans arrêt)

2- AVANTAGES DE COP

2.1- Sur le plan contraceptif

- Efficace immédiatement si commencé le premier jour du cycle menstruel,
- Très efficace si la PSP est prise à la même heure chaque jour,
- Retour à la fécondité dès l'arrêt,
- N'interfère pas avec les rapports sexuels,
- N'affecte pas l'allaitement,
- Pas d'effets liés aux oestrogènes.

2.2- Sur le plan de la santé

- Peut diminuer les crampes mensuelles,
- Peut diminuer les saignements menstruels,
- Peut améliorer l'anémie,
- Protection contre le cancer d'endomètre et des ovaires,
- Diminution des maladies bénignes du sein,
- Protection contre certaines causes des MIP.

3 - LIMITES DES COP

- Utilisation quotidienne et continue contraignante,
- Risque d'oubli,
- Ne protège pas contre les IST/VIH/SIDA,
- Possibilité d'effets secondaires suivants :
 - Spotting
 - Saignements
 - Aménorrhée
 - Prise ou perte de poids

4 - SIGNES AVERTISSEURS

- Céphalées intenses,
- Douleurs vives au bas ventre,
- Trouble de la vision,
- Saignement très abondant,
- Aménorrhée de plus de 3 mois.

5 - DETERMINER LES CRITERES MEDICAUX D'ÉLIGIBILITÉ

- Identifier les conditions d'utilisation de la méthode,
 - o Mener l'interrogatoire selon la fiche de consultation
 - o Conduire l'examen clinique
- Appliquer la conduite à tenir ci dessous indiquée :

Éléments à rechercher	Non	Oui	Diagnostic probable et conduite à tenir
Pour l'interrogatoire			
1- Existence de douleurs à la poitrine ? Avec - Existence d'une fatigue à l'effort ? Ou - Existence d'une maladie cardiaque ?		Oui	- Ces signes évoquent une cardiopathie - Revoir l'examen clinique - Aider la cliente à choisir une méthode non hormonale - Référer le cas échéant (Classe 3)
2- Existence d'un saignement inter menstruel ? ou post-coïtal ? - Existence d'une hyperménorrhée pendant les 3 derniers mois ?		Oui	Ces signes peuvent évoquer un problème gynécologique important - Déterminer si possible la cause de ces saignements et traiter éventuellement avant de prescrire les COP - Ou référer (Classe 4)
3- Existence d'une aménorrhée de plus de 4 semaines ? Et - Présomption d'une grossesse ?		Oui	- Confirmer la grossesse (examen pelvien et/ou test de grossesse) - Donner une méthode de barrière dans le doute (Classe 4)
4- Existence d'antécédent d'infection pelvienne sévère (fièvre, douleur abdomino- pelvienne, leucorrhée) ? Ou Existence de partenaires multiples ?		Oui	- Donner des COP à cause de leur efficacité Conseiller aussi l'utilisation des condoms (Classe 1)

Éléments à rechercher	Non	Oui	Diagnostic probable et conduite à tenir
Pour l'examen clinique			
1- Existence d'une TA supérieure à 18/11 ou une TA diastolique (minima) supérieure à 11 ? Avec - Existence de vertiges, bourdonnement d'oreilles		Oui	- Ceci évoque une HTA - ne pas donner de COP si ces signes persistent à 3 contrôles successifs - Traiter ou référer (Classe 2)
2- Existence d'un pouls irrégulier ou accéléré supérieur à 100 ? - Existence d'une pâleur ? - Existence d'une respiration superficielle avec battement des ailes du nez - Existence d'œdèmes ou d'induration douloureuse des membres inférieurs		Oui	Ceci évoque une maladie cardio vasculaire - Référer à u médecin Et - Aider à choisir une méthode non hormonale (Classe 3)
3- Existence d'un ictère ? - d'une hépatomégalie ? - d'un foie douloureux ?		Oui	Ceci évoque une hépatite évolutive - Référer à un médecin - Aider à faire un choix d'une méthode non hormonale (Classe 4)
4- Existence de(s) nodule (s) suspect (s) au(x) sein (s) - Cancer du sein évolutif		Oui	- Référer à un médecin - Aider à choisir une méthode non hormonale, en attendant un diagnostic précis - Référer (Classe 4)
5- Existence d'un utérus ramolli, augmenté de volume ? - Existence d'une masse annexielle		Oui	- Ces signes évoquent une grossesse ou un problème gynécologique - Ne pas donner de COP, avant précision du diagnostic - Référer à la consultation prénatale ou à un médecin - Faire test de grossesse ou échographie (Classe 4)
6- Existence d'une sensibilité de l'utérus ou des annexes avec pertes cervicales ou ulcération cervicale ?			Ceci évoque une IST - Traiter selon les protocoles de MST indiqué - Donner les COP Conseiller l'utilisation des condoms (Classe 1)

6- PRESCRIPTION DE LA METHODE

- Expliquer le mode d'emploi en montrant la plaquette de pilules pendant l'explication.
- Expliquer à la cliente de :
 - o Prendre le 1^{er} comprimé dès le 1^{er} jour de ses règles,
 - o Prendre un comprimé tous les jours, à la même heure, le soir au coucher et sans oublier,
 - o Eviter de prendre le comprimé à jeun,
 - o Commencer une autre plaquette le jour suivant la fin de la plaquette précédente,
 - o Prendre le comprimé même en l'absence du mari ou de relation sexuelle.

7- CAS PARTICULIERS

7.1- Démarrage de la contraception

- La femme commence la prise du COP entre le 2ème et le 5ème jour du cycle. En plus du COP, donner une méthode de barrière pendant les 7 premiers jours de prise,
- La femme est en aménorrhée du post-partum et allaite, s'assurer qu'elle n'est pas enceinte (examen clinique et/ou test de grossesse) :
 - o Commencer le COP un jour arbitraire
 - o Donner une méthode de barrière pendant les 7 premiers jours de prise

7.2- Gestion des cas d'oubli

- **Oubli d'un comprimé :**
 - o Prendre le comprimé dès que la femme se rappelle et prendre le comprimé suivant à l'heure habituelle et à partir du même jour, associer une méthode de barrière pendant 7 jours consécutifs.
- **De deux comprimés ou plus :**
 - o Prendre 2 comprimés dès qu'on se rappelle et 2 comprimés le jour suivant et continuer la prise, avec une méthode de barrière pendant les 7 premiers jours consécutifs.
- **Si l'oubli se répète sur 2 à 3 cycles :** aider la femme à faire le choix d'une autre méthode.

8- PROGRAMMER LES VISITES DE SUIVI

8.1- Visite initiale (1^{ère} consultation) :

- Donner 3 plaquettes de pilules
- Donner un rendez-vous de 2 mois

8.2- Visites de suivi :

. Si la cliente est satisfaite :

- o Donner un approvisionnement de 6 mois
- o Donner un rendez-vous tous les 6 mois
- **Si la cliente n'est pas satisfaite :** Se référer à l'étape suivante : « prise en charge des effets secondaires

Lors de toutes les visites : Préciser à la cliente de revenir à la clinique à tout moment en cas de besoin, et plus spécifiquement en cas d'apparition d'un des signes avertisseur

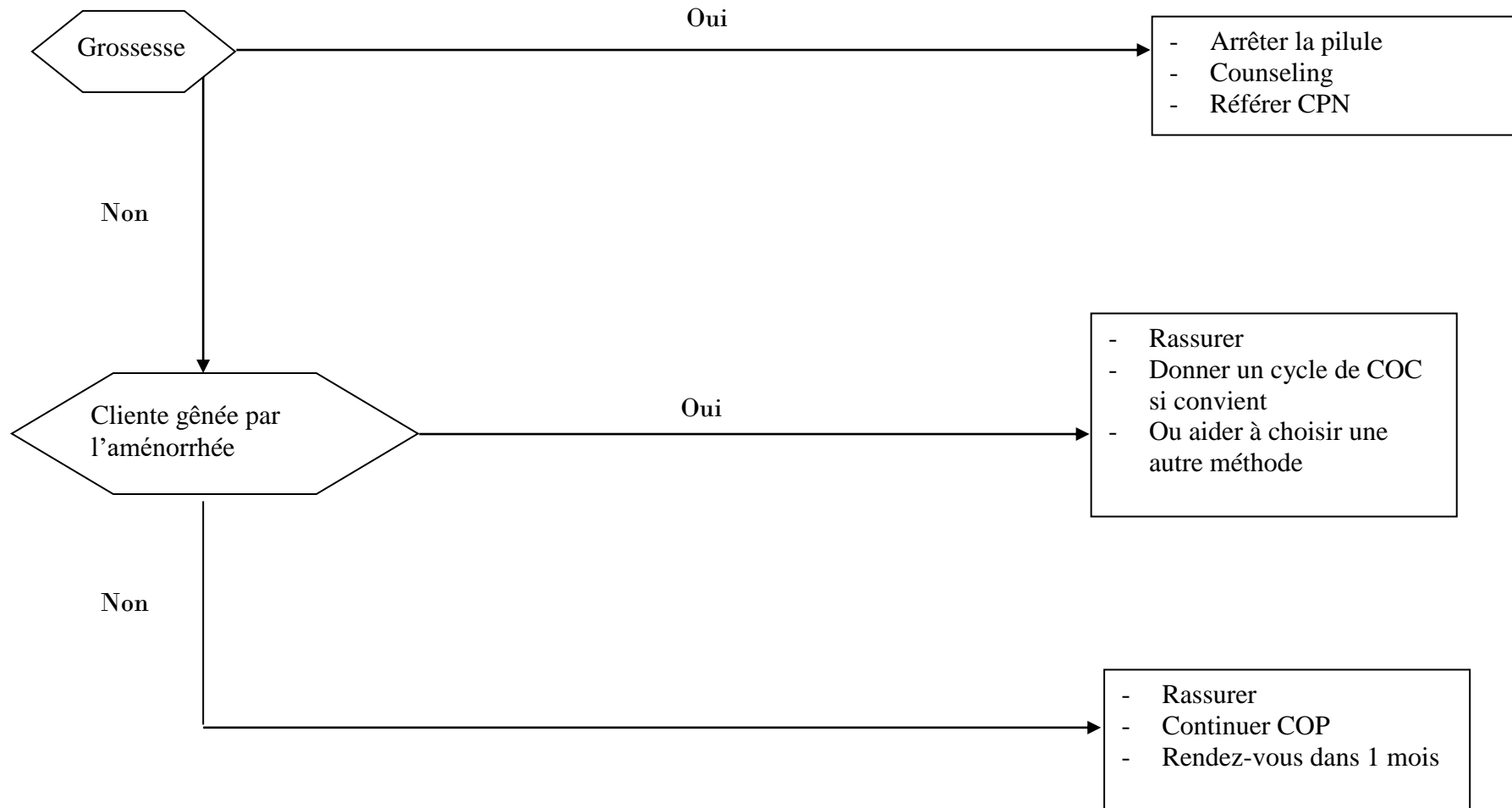
9- PROCEDURE POUR LA VISITE DE SUIVI

- Procéder à l'interrogatoire
- Faire le counseling de suivi :
 - o Demander à la cliente si elle est satisfaite
 - o Vérifier le degré de satisfaction de la cliente
- Faire un examen clinique si nécessaire
- Appliquer les «arbres de décisions» suivants si la cliente se plaint de :
 - o Aménorrhée sous COP
 - o Spotting sous COP

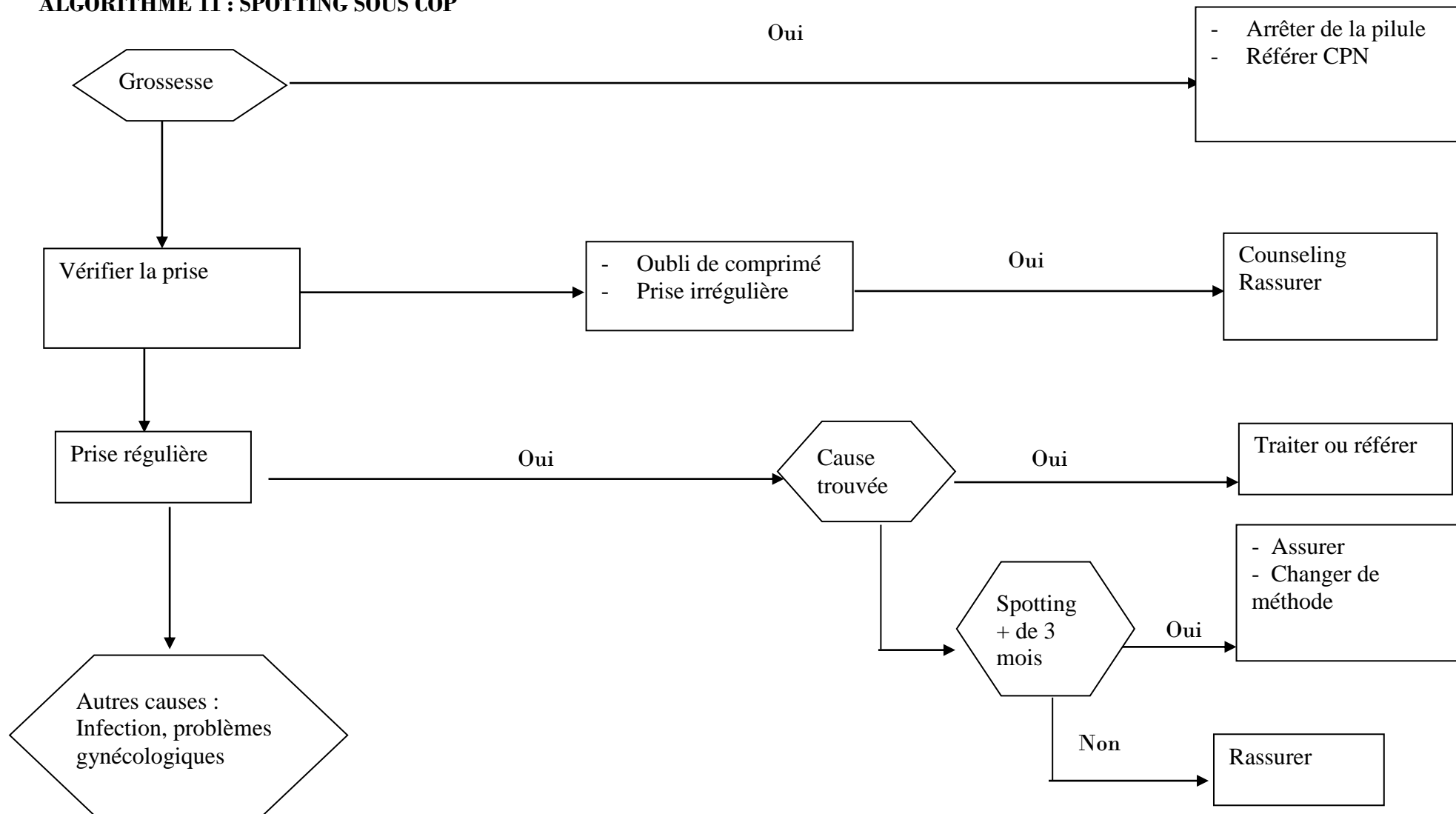
- Avant de dire au revoir à la cliente, faire répéter à cette dernière les signes devant l'inciter à venir consulter au centre.

ALGORITHME 10 : Prise en charge des effets secondaires sous COP

AMENORRHEE SOUS COP



ALGORITHME 11 : SPOTTING SOUS COP



CHAPITRE 7 : LES CONTRACEPTIFS INJECTABLES PROGESTATIFS (CIP)

1. PRESENTATION DES INJECTABLES

- Communiquer en utilisant un langage clair, simple et adapté.
- Encourager la cliente à examiner un échantillon des injectables disponibles :
 - Noristerat*
 - Dépo provera*
- Expliquer les injectables à la cliente :
- Les injectables sont des contraceptifs qui contiennent une hormone analogue à celle circulant dans notre corps,
- Les injectables empêchent la grossesse en :
 - Bloquant l'ovulation,
 - En rendant la glaire cervicale imperméable aux spermatozoïdes,
 - En modifiant l'endomètre,
 - Diminuant le transport des spermatozoïdes dans le tractus génital supérieur (trompes de fallopes)
- Les injectables sont efficaces à environ 99,9%,
- Encourager la cliente à faire part de ses appréhensions ou des rumeurs sur les injectables,
- Etre à l'écoute de la cliente pour répondre à ses questions.

2- AVANTAGES DES CIP

2.1- Sur le plan contraceptif

- Très efficace,
- Efficace immédiatement,
- Protection d'une durée moyenne (2 ou 3 mois),
- N'interfère pas avec les rapports sexuels,
- N'affecte pas l'allaitement,
- Ne contient pas d'œstrogène.

2.2- Sur le plan de la santé

- Réductions des crampes menstruelles,
- Réduction du flux menstruel,
- Prévention éventuelle de l'anémie,
- Protection contre les cancers de l'endomètre,
- Diminution des risques de tumeurs bénignes des seins,
- Prévention des grossesses extra-utérines,
- Protection contre certaines causes des MIP,
- Amointrit les crises drépanocytaires,
- Pas d'effets liés aux œstrogènes.

3- LIMITES

Possibilité d'effets secondaires possibles :

- Saignement irrégulier,
- Saignottements (spotting),
- Aménorrhée,
- Gain ou perte de poids,
- Acné,
- Aucune protection contre les ITG et autres IST (VHB et VIH/SIDA),
- Retour lent à fertilité.

4- SIGNES AVERTISSEURS

- Retard de la menstruation après plusieurs cycles réguliers,
- Vives douleurs au bas ventre,
- Céphalée avec trouble de la vision.

5- CRITERES MEDICAUX D'ÉLIGIBILITÉ

- Identifier les conditions d'utilisation des CIP
- Mener l'interrogatoire selon la fiche de consultation PF
- Conduire l'examen clinique
- Appliquer la conduite –à -tenir ci dessous indiquée

Éléments à rechercher	Non	Oui	Diagnostic probable et conduite à tenir
POUR L'ANAMNESE			
1. Existence de douleurs à la poitrine avec - Existence d'une fatigue à l'effort, gêne respiratoire, respiration superficielle ?		Oui	- Ces signes évoquent une cardiopathie - Revoir l'examen clinique - Aider la cliente à choisir une méthode non hormonale - Référer le cas échéant (Classe 3)
2. Existence d'un saignement inter menstruel ? ou post-coïtal ?		Oui	- Ces signes peuvent évoquer un problème gynécologique important - Déterminer si possible la cause - Traiter éventuellement ou référer - Donner une méthode de barrière en attente de confirmation du diagnostic (Classe 4)
2. Existence d'une aménorrhée de plus de 4 semaines ? - Présomption d'une grossesse ?		Oui	- confirmer la grossesse (examen pelvien) et/ou test de grossesse) - référer à la consultation prénatale, si grossesse (Classe 4)
4. Existence d'antécédent d'infection pelvienne sévère (fièvre, douleurs abdomino-pelviennes, leucorrhée ?)		Oui	- Donner les injectables à cause de leur efficacité contre les *MIP - Conseiller aussi l'utilisation des condoms (Classe 1)
Existence de partenaires multiples ?			

Éléments à rechercher	Non	Oui	Diagnostic probable et conduite à tenir
POUR L'EXAMEN CLINIQUE			
5. Existence d'une TA supérieure à 18/11 ou une TA diastolique (minima) supérieure à 11		Oui	Ceci évoque une HTA - Traiter ou référer - Si ces signes persistent à 3 contrôles successifs aidez à choisir une méthode non hormonale (Classe 3)
6. Existence d'un pouls irrégulier ou accéléré supérieur à 100 - Existence d'une pâleur sévère ou d'une cyanose - Existence d'une respiration superficielle avec battement des ailes du nez Ou Induration douloureuse des membres inférieurs		Oui	- Ces signes évoquent une cardiopathie ou maladie cardio-vasculaire : - Référer à un médecin - Aider à choisir une méthode non hormonale (Classe 3)
7. Existence d'un ictère - d'une hépatomégalie - d'un foie douloureux		Oui	- Ces signes évoquent une hépatite évolutive : - référer à un médecin - aider à faire un choix d'une méthode non hormonale (Classe 4)
8. Existence de(s) nodule (s) suspect(s) au sein - Avec adénopathies axillaires - Cancer du sein évolutif - Tumeur bénigne du sein		Oui	Ces signes évoquent une tumeur maligne ou bénigne du sein : - Référer à un médecin pour précision du diagnostic (Classe 3) - Aider à choisir une méthode non hormonale en attendant confirmation du diagnostic (Classe 4) (Classe 1)
9. Existence d'un utérus ramolli, augmenté de volume ? - Existence d'aménorrhée, signes sympathiques de grossesse		Oui	Ceci évoque une grossesse avec notion d'aménorrhée : - Référer à la consultation prénatale ou à un médecin (Classe 4)
POUR L'EXAMEN CLINIQUE			
10. Existence d'une masse annexielle Ou - Douleurs ou pesanteur pelvienne		Oui	Ces signes peuvent évoquer - Un kyste de l'ovaire - Une GEU ou - Tumeur des ovaires - Référer pour prise en charge - Aider à faire le choix d'une méthode non hormonale, en attendant confirmation diagnostique (Classe 4)
11. Existence d'une sensibilité de l'utérus ou des annexes avec - Ecoulement cervical louche ou ulcération cervicale inflammatoire		Oui	Ceci évoque une IST - Traiter selon les protocoles d'IST - Donner les injectables et conseiller l'utilisation des condoms (Classe 1)

6- ADMINISTRER LA METHODE

- Expliquer et montrer un échantillon de l'injectable choisi pendant l'explication,
- Utiliser un langage clair, simple et précis,
- Faire l'injection en intramusculaire profonde selon la technique centrifuge dans les 7 premiers jours du cycle,
- S'assurer que toute la dose a été injectée (1cc),
- Ne pas masser la zone d'injection,
- Expliquer et noter la date de rendez-vous dans le carnet de la cliente et sur sa fiche de consultation.

7- CAS PARTICULIERS

- La femme est en aménorrhée du post-partum
 - S'assure qu'elle n'est pas enceinte (surtout si elle se présente après le 6eme mois post-partum)
 - Faire l'injection intramusculaire un jour choisi par la cliente
 - Expliquer et donner rendez-vous, selon l'injectable choisi
- La femme n'a pas reçu la totalité de la dose (perte du produit, reflux du produit, ampoule cassée ...)
 - Reprendre une nouvelle ampoule et
 - Faire l'injection intramusculaire
- La femme vient 7 jours après la date de son RDV
 - Faire l'injection intramusculaire
 - Donner une méthode de barrière pendant 7 jours
 - Refaire le counseling
- La femme était antérieurement sous un autre contraceptif injectable (Dépo -provera ou Noristérat)
 - Faire le nouveau produit disponible
 - Expliquer et fixer le rendez-vous suivant l'injectable donné

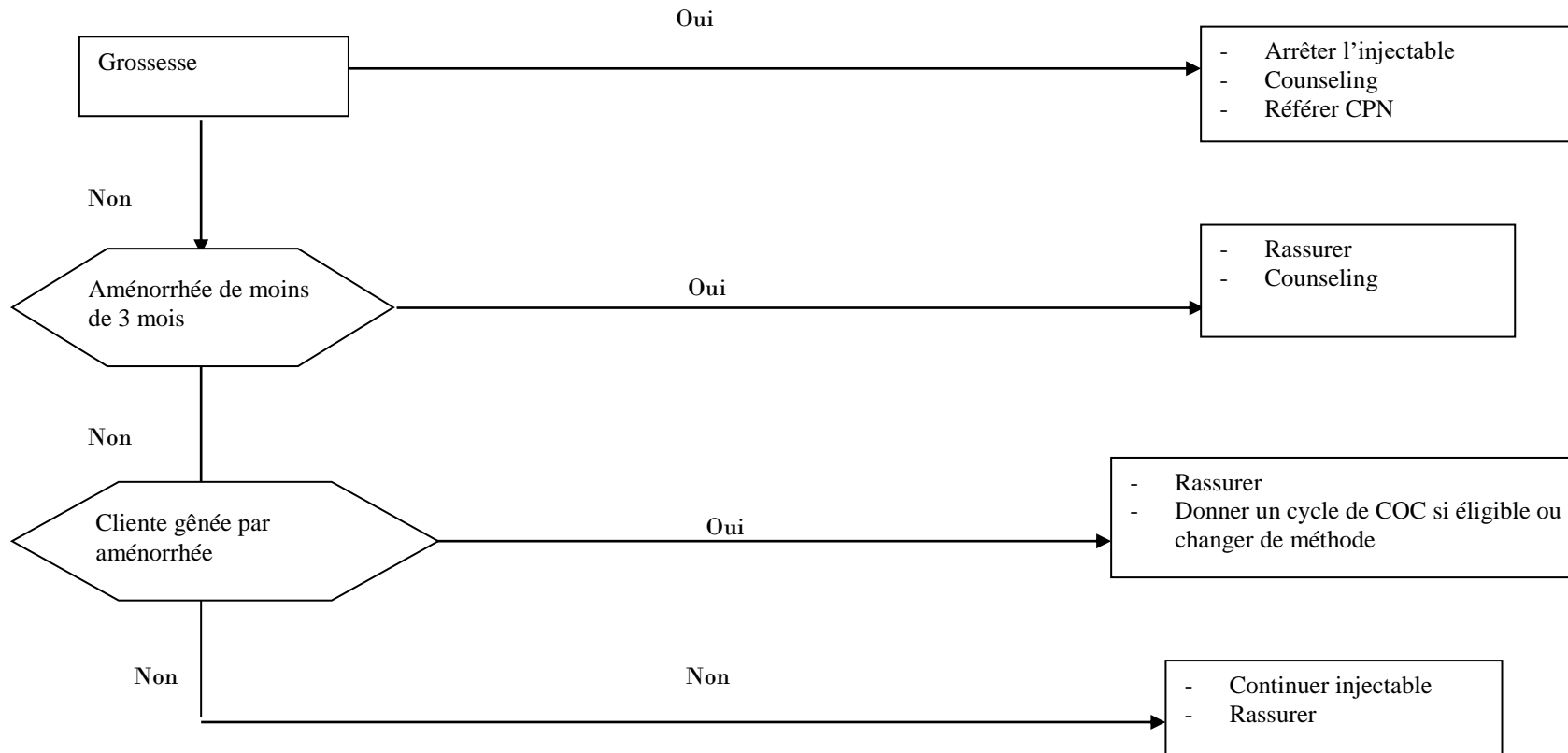
8- PROGRAMMER LES VISITES DE SUIVI

8.1- Visite initiale : (1ère consultation)

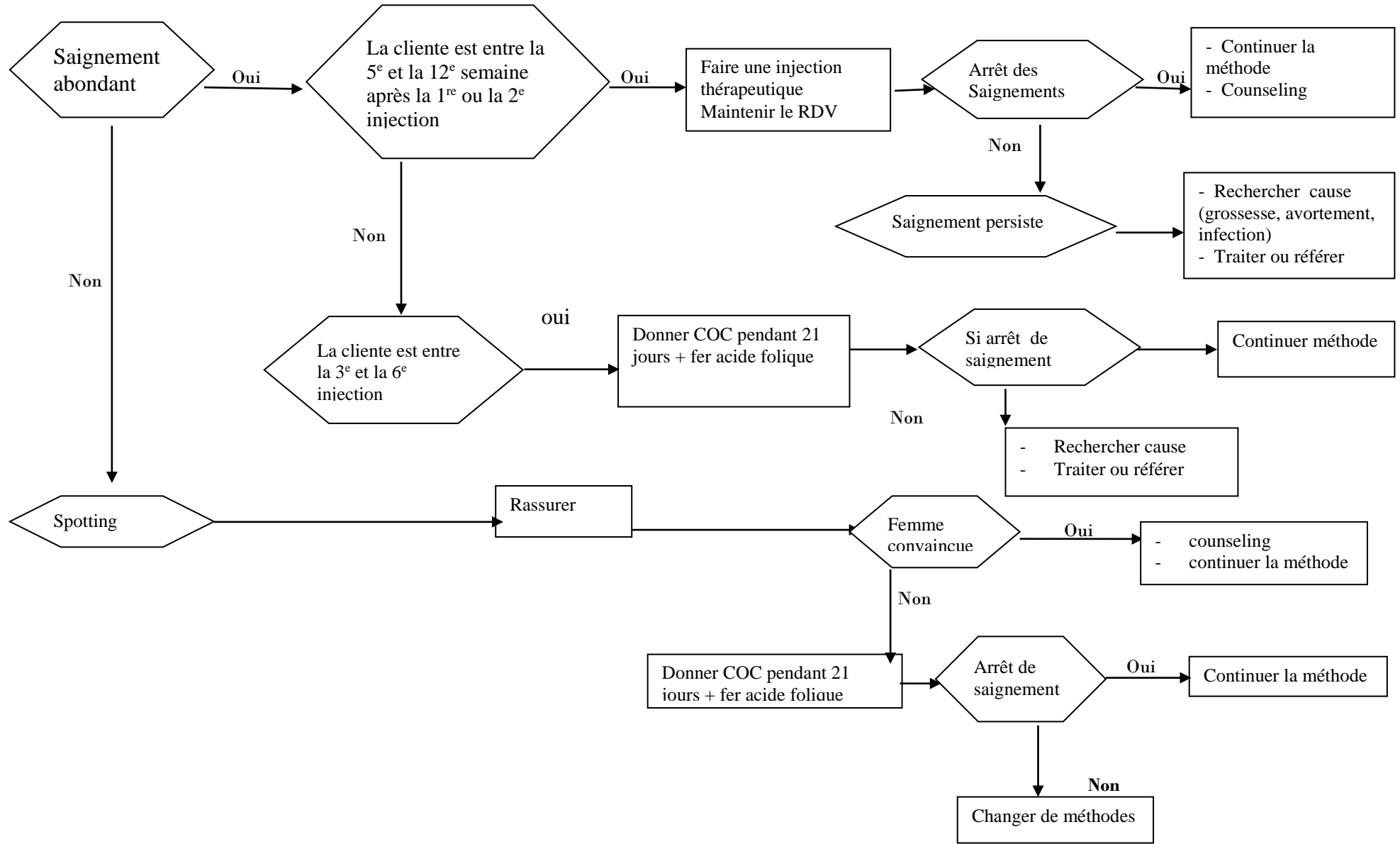
- Faire la 1ere injection de l'injectable choisi
- Expliquer et donner rendez-vous :
 - 08 semaines si c'est le Noristérat*
 - 12 semaines si c'est le Depo- Provera *

9- PRISE EN CHARGE DES EFFETS SECONDAIRES SOUS INJECTABLE

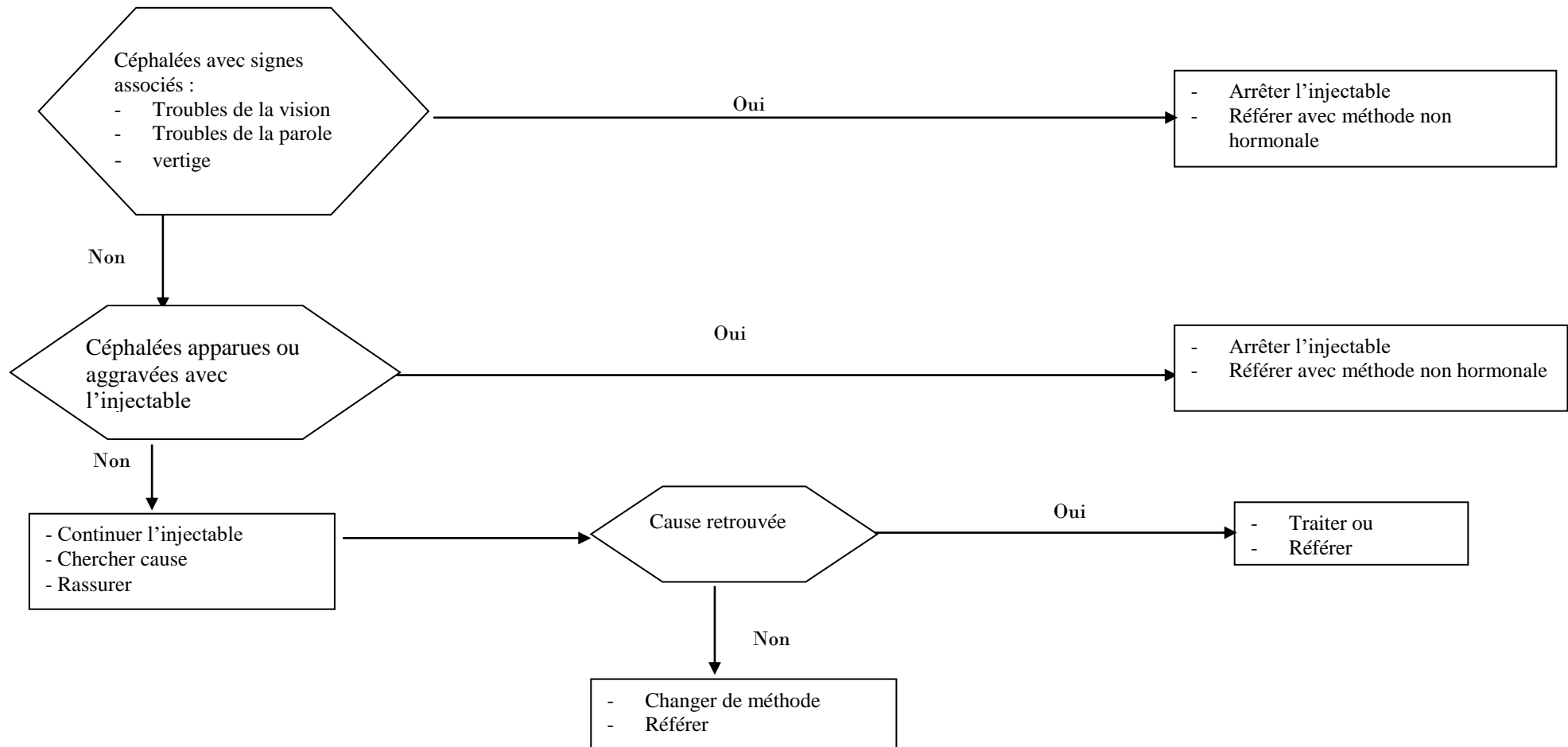
ALGORITHME 12 : AMENORRHEE SOUS INJECTABLE



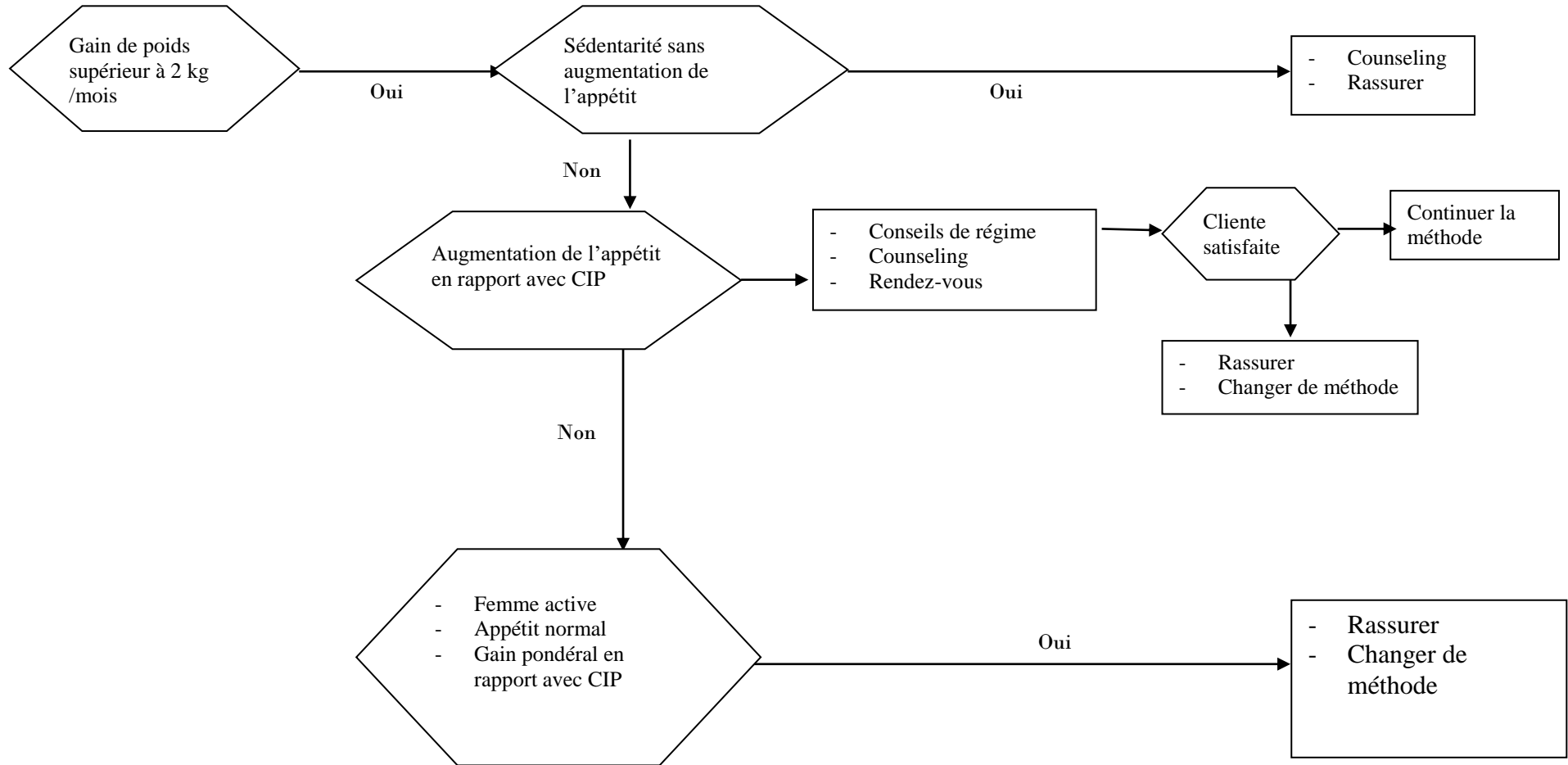
ALGORITHME 13 : SAIGNEMENT SOUS INJECTABLE



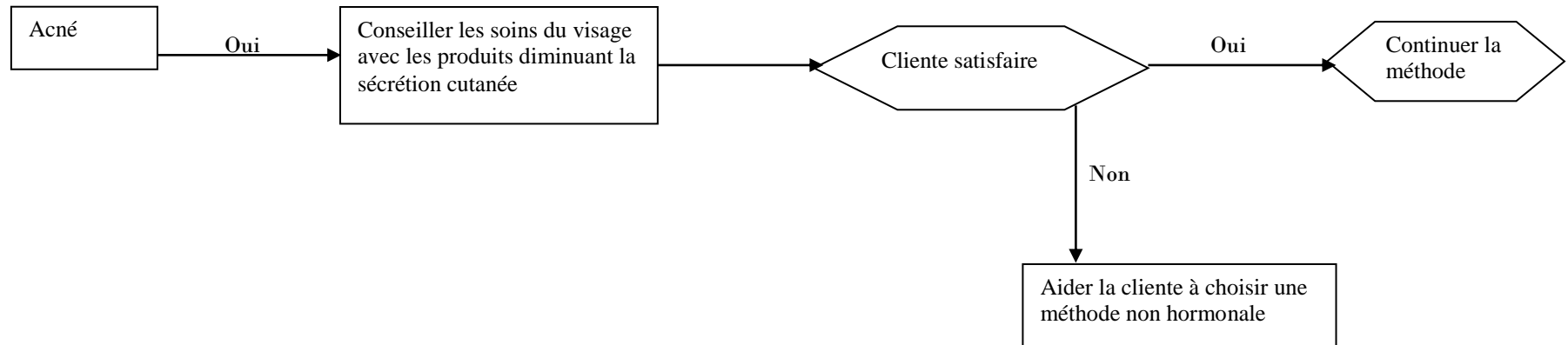
ALGORITHME 14 : CEPHALEES SOUS INJECTABLES



ALGORITHME 15 : GAIN PONDERAL SOUS INJECTABLE



ALGORITHME 16 : ACNE SOUS INJECTABLE



CHAPITRE 8 : LES IMPLANTS SOUS CUTANES (NORPLANT/JADELLE)

1- PRESENTATION LE NORPLANT/JADELLE

- Communiquer en utilisant un langage clair, simple et adapté,
- Utiliser, montrer et laisser toucher les capsules d'un échantillon de Norplant,
- Utiliser les aides visuelles adaptées,
- Expliquer le Norplant à la cliente,
- S'assurer que la cliente a compris,
- Indiquer l'endroit où se fait l'insertion.
- Norplant est un contraceptif constitué d'une hormone analogue à celle circulant dans le corps. Cette hormone diffuse à travers les capsules flexibles non bio- dégradables qui sont insérées sous anesthésie locale à la face interne du bras en sous cutané (Norplant à 6 capsules, Jadelle à 2 capsules),
- Norplant empêche la grossesse en :
 - o Rendant la glaire cervicale imperméable aux spermatozoïdes
 - o Modifiant l'endomètre
 - o Bloquant partiellement l'ovulation
 - o Diminuant le transport des spermatozoïdes dans le tractus génital supérieur (trompes de Fallope)

2- AVANTAGES DU NORPLANT/JADELLE

2.1- Sur le plan contraceptif

- Très efficace 98 à 99%,
- Efficace immédiatement,
- Méthode de longue durée (5 ans),
- N'interfère pas avec les rapports sexuels,
- N'affecte pas l'allaitement,
- Ne contient pas d'œstrogène.

2.2- Sur le plan de la santé

- Diminution des crampes menstruelles,
- Diminution du flux menstruel prévention de l'anémie,
- Protection contre le cancer de l'endomètre,
- Diminution des maladies bénignes du sein,
- Prévention des grossesses extra-utérines,
- Diminution des risques des maladies inflammatoires du pelvis.

3- LIMITES

- Effets secondaires possibles :
 - Saignement irrégulier
 - Aménorrhée
 - Règles prolongées
 - Spotting
 - Expulsion de capsules
 - Infection du site
 - Prise ou perte de poids
 - Nervosité (saut d'humeur)
- Nécessite un personnel qualifié pour l'insertion ou le retrait du Norplant
- Aucune protection contre les IST/ITG et autres IST/sida

4- SIGNES AVERTISSEURS

- Retard de la menstruation après plusieurs mois de cycles réguliers,
- Vives douleurs de bas –ventre,
- Pus ou saignements abondants à l'endroit de l'insertion,
- Expulsion de capsule,
- Migraine avec trouble de la vision.

5- MODE D'EMPLOI

- Expliquer la procédure chirurgicale, sans douleur ou avec une légère douleur (anesthésie locale,
- Dire que le Norplant se pose : dans 7 premiers jours des règles, ou en l'absence de grossesse, ou dès la 6ème semaine du post-partum, ou dans les 7 premiers jours en post-abortum,
- Indiquer l'endroit de l'insertion du Norplant,
- Montrer le matériel nécessaire à la pose,
- Dire que le couple peut reprendre ses rapports sexuels après l'insertion,
- Procéder à la pose, en respectant les techniques apprises (voir fiche technique),
- Encourager la cliente à poser des questions.

6- DETERMINER LES CRITERES MEDICAUX D'ELIGIBILITE DU NORPLANT/JADELLE

- Identifier les conditions d'utilisation du Norplant,
- Mener l'interrogatoire selon la fiche de consultation PF,
- Conduire l'examen clinique,
- Appliquer la conduite à tenir ci-dessous si la cliente répond « Oui » aux questions correspondantes.

Eléments à rechercher	Non	Oui	Diagnostic probable et conduite à tenir
1. Existence d'une présomption de grossesse		Oui	- Confirmer la grossesse - Ne pas insérer de Norplant - Référer à la consultation prénatale (Classe 4)
- Existence d'un saignement entre les règles ou les rapports sexuels : - Existence d'un saignement anormal		Oui	- Ces signes évoquent un problème gynécologique : - Déterminer la cause - Traiter ou référer avant d'insérer le Norplant (Classe 4)
3- Existence - D'un ictère - D'un foie augmenté de volume - Ou d'une douleur du foie		Oui	- Ces signes évoquent une atteinte hépatique grave : - Référer - Aider à faire le choix d'une méthode non hormonale (Classe 3)
4- Existence de douleurs à la poitrine - De fatigue à l'effort - De gêne respiratoire - Existence d'un pouls irrégulier et supérieur à 100/mm - Existence de douleurs ou d'oedèmes des membres inférieurs - Existence de signes thrombophlébite		Oui	- Ces signes évoquent une maladie cardiovasculaire grave - Référer la cliente - Ne pas insérer le Norplant - Aider à choisir une méthode non hormonale (Classe 3)
5- Existence d'une TA supérieure à 18/11 avec ou sans migraine		Oui	- Référer ou traiter - Insérer le Norplant avec suivi rapproché (Classe 2)
6- Existence de nodules suspects du sein		Oui	- Aider à faire le choix d'une méthode non hormonale - Référer (Classe 2)
7- Cancer évolutif ou récidivant		Oui	(Classe 4)
8- Femme allaitante de moins de 6 semaines		Oui	- Conseiller l'allaitement exclusivement - Insérer le Norplant quand l'enfant aura 6 semaines (Classe 3)
9- Existence d'une infection pelvienne avec fièvre, douleurs pelviennes, pertes vaginales - Existence d'ulcération génitale		Oui	- Ces signes évoquent une IST - Traiter ou référer - Insérer le Norplant - Conseiller l'utilisation des condoms (ou spermicides) (Classe 1)

7- EXPLIQUER LE MODE D'ADMINISTRATION DE LA METHODE

- Expliquer la procédure chirurgicale, sans douleur ou avec une légère douleur (anesthésie locale),
- Dire que le Norplant se pose dans les 7 premiers jours du cycle ou en l'absence de grossesse,
- Indiquer l'endroit de l'insertion du Norplant,
- Dire que la durée de la pose est de 10 à 15 minutes,
- Montrer le matériel nécessaire à la pose,
- Dire que le couple peut reprendre ses rapports sexuels 24 heures après l'insertion,
- Procéder à la pose, en respectant les techniques appropriées (dans le cas où l'agent a été formé),
- Encourager la cliente à poser des questions.

8- PROGRAMMER LES VISITES DE SUIVI

- Expliquer à la cliente la date du rendez-vous et son importance,
- Lui dire de se présenter à tout moment si elle désire des informations supplémentaires ou si elle ressent les signes avertisseurs :
 - o Douleurs sévères au bas ventre
 - o Saignement en dehors des règles
 - o Douleurs au site d'insertion avec /sans pus/ sang
 - o Expulsion des implants
 - o Fréquents maux de tête, migraine ou vision trouble
 - o Absence de règles après des cycles réguliers
- Lui dire que le retrait du Norplant se fait après 5 ans d'utilisation ou dès qu'elle le désire ou en cas d'indication médicale,
- Dire que le retrait n'est pas douloureux,
- Dire qu'après le retrait, la cliente pourrait tomber enceinte aussi rapidement que les femmes qui n'utilisent pas de Norplant,
- Préciser que si la femme désire le Norplant de nouveau après 5 ans, elle peut recevoir une nouvelle série d'implants au même moment où on lui retire les anciens implants.

N.B. Toujours respecter rigoureusement les règles d'asepsie pendant l'insertion et le retrait du Norplant

9- PROGRAMME DES VISITES DE SUIVI

- **1ere visite de suivi:** sept jours après l'insertion pour défaire le pansement et vérifier le site d'insertion
- **2eme visite de suivi :** 3 mois après l'insertion
- **Autres visites :** chaque année

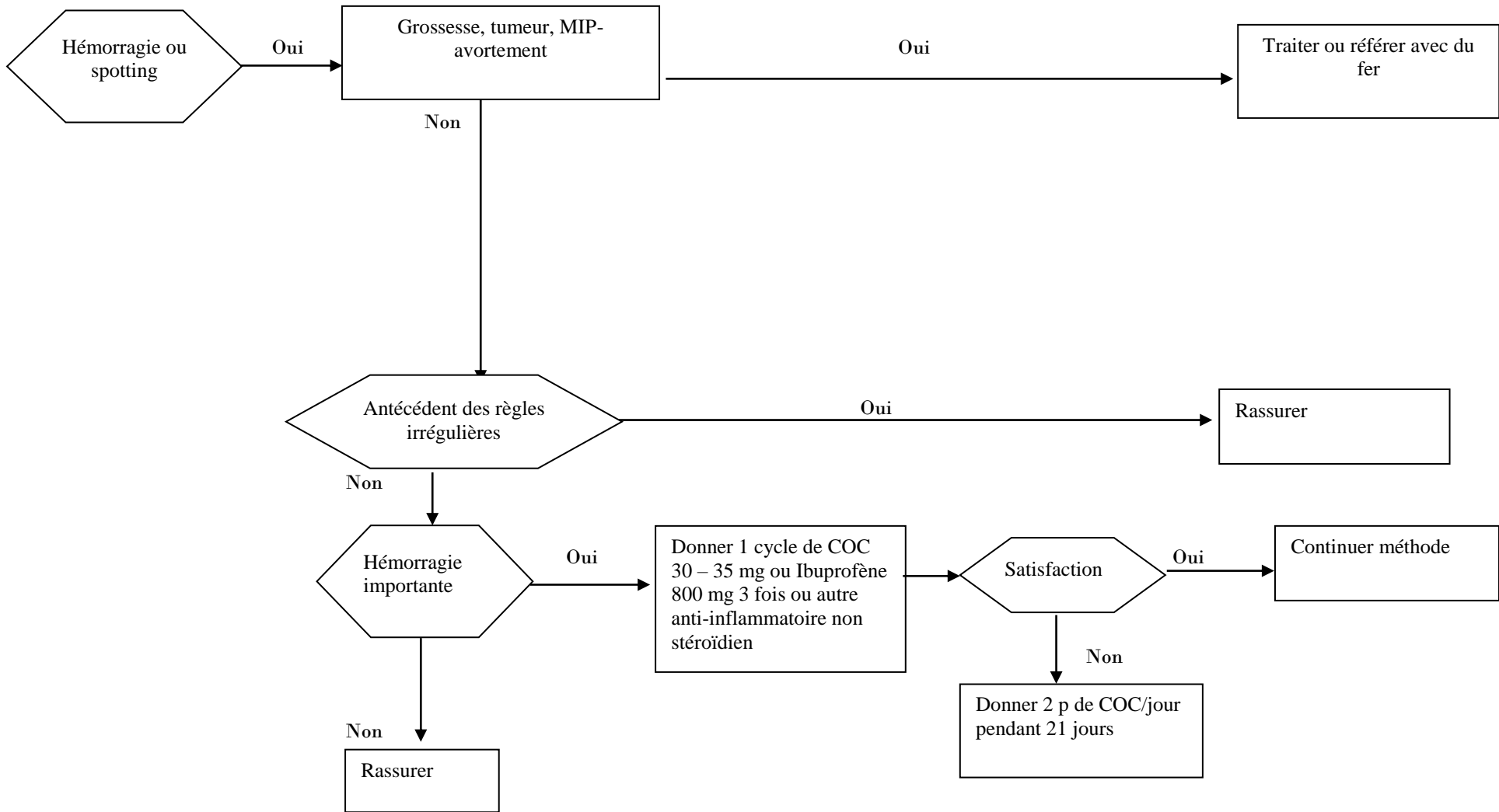
10- ETABLIR LA PROCEDURE POUR LA VISITE DE SUIVI

- Procéder à l'interrogatoire selon la fiche de consultation,
- Faire le counseling de suivi,
- Vérifier le degré de satisfaction de la cliente,
- Appliquer les «arbres de décisions» selon les plaintes suivantes :
 - o Saignement,
 - o Maux de tête,
 - o Aménorrhée.

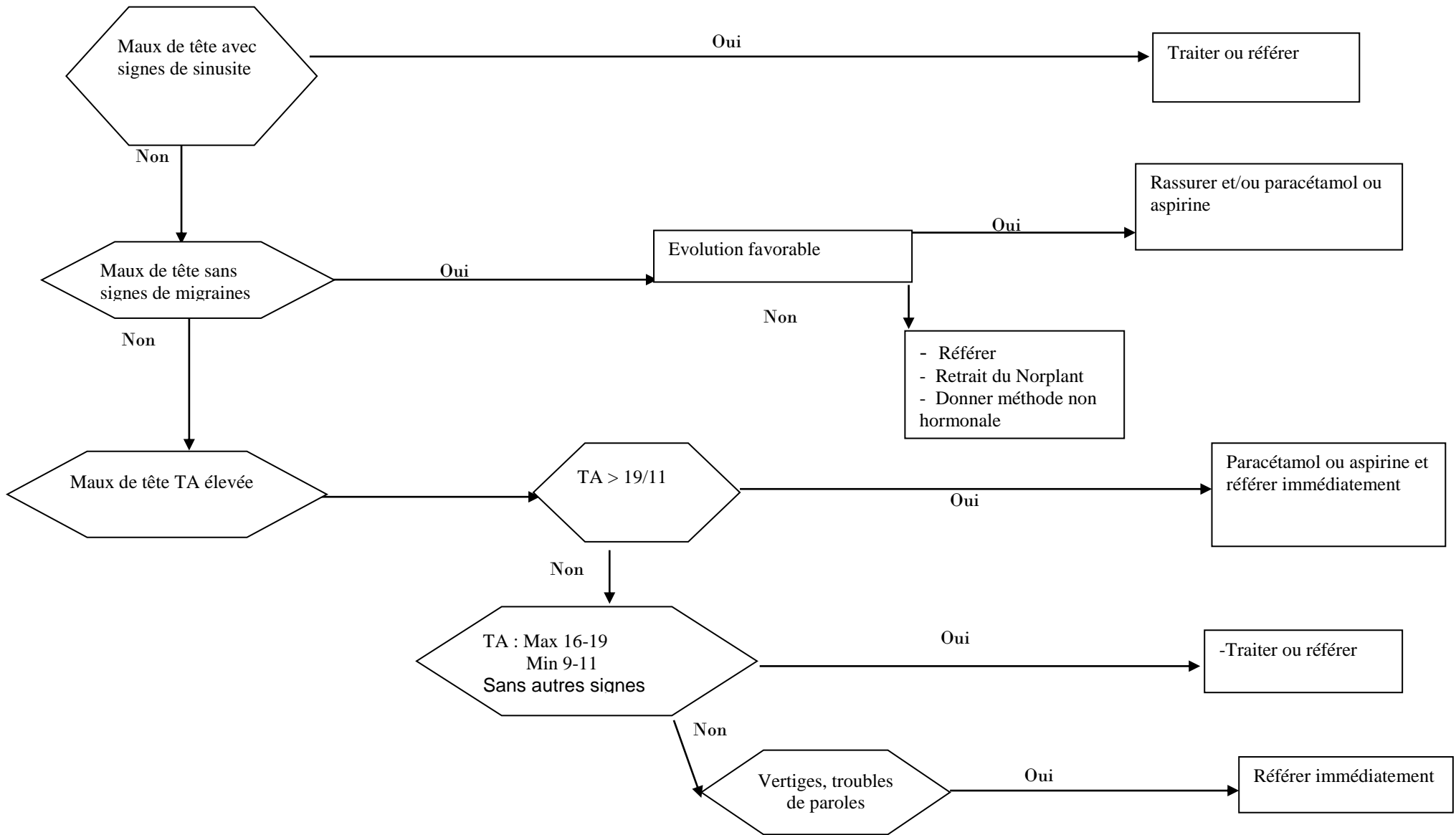
Dire «Au Revoir» après s'être assuré que la cliente n'a pas de questions et est satisfaite.

11- PRISE EN CHARGE DES EFFETS SECONDAIRES DU NORPLANT

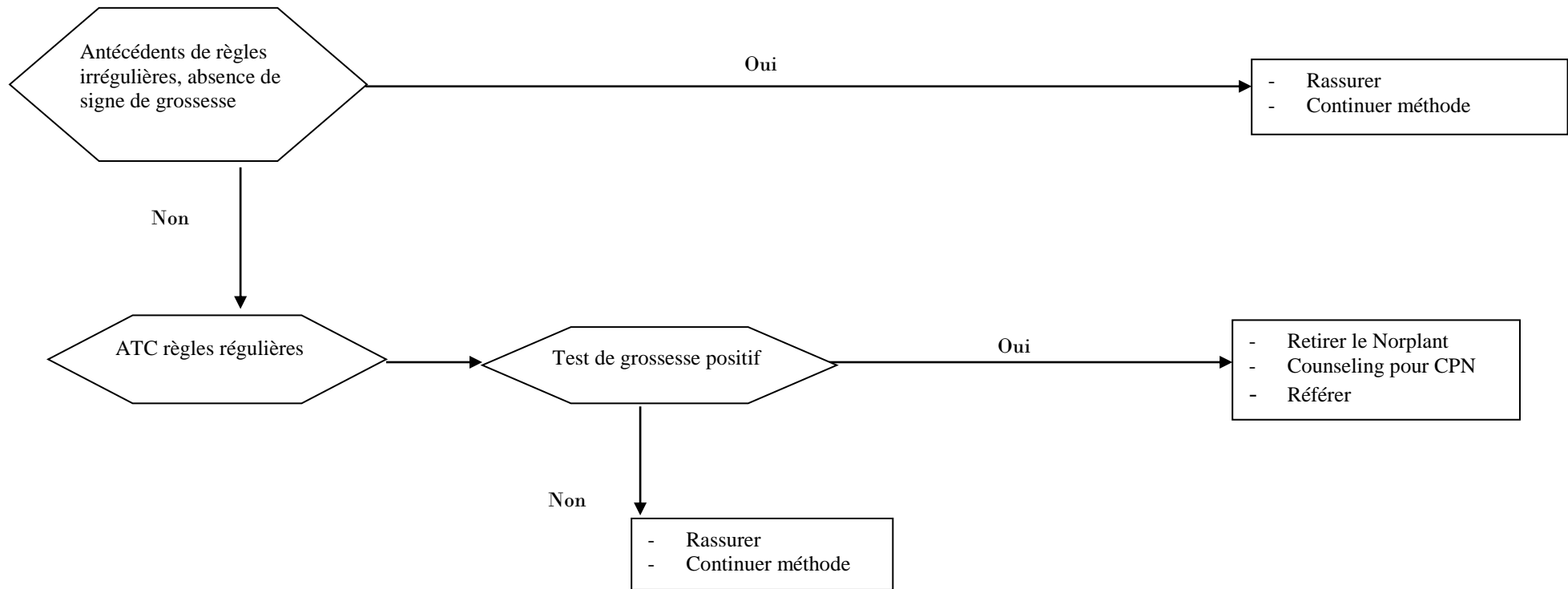
ALGORITHME 17 : SAIGNEMENT GENITAL SOUS NORPLANT



ALGORITHME 18: MAUX DE TETE SOUS NORPLANT



ALGORITHME 19 : AMENORRHEE SOUS NORPLANT



12- TECHNIQUE D'INSERTION DES IMPLANTS SOUS CUTANES (NORPLANT/JADELLE)

12.1- Préparation à l'insertion des capsules de Norplant

- Vérifier que la cliente a lavé soigneusement son bras avec du savon et de l'eau,
- Choisir et placer correctement le bras de la femme (bras gauche de préférence),
- marquer l'endroit où sera faite l'insertion,
- vérifier la présence d'instruments stériles ou DHN et les 6 capsules de Norplant.

12.2- Tâches préalables à l'insertion

- Se laver les mains avec de l'eau et du savon et les essuyer avec un linge propre,
- Mettre des gants stériles ou DHN (s'ils sont talqués, enlève la poudre sur les doigts des gants),
- Passer une solution antiseptique à l'endroit de l'insertion selon les directives,
- Placer un linge stérile ou DHN sur le bras,
- Injecter un anesthésique local juste sous la peau, gonfler légèrement la peau,
- avance l'aiguille d'environ 4 cm et injecte 1 ml d'anesthésique local dans chacun des 3-6 sillons subdermiques (vérifie qu'il y a effet anesthésique).

12.3- Insérer les capsules du Norplant/Jadelle

- Faire une incision superficielle de 2 mm avec le bistouri juste sous la peau (ou alors insérer directement le trocart sous la peau),
- Tout en gonflant la peau, avancer le trocart et le mandrin jusqu'à la marque (1) près de la garde du trocart,
- Retirer le mandrin et charger la capsule dans le trocart (avec mains gantées ou pinces),
- Réinsérer le mandrin et l'avancer jusqu'à ce qu'il sente une résistance,
- Tenir le mandrin fermement en place avec une main et retirer le trocart de l'incision jusqu'à ce qu'il arrive au manche du mandrin,
- Retirer le trocart et le mandrin ensemble jusqu'à ce que la marque (2) près du bout du trocart apparaisse dans l'incision (ne retirer pas le trocart de la peau),
- En tenant avec le doigt la capsule déjà placée, guider l'insertion du trocart et du mandrin jusqu'à la marque (1),
- Ne retirer le trocart qu'après avoir inséré la dernière capsule,
- Palper les capsules pour vérifier que 6 capsules ont été insérées en forme d'éventail et 2 capsules côte à côte pour le Jadelle,
- Palper l'incision pour vérifier que toutes les capsules sont éloignées de l'incision.

12.4- Tâches après l'insertion

- Resserrer les lèvres de l'incision et la refermer avec du sparadrap ou un pansement chirurgical,
- Entourer le bras d'un pansement bien serré,
- Rincer l'aiguille et la seringue et placer tous les instruments dans une solution chlorée pour la décontamination,
- Jeter les déchets avec les mesures de précaution qui s'imposent,
- Enlever correctement les gants réutilisables et les plonger dans une solution chlorée,
- Se laver les mains avec du savon et de l'eau et les essuyer avec un linge propre.

12.5- Counseling Post-Insertion

- Dessiner l'emplacement des capsules dans le dossier de la cliente et noter tout fait inhabituel,
- Donner à la cliente les instructions pour soigner la plaie et lui dire quand revenir,
- Assurer la cliente qu'elle peut faire retirer les capsules à n'importe quel moment si elle le désire,
- Observer la cliente pendant au moins cinq minutes avant de lui dire au revoir.

13- TECHNIQUE DE RETRAIT NORPLANT/JADELLE

13.1- Counseling avant le retrait

- Accueillir la femme avec respect et amabilité,
- Demander à la femme la raison pour laquelle elle désire le retrait et répondre à ses questions,
- Revoir les projets de la cliente en matière de procréation,
- Décrire le retrait et ce à quoi elle doit s'attendre.

13.2- Retrait des capsules de NORPLANT/JADELLE

13.2.1-Taches avant le retrait

- Se préparer,
- Vérifier que la cliente s'est soigneusement lavée le bras et la main avec du savon et de l'eau,
- Positionner le bras de la femme et palper les capsules pour localiser le point de l'incision du retrait,
- Vérifier la présence des instruments stériles ou DHN,
- Se laver soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les essuyer avec un linge propre,
- Mettre des gants stériles ou DHN sur les deux mains, si les gants sont talqués, essuyer le talc sur les doigts des gants avec de l'eau stérile ou DHN,
- Préparer le site du retrait avec une solution antiseptique,
- Placer un linge ou un champ opératoire stérile ou DHN sur le bras (facultatif).

13.2.2- Retrait des capsules (Méthode standard)

- Injecter une petite quantité (1 ml) d'anesthésique à l'endroit de l'incision et sous l'extrémité des capsules,
- Vérifier qu'il y a effet anesthésique avant de faire l'incision,
- Faire une petite incision (3-4 mm) au bout des capsules,
- Saisir l'extrémité de la capsule avec une pince (mosquito ou crocodile),
- Nettoyer et ouvrir l'enveloppe fibreuse avec de la gaze (ou le bistouri) si nécessaire,
- Saisir le bout exposé de la capsule avec la pince recourbée, retirer doucement la capsule et la placer dans une cupule contenant une solution de décontamination pendant 10 minutes pour la décontaminer,
- Retirer les capsules restantes en utilisant la même technique (étapes 2 à 6). Injecter plus d'anesthésique local seulement si demandé,
- Une fois toutes les capsules retirées, les compter pour s'assurer qu'on a bien enlevé six capsules entières et le montrer à la cliente,
- Si les capsules ne sont pas près de l'incision, saisir la capsule distale avec une pince courbée et tourner correctement (en tordant et /ou en retournant une solution de chlore à 0,5%),
- Injecter de l'anesthésique supplémentaire si nécessaire, retirer les capsules qui restent.

13.2.3- Retrait des capsules (Technique U)

- Injecter une petite quantité d'anesthésique local sous le bout des capsules,
- Vérifier qu'il y a effet anesthésique avant de faire l'incision,
- Faire une petite incision dans la peau (4 mm) verticalement entre les capsules 3 et 4, à environ 5 mm au-dessus du bout de la capsule la plus proche des plis du coude,
- Insérer le bout de la pince à implants Norplant à angle droit par rapport à la capsule la plus proche,
- Tout en stabilisant la capsule avec l'index de la main libre, avancer le bout de la pince jusqu'à ce qu'il touche la capsule,
- Saisir la capsule à angle droit et tirer doucement la capsule vers l'incision. Si on ne peut pas tirer facilement la capsule dans l'incision, tourner le manche à 18° pour exposer la capsule,
- Nettoyer et ouvrir la gaine de tissu fibreux avec de la gaze stérile (ou un bistouri si nécessaire),

13.2.4- Tâches après retrait

- Après avoir retiré toutes les capsules, les compter encore une fois pour être sûr que six capsules entières ont été retirées et les montrer à la cliente,
- Resserrer les lèvres de l'incision et la refermer avec un sparadrap ou un pansement chirurgical avec du coton stérile,
- Remplir l'aiguille et la seringue avec une solution de chlore, ensuite expulser la solution et placer tous les instruments dans une solution de chlore pour les décontaminer,
- Evacuer les déchets avec précaution selon les directives,
- Enlever les gants et les immerger dans une solution de chlore,
- Se laver soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les essuyer avec un linge individuel propre,

13.2.5- COUNSELING POST RETRAIT

Donner à la cliente des instructions pour les soins de la plaie et lui dire quand retourner à la clinique.

CHAPITRE 9 : LE DISPOSITIF INTRA-UTERIN (DIU)

1- PRESENTATION DU DIU

- Communiquer en utilisant un langage clair, simple et adapté,
- Faire toucher un échantillon de DIU /Tcu 380A),
- Expliquer le DIU à la cliente :
 - o «Le DIU est un petit dispositif en plastique recouvert de cuivre que l'on place dans l'utérus de la femme et qui empêche la survenue d'une grossesse en évitant la fécondation de l'ovule»
 - o Son efficacité est de 97 à 99%,
- Encourager la cliente à faire part de ses appréhensions ou des rumeurs,
- Etre à l'écoute de la cliente pour répondre à ses questions.

2- AVANTAGES DU DIU

2.1- Sur le plan contraceptif

- Très efficace,
- Efficace immédiatement,
- Economique,
- Discret,
- Méthode de la longue durée (10 ans pour le Tcu 380A),
- N'interfère pas avec les rapports sexuels,
- Retour immédiat de la fécondation après arrêt,
- N'affecte pas l'allaitement,
- Peu d'effets secondaires,
- Peut être retiré à tout moment.

2.2- Sur le plan santé

- Diminue le risque de grossesse extra-utérine,
- Diminue les saignements menstruels (si DIU avec progestatif),
- Diminue les crampes menstruelles (si DIU avec progestatif).

3- LIMITES

- Nécessite un personnel formé,
- Examen gynécologique nécessaire,
- Aucune protection contre les ITG et autres IST,
- L'arrêt de la méthode dépend du prestataire,
- Peut être expulsé à l'insu de la cliente,
- Possibilité d'effets secondaires suivants :
 - o Saignements et crampes dans les 3 premiers mois
 - o Peut entraîner des douleurs pelviennes

4- SIGNES AVERTISSEURS

- Aménorrhée,
- Saignements abondants,
- Douleurs ou crampes abdomino- pelviennes,
- Signes d'infection : pertes vaginales, fièvre ou frissons,
- Fils trop courts, trop long ou absents.

5- DETERMINER LES CRITERES MEDICAUX D'ÉLIGIBILITÉ

- Identifier les conditions d'utilisation du DIU,
 - o Mener l'interrogatoire selon la fiche de consultation et
 - o Conduire l'examen clinique
- Appliquer les critères médicaux d'éligibilités ci-dessous indiquée :

Eléments à rechercher	Non	Oui	Diagnostic probable et conduite à tenir
1. Existence d'un accouchement récent de moins de 6 semaines		Oui	<ul style="list-style-type: none"> • Ne pas insérer un DIU pendant les 6 premières semaines du post-partum si prestataire non formé (Classe 3)
2. Existence d'un avortement récent (il y a moins de 4 semaines)		Oui	<ul style="list-style-type: none"> • Insérer le DIU en l'absence de saignement abondant ou de signe d'infection pelvienne (Classe 1)
3. Existence d'une aménorrhée ? - Signes sympathiques de grossesse ou suspicion		Oui	<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier le diagnostic avant de prendre la décision de poser le DIU • Si le doute persiste, attendre les prochaines règles avant de faire la pose (Classe 4)
4. Existence d'une hyperménorrhée ou <ul style="list-style-type: none"> • D'une dysménorrhée sévère ou • Existence d'un saignement abondant génital • Existence d'un spotting ou - D'un saignement post coïtal 		Oui	<ul style="list-style-type: none"> • Faire l'examen clinique • Traiter ou référer avec méthode de barrière • Encourager la cliente à faire le choix d'une autre méthode (Classe 3)
5. Existence d'une infection pelvienne grave, récente ou à répétition <ul style="list-style-type: none"> • Existence d'une notion d'exposition aux IST 		Oui	<ul style="list-style-type: none"> • Ne pas insérer le DIU • Traiter ou référer • aider à faire le choix d'une autre méthode (Classe 4)
6. Antécédent de GEU		Oui	<ul style="list-style-type: none"> • Ne pas insérer le DIU si la femme désire d'autres grossesses (Classe 2)
7. Existence de diabète, d'une cardiopathie Ou valvulaire, de prise de médicament anti-coagulant ou anti-inflammatoire		Oui	<ul style="list-style-type: none"> • Référer la cliente • Et /ou aider à faire le choix d'une autre méthode (Classe 3)
8. Existence d'une pâleur intense ou d'une anémie sévère		Oui	<ul style="list-style-type: none"> • Traiter ou référer • Conseiller une autre méthode en attendant traitement de l'anémie (Classe 2)

Éléments à rechercher	Non	Oui	Diagnostic probable et conduite à tenir
9. Existence d'ulcération génitale, d'écoulement ou de leucorrhée, avec ou sans adénopathie <ul style="list-style-type: none"> • Existence d'une cervicite ou d'une endométrite • Existence d'une sensibilité anormale du col de l'utérus ou des annexes 		Oui	<ul style="list-style-type: none"> • Ces signes évoquent une infection (IST) ou une maladie inflammatoire pelvienne • Traiter, ne pas insérer DIU avant la guérison • Donner méthode d'attente avant la visite de contrôle, de guérison • Conseiller l'utilisation des condoms (Classe 4)
10. L'utérus est-il mou, augmenté de volume, dur et irrégulier		Oui	<ul style="list-style-type: none"> • Ceci évoque une grossesse ou une tumeur utérine : • Ne pas insérer le DIU • Donner méthode d'attente jusqu'à confirmation du diagnostic. (Classe 4)
Cavité utérine inférieure à 6 cm		Oui	Aider à choisir une autre méthode (Classe 4)

6- INSERER LE DIU

- Montrer et faire toucher un échantillon de DIU choisi pendant l'explication,
- Utiliser un langage clair, simple et précis,
- Expliquer le moment et /ou se place le DIU, avec une aide visuelle ou avec un petit modèle anatomique.

7- MOMENT D'INSERTION DU DIU

- Au jour 1 à 7 du cycle menstruel,
- N'importe quel moment du cycle menstruel si on est raisonnablement sûr que la cliente n'est pas enceinte,
- Dans le post-partum (immédiatement après l'accouchement pendant les premières 48 h si prestataire formé, après 6 semaines ou après 6 mois si la cliente utilise MAMA),
- Dans le post-abortum (immédiatement ou dans les 7 premiers jours) si aucune infection pelvienne.

8- TECHNIQUE D'INSERTION

8.1- Préparer la cliente

- S'assurer que la vessie est vide ou demander à la cliente de vider sa vessie si nécessaire,
- Mettre la femme en confiance, expliquer la procédure de pose, encourager la cliente à poser des questions,
- Installer la cliente en position gynécologique, sous un bon éclairage.

8.2- Insérer le DIU

- Placer le spéculum,
- Localiser le col entre l'écartement des valves,
- Examiner le col,

- Enlever le spéculum,
- Faire un examen bi-manuel avec les gants d'examen,
- Replacer le spéculum,
- Fixer le spéculum,
- Désinfecter le col avec la solution antiseptique de l'orifice vers l'extérieur,
- Placer la pince à col sur la lèvre cervicale antérieure entre « 10 h et 2 h »,
- Exercer une traction douce sur la pince pour verticaliser l'utérus,
- Prendre l'hystéromètre entre le pouce et l'index et l'introduire délicatement et prudemment à travers l'orifice et le canal cervical tout en maintenant la traction sur la pince à col,
- Attention : ne pas forcer si on rencontre une résistance à l'introduction de l'hystéromètre, ou si la patiente manifeste des signes de malaise ou une douleur importante, arrêter la manœuvre,
- Faire progresser l'hystéromètre jusqu'au fond utérin,
- Retirer l'hystéromètre et y déterminer la profondeur de l'utérus (7 – 8 cm environ),
- Attention : - Ne pas insérer un DIU dans un utérus dont la profondeur est inférieure à 6 cm,
- Vérifier que le Tcu 380A et les éléments nécessaires à l'insertion sont fournis dans un emballage stérile, non déchiré et non périmé,
- Charger le DIU Tcu 380A selon la méthode du « non-toucher »,
- Ouvrir l'emballage du côté opposé au DIU,
- Charger les bras du T dans l'inserteur tout en maintenant le DIU dans son emballage stérile,
- Ajuster la butée de l'inserteur à la profondeur indiquée par l'hystéromètre de telle manière qu'elle soit dans le même plan horizontal que le plan d'ouverture des bras du T,
- Le Tcu 380A est prêt pour la pose.

8.3-Technique de pose

- Faire une traction douce sur la pince à col,
- Introduire doucement l'inserteur chargé du DIU dans le canal cervical jusqu'à ce que le collier, en position horizontale, bute sur le col,
- Maintenir la pince et le piston avec la même main,
- Et de l'autre main, retirer de quelques mm l'inserteur sans bouger le piston,
- Retirer la pince à col,
- Retirer le piston,
- Retirer l'inserteur tout en s'aidant de ce dernier pour couper les fils du DIU si besoins,
- Tamponner le col s'il y a saignement,
- Retirer le spéculum,
- Placer une garniture à la cliente.

8.4- Conseils utiles à donner à la cliente

- Apprendre à la cliente à vérifier la présence des fils,
- Laisser la cliente toucher les fils (lui faire faire l'exercice),
- Lui dire de vérifier les fils tous les mois, après les règles, sans jamais les tirer,
- Lui dire que le flux menstruel peut être plus abondant que d'habitude,
- Lui dire qu'elle peut avoir des crampes les 3 premiers jours après la pose,
- Eviter les rapports pendant les 48 premières heures,
- Lui donner des conseils d'hygiène intime.

9- TECHNIQUE DE RETRAIT

9.1- Retrait normal

- Rassembler le matériel comme pour l'insertion,
- Faire un examen bimanuel et un examen au spéculum,
- Repérer les fils,
- Examiner le col de l'utérus,
- Nettoyer le col et le vagin avec une solution antiseptique, en allant du col vers le vagin,
- Dire à la cliente que le DIU va être retiré, et lui demander de respirer profondément et de se détendre, lui dire qu'elle pourrait ressentir de légères douleurs,
- Saisir les fils avec une pince, et tirer, doucement et fermement. Le DIU s'enlève habituellement sans difficulté,
- Si les fils se cassent et que le DIU est toujours dans l'utérus, la saisir avec la pince et le retirer,
- Montrer le DIU retiré à la cliente.

9.2- Retrait difficile

Fils non visibles : DIU partiellement retenu dans l'utérus

- **Premier cas :**
 - Saisir le col avec une pince de Pozzi
 - Saisir le DIU avec une pince Alligator, imprimer au DIU une rotation douce tout en tirant vers l'extérieur
- **Deuxième cas :**
 - Verticaliser si besoin l'utérus à l'aide d'une pince à col et saisir le DIU avec une pince
 - Imprimer au DIU une rotation douce tout en le tirant vers l'extérieur
- **Troisième cas :**
 - Si ces tentatives échouent, référer la cliente

10- PROGRAMMER LES VISITES DE SUIVI

- Après la pose le calendrier de suivi s'établit comme suit :
 - Première visite de suivi : à la fin des premières règles après l'insertion,
 - Deuxième visite de suivi : 6 mois après la première visite (à la fin des règles),
 - Troisième visite de suivi et autres : tous les 12 mois, à la fin des règles.

11- ETABLIR LA PROCEDURE POUR LA VISITE DE SUIVI

11.1- Lors de chaque visite :

- Faire un counseling de suivi,
 - Contrôler la présence du DIU : présence des fils,
 - Cliente satisfaite : donner un rendez-vous comme mentionné ci-dessus,
 - Préciser à la cliente de venir au centre si elle désire ou si elle a un des signes avertisseurs suivants :
 - Aménorrhée,
 - Saignement abondant ou spotting,
 - Douleurs ou crampes abdomino- pelviennes,

- Signes d'infection : pertes anormales, fièvre, frissons ou malaises,
- Fils DIU trop courts, trop longs ou absents.

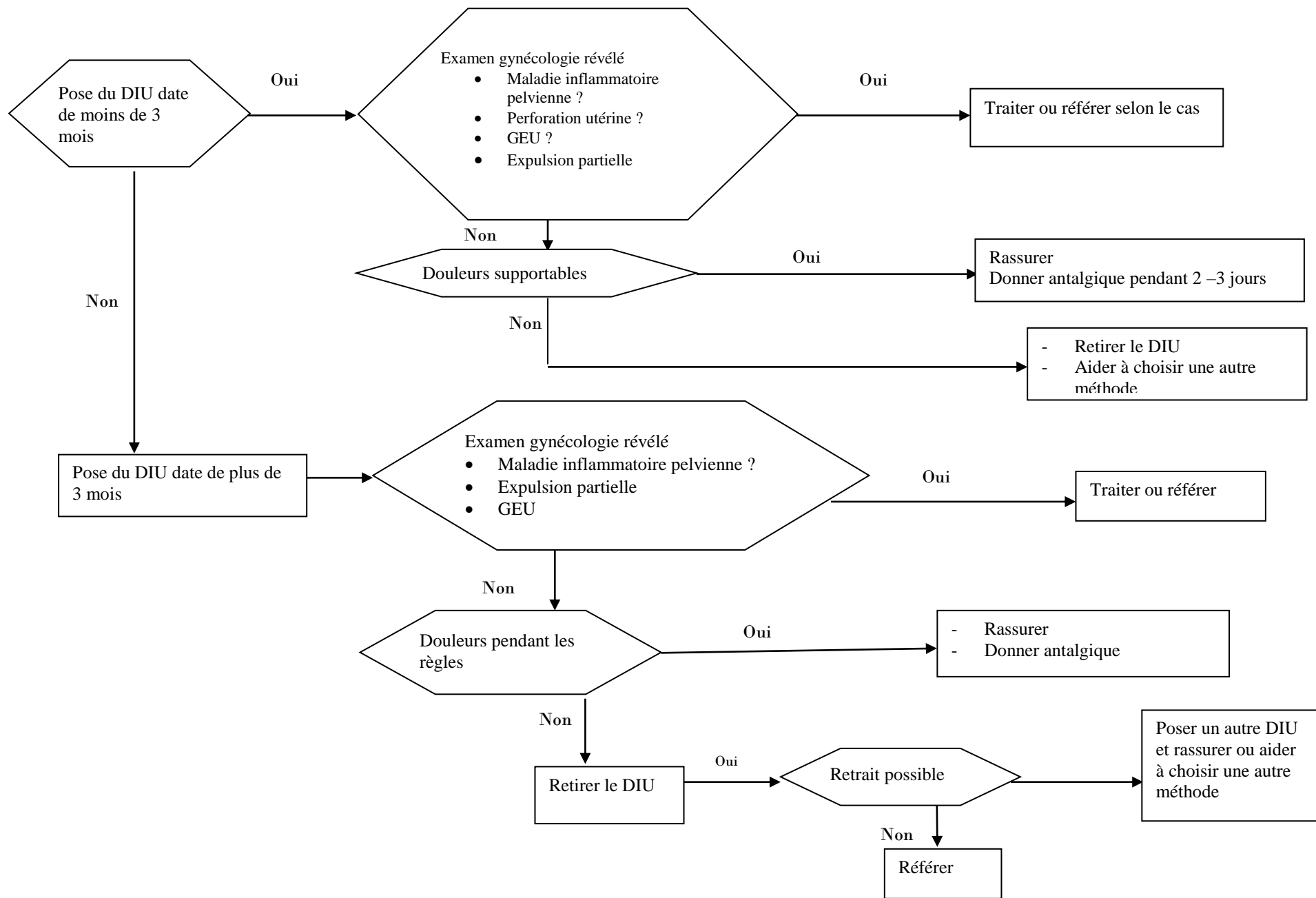
11.2- Si elle n'est pas satisfaite, se référer aux «arbres de décision» ci-dessous pour :

- Crampes et douleurs sous DIU,
- Saignement sous DIU,
- Disparition des fils de DIU,
- Infection sous DIU.

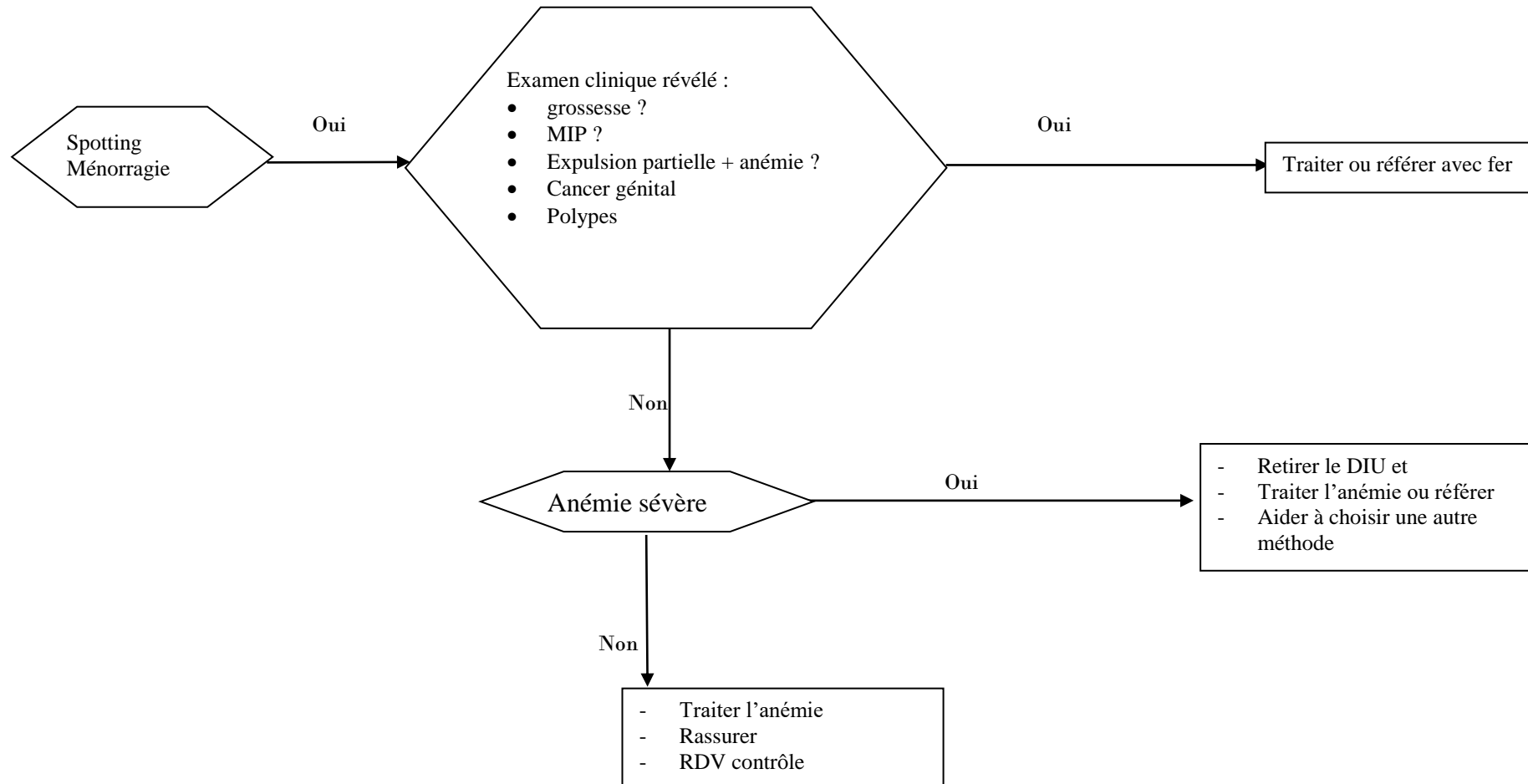
Avant de dire « Au Revoir » à la cliente, faire répéter à cette dernière, les signes devant l'inciter à venir consulter au centre.

12- PRISE EN CHARGE DES EFFETS SECONDAIRES DU DIU

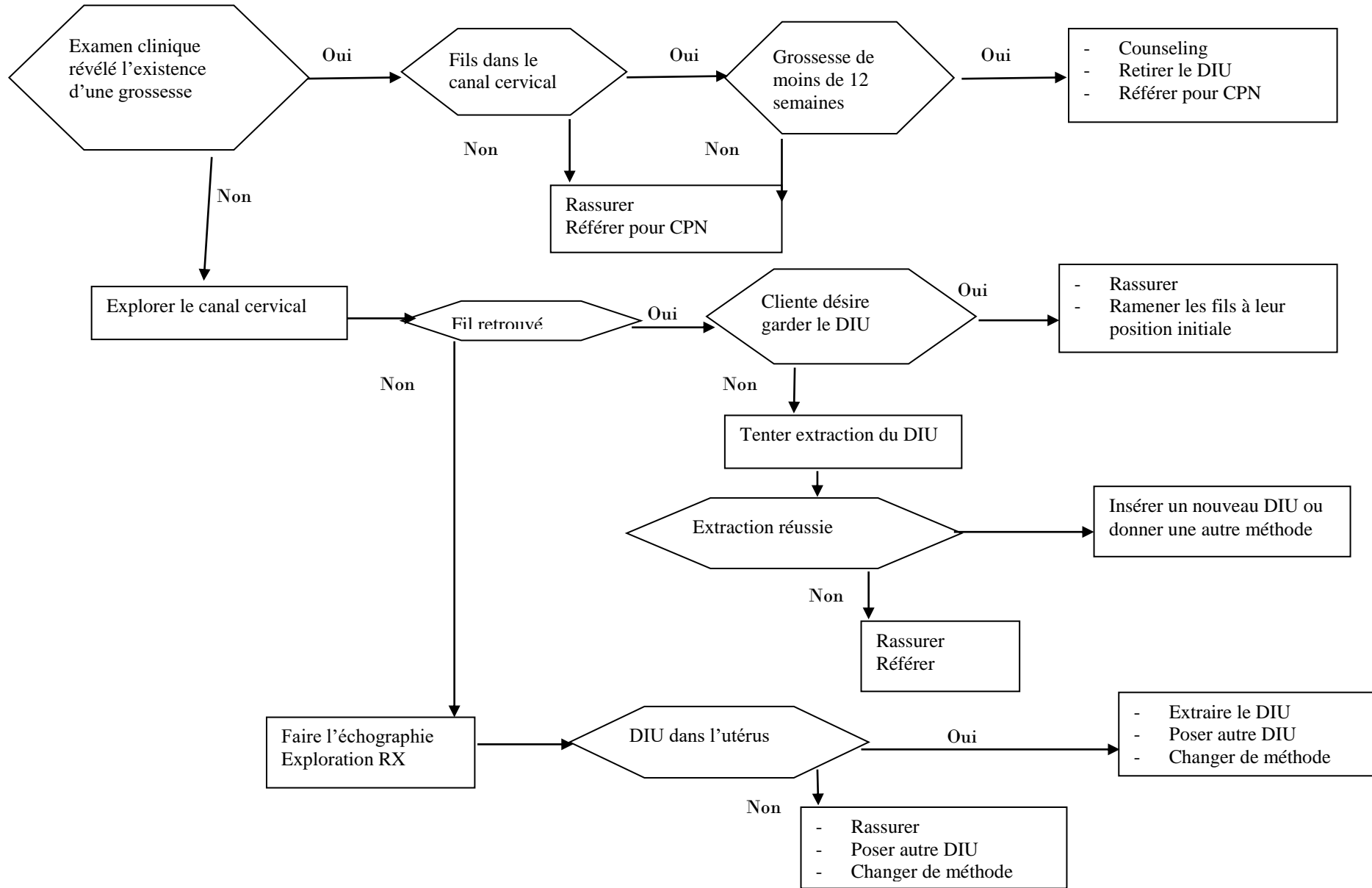
ALGORITHME 20 : CRAMPES ET DOULEURS SOUS DIU



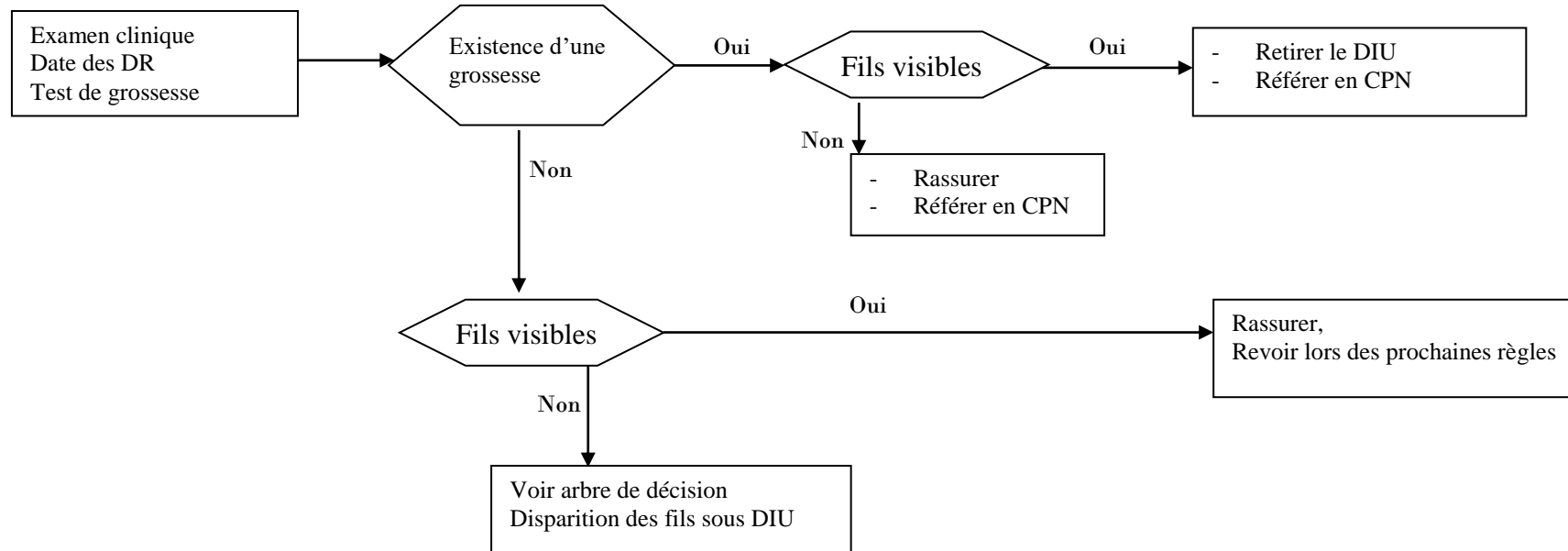
ALGORITHME 21 : SAIGNEMENTS SOUS DIU



ALGORITHME 22 : DISPARITION DES FILS DE DIU

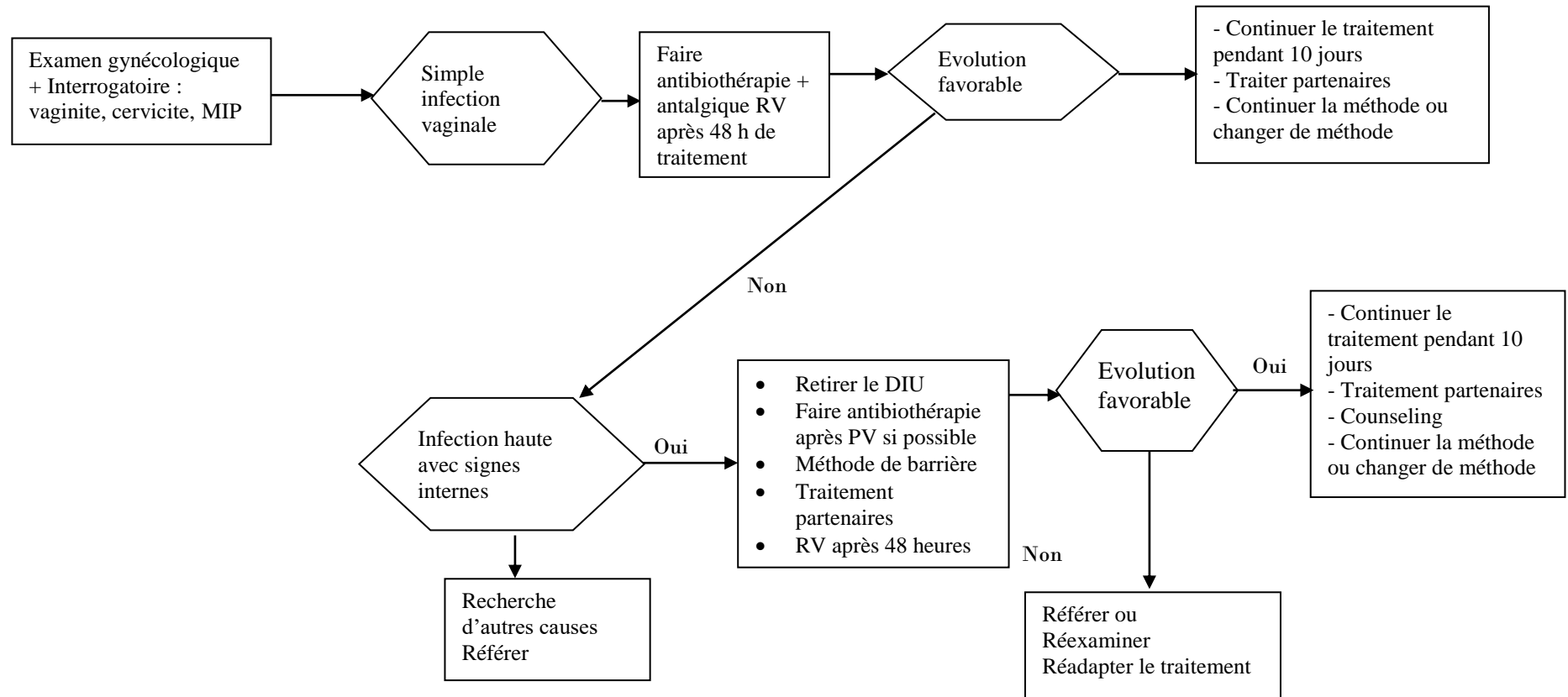


ALGORITHME 23 : AMENORRHEE SOUS DIU



Si persistance de l'aménorrhée sans grossesse, donner un COC pendant 21 jours

ALGORITHME 24 : INFECTION SOUS DIU



CHAPITRE 10 : LA CONTRACEPTION CHIRURGICALE VOLONTAIRE (CCV)

La Contraception Chirurgicale Volontaire (CCV) regroupe les méthodes chirurgicales irréversibles (vasectomie chez l'homme et ligature des trompes chez la femme).

1- PRESENTATION DE LA CCV

- Utiliser un langage clair, précis et simple
- S'aider d'aides visuelles
- Exiger la présence du partenaire si c'est un couple
- Demander ce que le couple sait de la CCV
- Dissiper les rumeurs (la CCV n'est pas une castration, la CCV ne modifie pas la libido, la CCV ne modifie pas les menstruations)
- Expliquer la CCV : la CCV est une petite intervention chirurgicale qui empêche d'avoir une grossesse définitivement. La CCV se fait chez la femme (ligature des trompes) comme chez l'homme (vasectomie),
- Décrire les avantages et les limites,
- Encourager le couple à exprimer ses inquiétudes,
- Ecouter et répondre d'une manière simple, claire et précise à toutes les questions.

2- AVANTAGES DE LA CCV

- Pas de changement dans la fonction sexuelle,
- Ne nécessite pas un réapprovisionnement ou un suivi particulier,
- Efficacité presque totale (99,8%),
- Méthode permanente ou irréversible,
- Méthode moins chère à long terme,
- Ne nécessite pas de suivi régulier,
- N'interfère pas avec les rapports sexuels, ni avec la vie génitale, ni avec l'allaitement,
- Pas d'effets secondaires à long terme.

3- LIMITES

- Méthode irréversible (possibilité de regret),
- Douleurs et crampes passagères post-opératoires immédiates,
- Exige un personnel qualifié,
- Pour la vasectomie : nécessite une méthode supplémentaire dans les 3 premiers mois,
- Ne protège pas contre les ITG ou autres IST (ex : HBV, VIH/SIDA).

4- SIGNES AVERTISSEURS

- Fièvre,
- Saignement ou suppuration de la plaie,
- Œdème de la paroi,
- Douleurs pelviennes persistantes,
- Hématurie,
- Vertiges.

5- CRITERES MEDICAUX D'ELIGIBILITE

5.1- Identifier les conditions d'utilisation de la CCV après un interrogatoire minutieux

Compte tenu des dispositions prévues par la Politique et Normes des services de PF au Togo :

- Avoir au moins 32 ans,
- Avoir au moins 3 enfants vivants,
- Présenter un engagement écrit du couple pour les personnes mariées et un engagement écrit individuel pour les non mariés.

5.2- Appliquer la conduite à tenir si la réponse est « Oui » aux questions suivantes :

Eléments à rechercher	Non	Oui	Diagnostic probable et conduite à tenir
1. Femme de plus de 32 ans ayant 2 enfants qui présentent ou non un engagement écrit		Oui	Faire un bon counseling Aider le couple à faire le choix d'une autre méthode
2. Femme de moins de 32 ans ayant 3 enfants qui présentent ou non un engagement écrit		Oui	Idem
3. Existence de problème dans le couple		Oui	Idem
4. Désire de grossesse future		Oui	Idem
5. Existence d'appréhension sur la CCV		Oui	Dissiper les rumeurs Rassurer le couple Informer clairement le couple
6. Une grossesse serait à haut risque pour la cliente		Oui	Référer pour confirmation d'indication à la CCV
7. Couple ou individu n'ayant pas présenté un engagement écrit		Oui	Exiger l'engagement écrit puis donner la méthode
8. Femme ou homme de 32 ans au moins avec 3 enfants qui présentent un engagement écrit		Oui	Donner la méthode

6- EXPLIQUER LA PROCEDURE DE LA CCV

- Dire au couple ou la personne que la CCV se fait par un personnel qualifié
- Dire au couple ou la personne que la CCV ne nécessite pas toujours une hospitalisation

6.1- Chez l'homme : la vasectomie

- Donner les informations suivantes :
 - Anesthésie locale
 - Section/ ligature du canal déférent des 2 côtés
 - Durée de l'acte : 10 – 15 minutes
 - Réalisation : en ambulatoire
- Donner les conseils suivants après la vasectomie
 - Nécessité d'une période de 3 mois ou 20 éjaculations avant que la méthode soit effective
 - Utiliser une méthode complémentaire pendant cette période
 - Observer un repos de 2 – 4 jours après l'intervention
 - Se présenter à la clinique en cas de douleurs, fièvre, saignement
 - Faire un spermogramme de contrôle après 3 mois

6.2- Chez la femme : ligature des trompes

- Donner les informations suivantes :

Anesthésie locale le plus souvent ou génitale

- Ligature / Section de trompes des 2 côtés
 - Réalisation : à tout moment en dehors de la grossesse, après avortement en l'absence d'infection, après un accouchement
- Donner les conseils suivants après la ligature :
 - Méthode efficace aussitôt après l'intervention
 - Repos d'une semaine après l'intervention
 - Se présenter à la clinique en cas de douleurs, fièvre, saignement après l'intervention
 - Maintenir le pansement sec

7- VISITES DE SUIVI

- Première visite : une semaine après l'intervention,
- Deuxième visite : trois semaines après la 1ere visite,
- Troisième visite : deux mois après la 2eme visite en cas de vasectomie,
- Autres visites : le ou la client (e) se présentera à la clinique chaque fois qu'il en éprouvera le besoin.

8- ETABLIR LA PROCEDURE DE SUIVI

- Procéder à l'interrogatoire,
- Vérifier la cicatrisation,
- Vérifier le degré de satisfaction,
- Demander un spermogramme au troisième mois chez l'homme après l'intervention,
- Enregistrer les résultats du suivi dans son dossier,
- Avant de dire «au revoir» au couple ou à la cliente, expliquer les signes devant lesquels le ou la client(e) devra consulter le centre :
 - Fièvre
 - Saignement ou suppuration
 - Œdème de la paroi
 - Douleurs pelviennes intenses
 - Vertiges
 - Hématurie

CHAPITRE 11 : LES PRESERVATIFS MASCULINS OU CONDOMS

Le préservatif ou condom masculin est une mince enveloppe en caoutchouc vinyle ou produit naturel. On le place sur le pénis en érection avant le rapport sexuel pour empêcher le sperme d'être en contact avec les voies génitales de la femme. Il protège également contre les IST/VIH/SIDA.

1- PRESENTATION DU CONDOM

- Utiliser un langage clair, simple et précis,
- Expliquer le condom : le condom est une mince enveloppe en latex ou en produit naturel ou en plastique qui porté sur le pénis en érection avant le rapport sexuel, empêche le sperme d'être en contact avec les voies génitales de la femme,
- Expliquer les avantages et les limites du condom,
- S'assurer de la compréhension de la cliente en lui posant des questions,

2- AVANTAGES DES PRESERVATIFS

2.1- Sur le plan contraceptif

- Efficacité immédiate (88 à 89% si bien utilisé),
- N'interfère pas avec l'allaitement,
- N'exige pas d'ordonnance ni de bilan médical,
- Peut être utilisé comme méthode d'appoint avec d'autres méthodes,
- Pas d'effet secondaire systématique,
- Facilement disponible,
- Peu cher.

2.2- Sur le plan santé

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

3- LIMITES

- Rupture du condom,
- Peut réduire la sensibilité du pénis et rendre plus difficile le maintien d'une érection,
- Interruption de l'élan sexuel chez certains hommes,
- Parfois quelques effets secondaires : allergie au latex.

4- CRITERES MEDICAUX D'ÉLIGIBILITÉ

Appliquer la conduite à tenir indiquée, si la réponse est « Oui » à des questions suivantes :

Éléments à rechercher	Non	Oui	Diagnostic probable et conduite à tenir
1. Cliente embarrassée pour demander à son partenaire d'utiliser des condoms		Oui	1. Refaire le counseling 2. Faire un jeu de rôle avec la cliente si possible avec démonstration sur un mannequin 3. Si la cliente manifeste des signes de répugnance, l'aider à choisir une autre méthode
2. Difficulté à garder le pénis en érection		Oui	4. Recommander à la cliente de dérouler le condom sur le pénis en érection Si réticence, aider à choisir une autre méthode
3. Existence d'antécédent d'allergie au latex		Oui	5. Conseiller l'utilisation d'eau comme lubrifiant et éliminer une infection 6. Si l'allergie persiste, aider à faire le choix d'une autre méthode

5- EXPLIQUER LE MODE D'EMPLOI

- Faire toucher un échantillon de condom à la cliente ou au client pendant l'explication,
- Dire à le/la cliente(e) le moment pour mettre le condom : avant tout contact sexuel,
- Dire au client qu'il faut mettre un condom pour chaque rapport sexuel,
- Montrer à la cliente ou au client comment utiliser un condom en faisant une démonstration sur le mannequin :
 - o Enfiler le condom jusqu'à la base du pénis en érection en respectant le sens du déroulement,
 - o Laisser l'espace prévu pour recueillir le sperme,
 - o Retirer le pénis du vagin aussitôt après l'éjaculation en maintenant le condom à la base du pénis entre le pouce et l'index,
 - o Retirer le condom du pénis,
 - o Jeter le condom dans une fosse septique ou WC ou l'enterrer.

6- PLANIFIER LES VISITES DE SUIVI

6.1- Lors de la visite initiale :

- Dire à la cliente ou au client de revenir avant la fin de la provision,
- Donner des conseils pratiques liés au condom :
 - o Conserver les condoms dans un endroit frais et sec,
 - o Éviter de les garder trop longtemps dans les poches vestimentaires ou de les exposer aux rayons du soleil,
 - o Consulter le centre PF en cas de déchirure ou de glissement lors d'un rapport sexuel.

6.2- Lors des visites de contrôle:

- Vérifier l'utilisation correcte de la méthode,
- Vérifier si le ou la client(e) est satisfait(e),
- Aider la cliente à faire le choix d'une autre méthode si la cliente n'est pas satisfaite.

CHAPITRE 12 : LES PRESERVATIFS FEMININS OU FEMIDON

Le préservatif féminin (Femidon) est un mince fourreau de polyuréthane, (matière plastique) mou et transparent que la femme place dans le vagin avant le rapport sexuel pour se protéger de la grossesse et des IST/VIH/SIDA (double protection).

1- PRESENTATION DE LA METHODE :

- Montrer et faire toucher un échantillon de condom féminin,
- Utiliser un langage simple, clair et précis,
- Utiliser un mannequin pour démontrer comment employer le condom féminin.

2- PRINCIPAUX AVANTAGES :

- Efficace,
- Protège contre la grossesse et les IST-VIH/SIDA,
- Pas d'allergies,
- Peut être porté plusieurs heures avant le rapport sexuel.

3- LIMITES (Inconvénients) ou précautions :

- Coûteux actuellement,
- Contraignant : doit être changé à chaque rapport,
- La femme doit toucher ses parties génitales,
- Peu discret,

4- EFFETS SECONDAIRES :

Pas d'effets secondaires apparents.

5- EXPLIQUER LE MODE D'EMPLOI :

- Avoir un mannequin et un échantillon,
- Utiliser un langage simple, clair et précis,
- Sortir le préservatif de son sachet,
- Masser le préservatif entre les doigts pour bien répartir le lubrifiant,
- Maintenir l'anneau intérieur et le pincer en 8 entre le pouce et l'index,
- Introduire le préservatif aussi loin que possible,
- Pousser vers le haut avec l'index placé dans le condom en évitant de le tordre,
- Avant le rapport, guider le pénis à l'intérieur du préservatif,
- Après le rapport, pour retirer le préservatif, pincer l'anneau extérieur en le faisant tourner, le tirer et le jeter dans une fosse septique ou WC, l'enterrer ou le brûler.,
- Donner les conseils pratiques suivants :
 - o préciser que pour chaque rapport il faut un nouveau condom,
 - o conserver les condoms dans un endroit frais et sec,
 - o éviter de les garder trop longtemps ou de les exposer à la lumière, à la chaleur et à l'humidité,
 - o manipuler les préservatifs avec soin (les ongles et les bagues peuvent les déchirer).
- S'assurer de la compréhension de la cliente,

- Laisser la cliente poser les questions et répondre à ses questions.
- Encourager la cliente à faire part de ses appréhensions et rumeurs sur le condom,
- Être à l'écoute de la cliente et répondre à toutes ses questions,
- Dissiper les rumeurs et appréhensions relevées,
- S'assurer de la compréhension de la cliente en lui posant des questions.

6- ASSURER LE SUIVI

6.1. Donner le rendez-vous de suivi :

- Dire la cliente de revenir avant la fin de sa provision,
- Lui demander si elle est satisfaite de la méthode,
- Lui dire "au revoir".

6.2. Faire la visite de suivi :

- Demander à la cliente si elle est satisfaite de l'utilisation du condom,
- Demander s'il veut encore utiliser les condoms : si non, l'aider à choisir une autre méthode,
- Demander à la cliente de revenir au centre au besoin ou en cas de problème.

6.3. Donner les conseils pratiques suivants :

- Conserver les condoms dans un endroit frais et sec,
- éviter de les exposer à la lumière ou à la chaleur.

CHAPITRE 13 : LES SPERMICIDES

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

1- PRESENTATION DES SPERMICIDES

- Utiliser un langage clair, simple et précis,
- Expliquer les spermicides : Les spermicides sont des produits chimiques qui, introduits dans le vagin avant le rapport sexuel, inactivent ou tuent les spermatozoïdes avant que ceux-ci ne pénètrent dans l'utérus de la femme,
- Montrer les différents types de spermicides : mousse, gelée, crème, comprimé vaginal,
- Décrire les avantages et limites : s'assurer de la compréhension de la cliente en posant des questions.

2- AVANTAGES

2.1- Avantages sur le plan contraceptif

- Efficace, beaucoup plus efficace s'ils sont associés au condom,
- Vente libre, peu coûteux,
- Facilité d'emploi,
- Effets secondaires rares,
- Peut servir de lubrifiant,
- Aucun effet secondaire systémique,
- N'affecte pas l'allaitement maternel.

2.2- Avantages sur le plan santé

- Procure une certaine protection contre les ITG et autres IST (HBV, VIH/SIDA)

3 - LIMITES

- Excès d'humidité vaginale,
- Interruption de l'élan sexuel (temps d'attente 10 à 15 mn),
- Nécessite une motivation constante de la cliente,
- Parfois allergie ou irritation vaginale,
- Efficacité modérée (taux de grossesse : 3 – 21%),
- Possibilité d'effets secondaires : allergie.

4- DETERMINER LES CRITERES MEDICAUX D'ELIGIBILITE

Appliquer la conduite à tenir indiquée, si la réponse est « Oui » à une des questions suivantes :

Éléments à rechercher	Non	Oui	Diagnostic probable et conduite à tenir
1. Cliente ne veut pas utiliser les spermicides à chaque rapport		Oui	Aider la cliente à faire le choix d'une autre méthode
2. Existence d'une allergie aux spermicides		Oui	Éliminer une infection vaginale Essayer un autre type de spermicide Ou Aider la cliente à faire le choix d'une autre méthode
3. Une grossesse serait à haut risque pour la cliente		Oui	Counseling Aider la cliente à choisir une autre méthode

5- EXPLIQUER LE MODE D'EMPLOI

- Montrer l'échantillon du spermicide choisi par la cliente, pendant l'explication,
- Indiquer à la cliente le moment pour mettre le spermicide : avant tout contact sexuel,
 - o Juste avant le rapport pour les crèmes, les gelées et mousses,
 - o 10 à 15 minutes avant le rapport pour les ovules et comprimés,
- Expliquer à la cliente comment utiliser les spermicides.

5.1- Pour les comprimés/ ovules :

- Se laver les mains,
- Humidifier le comprimé avec un peu d'eau,
- L'introduire profondément dans le vagin,
- Un comprimé ou un ovule pour chaque rapport.

5.2- Pour la mousse ou la crème :

- Agiter le flacon,
- Remplir l'applicateur,
- Introduire l'applicateur profondément dans le vagin,
- Vider le contenu,
- Une dose pour chaque rapport,
- Dire à la cliente de laver l'applicateur après chaque utilisation avec de l'eau et du savon,
- Expliquer à la cliente à quel moment faire la toilette intime :
 - o Attendre 6 à 8 heures de temps après le rapport avant de faire la toilette intime,
 - o Utiliser un supplément de spermicide si le rapport sexuel n'a pas lieu dans une ou deux heures après la première application.

6- VISITES DE SUIVI

6.1- Première visite :

- Dire à la cliente de revenir avant la fin de la provision,
- Donner des conseils pratiques liés aux spermicides :
 - o Conserver les spermicides dans un endroit aéré et sec
 - o Revenir à la clinique en cas d'effets secondaires ou autres problèmes.

CHAPITRE 14 : LA METHODE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ET DE L'AMENORHEE (MAMA)

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

1. PRESENTATION DE LA MAMA

- Utiliser un langage clair, précis et simple,
- Expliquer l'allaitement maternel comme méthode de contraception,
- L'allaitement intensif entraîne un blocage de l'ovulation et une aménorrhée qui empêchent la survenue d'une grossesse,
- Donner l'efficacité de MAMA qui est de 95% à 98% si les conditions suivantes sont réunies :
 - o Etre en aménorrhée de post-partum,
 - o Etre dans les 6 premiers mois du post-partum,
 - o Allaiter au sein de façon intensive, fréquente et prolongée.

2- AVANTAGES

2.1- Avantages de la MAMA

2.1.1- Sur le plan contraceptif

- Efficace si conditions très respectées,
- Ne coûte rien,
- N'interfère pas avec les rapports,
- Pas d'effets secondaires systémiques,
- Pas besoin de fournitures.

2.1.2- Sur le plan Santé

- Pour l'enfant
 - o Disponible à tout temps,
 - o Immunisation jusqu'à 6 mois (passive),
 - o Renforce l'affection mère / enfant,
 - o Assure des éléments essentiels pour sa suivie et son développement,
 - o Risque infectieux réduit.
- Pour la mère
 - o Economique,
 - o Diminue le saignement post-partum.

3- LIMITES

- Dépend de l'utilisatrice,
- Les circonstances sociales peuvent réduire l'efficacité de la MAMA,
- Ne protège pas contre les ITG et autres IST (VHB, VIH/SIDA),
- Contraignant pour la mère.

4- DETERMINER LES CRITERES MEDICAUX D'ELIGIBILITE

- Procéder à un interrogatoire minutieux pour apprécier la volonté de la cliente à adopter l'allaitement maternel comme méthode contraceptive,
- Appliquer la conduite à tenir indiquée, si la réponse est «OUI» à une des questions suivantes :

Eléments à rechercher	Non	Oui	Diagnostic probable et conduite à tenir
1. Survenue du retour de règles ?		Oui	Expliquer à la cliente que l'allaitement maternel n'est plus une méthode efficace
2. Bébé âgé de plus de 6 mois		Oui	Idem
3. Intervalle entre les tétées supérieur à 6 heures ?		Oui	Encourager la cliente à continuer l'allaitement et l'aider à faire le choix d'une autre méthode
4. Nombre de tétées inférieur à 10 fois par jour		Oui	Idem
5. Apport d'aliments complémentaires		Oui	Idem

5- EXPLIQUER LE MODE D'EMPLOI

- Montrer à la cliente comment donner le sein au bébé,
- Indiquer à la cliente les conditions nécessaires à respecter pour que l'allaitement maternel soit une méthode efficace,
- Dire de donner les 2 seins à chaque tétée,
- Dire d'allaiter le plus souvent et le plus longtemps possible, le jour et la nuit.

6- PLANIFIER LES VISITES DE SUIVI

6.1- Après la visite initiale

La cliente doit se présenter à la clinique lors des pesées du bébé (1fois tous les 15 jours) durant les 3 premiers mois et une fois par mois après les 3 premiers mois.

6.2- Pour chaque visite,

Le prestataire doit vérifier si les conditions nécessaires (surtout l'aménorrhée) pour l'efficacité contraceptive de l'allaitement maternel sont toujours respectées.

6.3- Au sixième mois,

La cliente doit se présenter à la clinique :

- Poser les questions ci-dessus pour adopter une conduite à tenir,
- Vérifier alors la liste de contrôle de l'interrogatoire,
- Expliquer à la cliente que l'allaitement maternel n'est plus une méthode contraceptive efficace,
- L'aider à faire le choix d'une autre méthode,
- Encourager la cliente à continuer l'allaitement.

6.4- A tout moment

La cliente doit se présenter à la clinique si :

- Une des conditions nécessaires déjà énumérées (surtout l'aménorrhée) n'est plus respectée,
- Il survient des problèmes liés à l'allaitement (engorgement mammaire, lait insuffisant ...),
- Elle désire des conseils particuliers (sevrages, régime alimentaire),
- Elle désire une autre méthode de contraception.

7- DONNER LES CONSEILS LIÉS A LA METHODE :

- Respecter une bonne hygiène lors des tétées,
- Avoir une ration alimentaire supplémentaire,
- Allaiter le bébé le plus longtemps possible,
- Venir à la clinique dès que l'une des conditions nécessaires (surtout l'aménorrhée) pour l'efficacité contraceptive de l'allaitement maternel n'est plus observée,
- Rappeler que la MAMA ne protège pas contre les IST.

CHAPITRE 15 : LA PLANIFICATION FAMILIALE NATURELLE (PFN)

1- DEFINITION DES METHODES NATURELLES

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

2- PRESENTATION DES METHODES NATURELLES

- S'aider d'aides visuelles et du matériel nécessaire,
- Utiliser un langage clair, précis et simple,
- Expliquer les méthodes naturelles : la méthode naturelle de contraception repose sur les techniques de planification ou de prévention des naissances liées à l'observation des signes normaux des périodes de fécondité ou d'infécondité, lors du cycle menstruel.

2.1- Différentes méthodes naturelles :

2.1.1- Les méthodes d'auto- observation (M.A.O) :

- Méthode de la glaire cervicale ou méthode de Billings,
- Méthode de température,
- Méthode sympto-thermique.

2.1.2- La méthode de calendrier ou rythme ou OGINO Knauss

- Donner l'efficacité de la PFN,
- Décrire les principaux avantages et limites de la PFN tout en encourageant la cliente à faire part de ses appréhensions et rumeurs,
- Dissiper les rumeurs.

3- AVANTAGES DE LA PFN

3.1- Sur le plan contraceptif

- Est approuvée par les religions,
- Est utilisée dans le traitement de l'infertilité,
- Pas d'effets secondaires systématiques,
- Coût financier presque nul,
- Toujours disponible,
- Ne nécessite pas une assistance des prestataires une fois la méthode maîtrisée.

3.2- SUR LE PLAN SANTE

- Encourage la participation du partenaire à la PF,
- Favorise la connaissance du système de reproduction,
- Renforce le lien du couple,
- Pas de risque de santé lié à la méthode.

4- LIMITES

- Peu d'efficacité,
- Nécessite une période d'apprentissage,
- Demande l'abstinence pendant la phase de fécondation,
- Demande une prise quotidienne de note,
- Les infections vaginales peuvent rendre la glaire cervicale difficile à interpréter,
- Certaines pathologies peuvent modifier la courbe thermique,
- Ne protège pas contre les IST/SIDA,
- Difficile à utiliser en cas d'irrégularité de cycles.

5- CRITERES MEDICAUX D'ELIGIBILITE

- Faire un examen clinique si besoin est, afin d'éliminer une vaginite pour la cliente ayant choisi la méthode de la glaire cervicale :
- Utiliser une liste de contrôle afin d'identifier les conditions d'utilisation de la PFN,
- Appliquer la conduite à tenir « CONVIENT A » si la réponse est « Oui » à une des questions suivantes :

Eléments à rechercher	Non	Oui	Diagnostic probable et conduite à tenir
1. Impossibilité pour le partenaire de s'abstenir pendant la période de fécondité		Oui	Aider la cliente à faire le choix d'une autre méthode Ou Conseiller l'utilisation d'une méthode de barrière pendant la période de fécondité
2. Existence d'irrégularités ou de troubles du cycle menstruel		Oui	Aider la cliente à faire le choix d'une autre méthode

6- MODE D'EMPLOI DE LA PFN

- S'aider des supports visuels adaptés,
- Prendre le temps d'expliquer la méthode,
- Préférer expliquer le mode d'emploi en présence du partenaire,
- Se renseigner sur les signes qui accompagnent les différentes périodes du cycle.

7- METHODE DE LA GLAIRE CERVICALE OU METHODE DE BILLING

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.

- Expliquer à la cliente les périodes « sèche et humide » de son cycle,
- Apprendre à la femme d'enregistrer sur une feuille appropriée les événements : ex changement de glaire cervicale,
- Dire à la cliente que la période humide correspond à la période d'ovulation,
- Dire à la cliente que la période sèche correspond à la période favorable aux rapports sexuels,
- Dire à la cliente qu'elle doit s'abstenir pendant la période humide et qu'elle peut avoir des rapports pendant la période sèche,
- Dire à la cliente d'utiliser une méthode de barrière si elle veut avoir un rapport sexuel pendant la période humide,
- Dire à la cliente qu'en cas de doute dans la détermination précise des périodes humide et sèche de désir d'avoir un rapport sexuel, d'utiliser une méthode de barrière.

8- METHODE DE LA TEMPERATURE

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

- Montrer à la cliente un thermomètre et lui apprendre à le lire,
- Montrer à la cliente comment remplir une feuille de température ou relever les températures chaque jour,
- Lui expliquer quand et comment prendre la température,
- Lui expliquer le principe : en s'aidant d'une courbe type : décalage thermique lors de l'ovulation avec température en plateau jusqu'aux prochaines règles,
- Expliquer à la cliente la période d'abstinence.

9- METHODE DU CALENDRIER (RYTHME)

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

- Se renseigner sur les 6 derniers cycles,
- Expliquer le principe : l'ovulation a lieu 14 jours avant les prochaines règles. L'ovule vit 1 à 2 jours et le spermatozoïde 3 à 4 jours,
- Demander à la cliente la durée de son cycle le plus court et celle de son cycle le plus long et expliquer sa période de fécondité,
- Pour déterminer la durée de la période de fécondité,
- Soustraire 11 du cycle le plus long et 18 du cycle le plus court,
- Pour les cycles réguliers soustraire 11 et 18 de la durée du cycle.

9.1- Cycle irrégulier

Cycle long = 35 jours

Cycle court = 27 jours

Début de la période de fécondité

$$27 - 11 = 9$$

Fin de la période de fécondité

$$35 - 11 = 24$$

La durée de la période de fécondité va du 9^{ème} au 24^e jour du cycle

9.2- Cycle régulier de 28 jours

$$28 - 18 = 10$$

$$28 - 11 = 17$$

La durée de la période de fécondité va du 10^{ème} au 17^{ème} jour du cycle

- Noter cette période sur la fiche de consultation de la cliente et dans son carnet.
- Expliquer à la cliente la période d'abstinence, et d'assurer qu'elle a compris.

10- METHODE SYMPTOTHERMIQUE

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).

- Expliquer à la cliente tous les signes habituels de l'ovulation chez une femme,
- Expliquer le principe en fonction du décalage thermique combiné avec d'autres signes de l'ovulation,
- Expliquer les principes des méthodes de la glaire cervicale, de la température et du calendrier à la cliente,
- Expliquer la période de fécondité et les jours d'abstinence à la cliente.

Ex. - Début = date sur le calendrier ou date d'apparition de la glaire cervicale

- Fin = 3 jours après le décalage thermique.

10.1- CONSEILS A LA CLIENTE

- Demander à la cliente de noter tout événement survenu pendant sa période de fécondité, heures du sommeil, fièvre, changement de thermomètre, pertes vaginales anormales, douleurs, stress...),
- Demander à la cliente d'utiliser une méthode de barrière dès apparition d'un nouveau signe durant son cycle menstruel,
- Demander à la cliente de venir à la clinique dès la survenue d'un trouble du cycle (retard des règles, aménorrhée, saignement) ou dès qu'elle n'est pas sûre de suivre les instructions ou si elle désire changer de méthode.

10.2- SUIVI DE SUIVI

1^{ère} visite de suivi : 15 jours après la visite initiale

- Demander à la cliente de réexpliquer l'utilisation de sa méthode,
- Demander les problèmes rencontrés et donner des explications ou solutions à ces problèmes.

2^{ème} visite de suivi : 15 jours après la première visite de suivi

- Vérifier si la cliente ou le couple respecte les conseils donnés,
- Demander à la cliente si elle est satisfaite de sa méthode,

- Donner des conseils utiles.

Autres visites :

- S'assurer de la maîtrise de la méthode et du respect des conseils par le couple,
- Demander à la cliente de se présenter à la clinique à n'importe quel moment si elle en a besoin.

CHAPITRE 16 : LE COLLIER DU CYCLE

1- PRESENTATION DE LA METHODE

- Le Collier du Cycle est un support de la méthode des jours fixes. C'est un ensemble de perles de différentes couleurs qui représentent les jours du cycle menstruel de la femme,
- Les couleurs des perles aident la femme à connaître les jours où elle peut tomber enceinte,
- Le Collier du Cycle peut donc aider les femmes à éviter des grossesses non planifiées.

Le Collier du Cycle est basé sur une méthode naturelle de planification familiale appelée méthode des jours fixes. Les recherches sur la méthode des jours fixes ont déterminé que lorsqu'elle est utilisée correctement, elle est efficace à plus de 95% dans la prévention des grossesses chez les femmes.

Moins de 5 femmes sur 100 peuvent donc tomber enceinte si la méthode est utilisée correctement

2- INDICATIONS

- Les femmes dont le cycle menstruel dure entre 26 et 32 jours,
- Les couples qui communiquent bien et qui acceptent d'éviter des rapports sexuels non protégés quand la femme peut tomber enceinte.

3- SIGNIFICATION DES COULEURS

- La flèche indique la direction dans laquelle il faut déplacer l'anneau,
- La perle ROUGE marque le premier jour de tes règles,
- La perle MARRON foncée t'aide à savoir si ton cycle dure moins de 26 jours,
- Toutes les perles MARRON marquent les jours où il est peu probable que la femme tombe enceinte,
- Toutes les perles BLANCHES marquent les jours où tu peux tomber enceinte.

Le Collier du Cycle compte 32 perles, un anneau en caoutchouc et un cylindre avec une flèche

4- MODE D'UTILISATION

- Le premier jour de tes règles, mets l'anneau du collier sur la perle ROUGE,
- Marque également ce jour sur ton calendrier,
- Déplace l'anneau chaque jour, d'une perle à l'autre. Continue de déplacer l'anneau, même les jours où tu as tes règles suivant le sens de la flèche,
- Il ne faut pas avoir des rapports sexuels non protégés le jour où l'anneau se trouve sur une perle BLANCHE,
- La femme peut avoir des rapports sexuels lorsque l'anneau se trouve sur une perle MARRON. Il est peu probable que la femme tombe enceinte ce jour là,
- Mets à nouveau l'anneau sur la perle ROUGE le jour où tes prochaines règles reviennent et saute les perles qui restent.

4.1- Conduite à tenir en cas d'oubli de déplacer l'anneau

Si la femme a oublié de déplacer l'anneau, elle doit suivre les instructions ci-dessous :

- Vérifier sur le calendrier, la date à laquelle tu as eu tes dernières règles,

- Ensuite commençant par ce jour, compte le nombre de jours qui se sont écoulé depuis, y compris aujourd'hui,
- Enfin, commençant par la perle ROUGE compte le même nombre de perles et déplace l'anneau ce même nombre de perle d'aujourd'hui.

4.2- Le Collier du Cycle et le cycle menstruel

Le collier représente le cycle menstruel d'une femme. Chaque perle représente un jour du cycle.

- Le cycle commence le premier jour des règles,
- Le cycle se termine le jour avant les prochaines règles.

Le cycle menstruel de la femme, ce n'est pas la même chose que ses règles, les règles sont les jours où la femme a un saignement menstruel. le cycle couvre tous les jours allant du moment où les règles commencent jusqu'au jour avant les prochaines règles.

En rappel : Le Collier du Cycle est une méthode qui convient à :

- La femme dont les cycles durent toujours de 26 à 32 jours. Si plus d'une fois dans une année, le cycle est plus court que 26 jours ou plus long que 32 jours, le Collier du Cycle NE fonctionnera pas pour elle,
- La femme commence à utiliser le Collier du Cycle le premier jour de ses règles,
- Elle déplace l'anneau chaque jour,
- Elle ne doit pas avoir des rapports sexuels non protégés les jours des perles BLANCHES.

5- SIGNES D'ALARME

- Si tu as des rapports sexuels non protégés le jour où l'anneau se trouve sur une perle BLANCHE,
- Si tu penses être en règle parce que tu n'as pas eu tes règles,
- Si tu as tes règles avant d'arriver sur la PERLE MARRON FONCÉE, cela signifie que ton cycle est plus court que 26 jours,
- Si tes règles ne reviennent pas le jour après la dernière perle MARRON, cela signifie que ton cycle est plus long que 32 jours.

Si ton cycle est plus court que 26 jours, ou plus long que 32 jours plus d'une fois par an, le Collier du Cycle N'EST PAS la bonne méthode pour toi.

6- PRECAUTIONS

- Si la femme vient d'avoir un bébé ou si elle allaite,
- Si la femme a récemment utilisé une autre méthode de planification familiale.

Dans ces deux cas elle doit apprendre d'avantage sur son cycle. Elle doit en parler avec le prestataire de soins avant d'utiliser le collier.

7- CONDITIONS D'EFFICACITE

- Le collier est surtout efficace pour les femmes qui ont des cycles qui durent entre 26 et 32 jours,
- Pour savoir si la femme a un cycle qui dure entre 26 et 32 jours, elle doit répondre à ces deux questions,

1-Est-ce qu'elle a généralement tes règles à la date prévue ?

2-Est-ce que ses règles ont environ un mois d'intervalle ?

- Si elle répond OUI aux deux questions, ce signifie que son cycle dure entre 26 et 32 jours. Elle doit commencer à utiliser le collier le premier jour de ses prochaines règles.
- Si la femme répond NON à UNE des deux questions le collier n'est pas une méthode indiquée pour elle. Elle doit songer à utiliser une autre méthode.

Si la femme n'est pas sûre à propos de la durée de son cycle, elle doit en parler avec son prestataire.

8- CHANGEMENT DE METHODES

8.1- Passage de la pilule au collier

En répondant à cette question, la femme saura si le Collier est une méthode indiquée pour elle.

- Est-ce que ton cycle durait entre 26 et 32 jours avant d'utiliser la pilule ?
 - Si la femme répond OUI elle peut utiliser le Collier du Cycle. Elle termine la plaquette de pilules actuelle si elle ne l'a pas finie. Ensuite elle peut utiliser le Collier du Cycle le premier jour de ses prochaines règles,
 - Si elle répond NON le collier n'est pas une méthode indiquée pour elle. Elle doit songer à utiliser une autre méthode,
 - Si elle n'est pas sûre à propos de la durée de son cycle, elle doit en parler avec son prestataire.

8.2- Passage du stérilet (DIU) au Collier

En répondant à cette question, la femme saura si le Collier est une méthode indiquée pour elle.

- 1- Est-ce que ton cycle durait entre 26 et 32 jours pendant que tu utilise le DIU ?
- 2- Est-ce que le DIU a été retiré ?
 - Si elle répond OUI aux deux questions, elle peut utiliser le collier. Elle commence l'utilisation le premier jour de ses prochaines règles
 - Si elle répond NON à au moins UNE des deux questions le collier n'est pas une méthode indiquée pour elle. Elle doit songer à utiliser une autre méthode.

8.3- Passage de la contraception d'urgence au collier

En répondant à cette question, la femme saura si le Collier est une méthode indiquée pour elle.

- Est-ce que le cycle de la femme dure entre 26 et 32 jours ?
 - Si elle répond OUI, elle peut utiliser le Collier du Cycle. Elle commencera à l'utiliser le premier jour de ses prochaines règles
 - Si elle répond NON, le collier n'est pas une méthode indiquée pour elle. Elle doit songer à utiliser une autre méthode.

Le Collier du Cycle ne protège pas contre le VIH/SIDA ou d'autres infections sexuellement transmissibles

Le Collier du Cycle n'est pas un jouet. Il faut le ranger dans un endroit, hors de portée des enfants

CHAPITRE 17 : LA PLANIFICATION FAMILIALE DANS LA PERIODE DU POST -PARTUM

1- DEFINITION

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

- Moins de six (6) semaines en l'absence d'allaitement (la 1ère ovulation survient à J45 post partum).
- En cas d'allaitement exclusif, la période est plus longue. On ne peut prédire le retour de la fécondité.
- MAMA : 98% d'efficacité si allaitement maternel exclusif et aménorrhée.

2- TYPES DE METHODES

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

3- QUAND ADMINISTRER LA METHODE ?

- Immédiatement après l'accouchement,
- Dans les suites de couches,
- Après la 6ème semaine de l'accouchement,
- Après 6 mois d'allaitement.

4- DIRECTIVES DE PRESCRIPTION DES METHODES DE CONTRACEPTION DANS LE POST-PARTUM

4.1- Règles générales

- Se rappeler que les rapports sexuels existent, et se pratiquent dans le post-partum,
- Se rappeler que le post-partum est une occasion d'initier la contraception,
- Tenir compte des réalités culturelles,
- Conseiller l'allaitement maternel intensif pendant les 6 premiers mois du post-partum comme méthode efficace,
- Informer les clientes sur la contraception du post-partum lors des consultations prénatales et lors de l'accouchement.

4.2- Bilan

Les méthodes seront prescrites en fonction de la pratique ou non de l'allaitement maternel et les critères d'éligibilité.

Le counseling spécifique sera fait en fonction de la méthode prescrite (cf. chapitre concerné)

4.3- Instructions

- Encourager l'allaitement exclusif,
- Ne pas arrêter d'allaiter si on commence une méthode contraceptive,
- La méthode utilisée doit être sans effets sur l'allaitement et la santé du bébé.

4.4- Règles de prescription des méthodes (voir méthodes)

Méthodes	Règles de prescription
Allaitement maternel	<ul style="list-style-type: none"> • Immédiatement après l'accouchement • Méthode de choix
DIU	<ul style="list-style-type: none"> • Insertion à partir de la 6eme semaine P.P • N'influence pas l'allaitement maternel
Progestatifs oraux Injectables et Norplant	<ul style="list-style-type: none"> • Prescription à partir de la 6eme semaine si allaitement maternel pas efficace • Peuvent être prescrites avant 6 semaines si besoin
Oestro- progestatifs oraux = COC	<ul style="list-style-type: none"> • Prescription possible à partir de la 6eme semaine, de préférence 6 mois après • Préférer les COC faiblement dosés en œstrogène
Méthodes de barrière (condom/ spermicides)	<ul style="list-style-type: none"> • Prescription à tout moment • Protection contre les IST/SIDA
Méthodes naturelles	<ul style="list-style-type: none"> • Prescription dès accouchement
CCV	<ul style="list-style-type: none"> • Faite à tout moment • Nécessite un bon counseling

CHAPITRE 18 : LA PLANIFICATION FAMILIALE DANS LE POST-ABORTUM

1- DEFINITION

C'est l'ensemble des méthodes contraceptives utilisées pour éviter une grossesse après un avortement.

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

- Ses caractéristiques personnelles,
- Sa condition clinique,
- Ses capacités de prestations de services dans la communauté où elle habite.

2- TYPES DE METHODE

Toutes les méthodes contraceptives.

3- QUAND COMMENCER LA PLANIFICATION FAMILIALE ?

Les services de planification familiale doivent être offerts immédiatement ou les 7 premiers jours car l'ovulation peut se produire dès le 11^{ème} jour du cycle.

Les femmes peuvent être enceintes de nouveau avant leur prochaine menstruation.

3.1- Counseling initial

- **Quelles méthodes contraceptives utiliser ?**

- On peut utiliser toutes les méthodes de contraception moderne après un avortement.
- Donner des informations sur le besoin de protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST).

3.2- Bilan

- Faire un bilan de la femme pour les précautions standard d'utilisation d'une méthode particulière et rechercher les conditions cliniques de la cliente.

L'information nécessaire pour la prestation de services post-abortum, y compris les indications et les précautions se rapportant aux diverses méthodes, se trouvent dans ce document à la section concernant chaque méthode.

4- DIRECTIVES POUR L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION POST AVORTEMENT

CONDITIONS CLINIQUES	PRECAUTIONS	RECOMMANDATIONS
Présomption ou diagnostic d'infection	Pas d'insertion DIU Suivi } guérison } 3 mois après	COC PSP Barrières spermicides
Blessure du tractus génital Perforation utérus Lésion cervicale vaginale	Pas de DIU Diaphragmes Spermicides Suivi +++	COC DIU (progestatif) Barrières spermicides
Saignements graves Anémie aiguë HB < 7g ldl HT < 20	Pas d'implants CIP – DIU Suivi ++ Si anémie	COC DIU (progestatif) Barrières spermicides
Conditions cliniques normales	Pas	Toutes les méthodes

5- DIRECTIVES DE PRESCRIPTION DES METHODES CONTRACEPTIVES :

5.1- Règles générales

- Se rappeler que le retour à la fécondité est immédiat dans le post- abortum : 2 semaines pour un avortement du premier trimestre et 4 semaines pour un avortement du deuxième trimestre.
- Se rappeler que les rapports sexuels peuvent reprendre après un avortement
- Informer la cliente sur la contraception post- abortum et administrer la méthode après un choix éclairé

5.2- Règle de prescription des méthodes contraceptives (voir méthodes)

Méthodes	Règles de prescription
Oestro-progestatifs oraux	Prescription dans les 7 premiers jours du post-abortum Ou n'importe quand si on est sûr que la cliente n'est pas enceinte
Progestatifs oraux	IDEM
Injectables et Norplant	IDEM
Dispositifs intra- utérins	Insertion dans les 7 premiers jours du post abortum par un personnel entraîné s'il n'y a pas signe d'infection de l'utérus
Méthodes de barrière	Prescription à tout moment protection contre MST/SIDA
Méthodes naturelles	Prescription immédiate après l'avortement
Contraception chirurgicale volontaire	Peut se pratiquer à tout moment nécessite d'un bon counseling

CHAPITRE 19 : LA CONTRACEPTION D'URGENCE

1- DEFINITION

La contraception d'urgence est celle utilisée dans les 72 heures qui suivent un rapport sexuel non protégé probablement fécondant s'il n'existe pas de désir de grossesse.

2- PRESENTATION DES METHODES QUI PEUVENT ETRE UTILISEES COMME CONTRACEPTIFS D'URGENCE

- Communiquer avec la cliente en utilisant un langage clair, simple et adapté,
- S'aider des aides visuelles ou matériels utiles,
- Faire toucher les échantillons,
- Expliquer la contraception d'urgence : elle est utilisée dans les 72 heures qui suivent un rapport sexuel non protégé probablement fécondant s'il n'y a pas un désir de grossesse,
- Vérifier la compréhension de la cliente,
- Dissiper les rumeurs.

2.1- Types de méthodes

- COC,
- PSP,
- Antiprogestatifs (mifépristone),
- DIU (libérant du cuivre).

2.2- Counseling initial (cf. page 5)

2.3- Bilan de la cliente (cf. bilan pour COC, PSP et DIU)

2.4- Counseling spécifique

- La C.U. n'est pas une méthode contraceptive à recommander de façon routière
- Il est important de faire un counseling afin d'amener la cliente à choisir une méthode de contraception

3- AVANTAGES

- Très efficace (97 à 100%),
- DIU fournit une contraception de longue durée,
- COC sont très efficaces s'ils sont pris dans les 72 heures,
- Permet d'éviter les IVG,
- Permet d'éviter les grossesses non planifiées.

4- LIMITES

- Doit être débuté obligatoirement dans les 72 heures (5 jours pour le DIU),
- Effets secondaires élevés si méthodes hormonales :
 - o Céphalées
 - o Nausées
 - o Vomissement
 - o Sensibilité des seins
 - o Méthodes à courte durée.

5- CRITERES MEDICAUX D'ELIGIBILITE

- Identifier les conditions d'utilisation d'une méthode :
 - o Mener l'interrogatoire
 - o Conduire l'examen clinique si nécessaire
- Appliquer la conduite à tenir : « convient à ou ne convient pas à » selon le cas de la méthode choisie

6- CONDITION D'ADMINISTRATION DE LA METHODE RECOMMANDEE

- Mécaniques : DIU
- Chimiques : COP, COC

Produit	Dosage	Période d'administration	Efficacité	Limites
COC faiblement dosé	4 cp. 1ere heure 4 cp. 12 h après	Avant 72 heures suivant le rapport sexuel	Très efficace 98%	Nausées Vomissements Sensibilité des seins
Normodosées	2 cp. 1ere heure 2 cp 12 h après	" "	"	"
COP Ovrette	20 cp 1ere heure 20 cp 12 h après	48 h suivant le rapport sexuel	96%	Moins prononcés que ceux des COC
COP Norlevo Optinor XXXX(UFPA)	1 cp 1ere heure 1 cp 12 h après	48 h suivant le rapport sexuel	96%	Moins prononcés que ceux des COC
DIU		Dans les 5 jours suivants les rapports sexuels	Posé très tôt très efficace	

Antiprogestatifs

- Prendre 600 mg de mifepristone dans les 72 heures suivant les rapports sexuels non protégés en période de fécondité.

7- VISITES D SUIVI

7.1- Lors de la visite initiale :

- Expliquer la probabilité des effets secondaires,
- Expliquer à la cliente le mode d'emploi correct de la méthode,
- Expliquer les conditions de l'efficacité de la méthode,
- Vérifier la compréhension de la cliente,
- Donner un rendez-vous de 21 jours après administration de la méthode.

7.2- Lors de la visite de suivi

- Vérifier le niveau de satisfaction

Si menstrues

- Discuter de la continuité de la méthode (ancienne utilisatrice de méthodes),
- Ou amener la cliente à adopter la méthode de son choix.

Si pas menstrues

- S'assurer de la présence d'une grossesse ou non,
- Discuter du suivi de la grossesse (voir CPN).

8- PRISE EN CHARGE DES EFFETS SECONDAIRES COMMUNS

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

CHAPITRE 20 : LA CONTRACEPTION CHEZ LES ADOLESCENTS

1- PRESENTATION DES METHODES CONTRACEPTIVES UTILISABLES PAR UN ADOLESCENT

- Rassurer l'adolescent,
- Communiquer en utilisant un langage clair et précis,
- Expliquer l'importance ou la nécessité de la contraception chez l'adolescent :

Les adolescents sexuellement actifs ont besoin d'une contraception sûre et efficace. Ils ont généralement des relations temporaires et peuvent avoir souvent de multiples partenaires. Ceci les expose à un risque considérable de contracter les infections du tractus génital et autres IST/SIDA ainsi que les grossesses précoces et ou non désirées.

Les adolescents doivent avoir accès aux services de PF parce que la contraception prévient les grossesses non désirées et les IST/SIDA.

Expliquer l'avantage de la contraception chez l'adolescent.

* Notion de double contraception.

2- TYPES DE CONTRACEPTION CHEZ LES ADOLESCENTS

2.1- Premier choix

- Méthodes naturelles (abstinence),
- Méthodes de barrière (préservatif et spermicide),
- Contraceptifs oraux combinés,
- Contraceptifs oraux progestatifs.

2.2- Deuxième choix

- Norplant/Jadelle,
- Injectable (sur prescription médicale),
- DIU.

3- AVANTAGES

- Protection contre la grossesse précoce ou non désirée,
- Protection contre les IST/SIDA.

4- LIMITES

- Non accessibilité de certaines méthodes qui ne sont pas recommandées,
- Certains effets secondaires des méthodes.

5- CRITERES MEDICAUX D'ELIGIBILITE

- Identifier les conditions d'utilisation d'une méthode chez l'adolescent
- Mener l'interrogatoire
- Conduire l'examen clinique

- Appliquer la conduite à tenir : «convient à ou ne convient pas à» en tenant compte des caractéristiques de l'adolescent et de son choix

Caractéristiques	Méthode de choix	Méthode non appropriée
Nulligeste	Pilules combinées	DIU
Partenaires multiples	Préservatifs	DIU
Inconscience	DIU	Pilule
Cycles irréguliers	Pilule combinée	PSP injectable
Rapports sexuels occasionnels espacés ou irréguliers	Préservatifs Spermicides	DIU

NB : Toutes les méthodes sont utilisables sauf la CCV

6- PRESCRIPTION DE LA METHODE CONVENABLE

(Voir administration de la méthode)

7- PROGRAMMER LES VISITES SELON LA METHODE CHOISIE

(Voir suivi de la méthode)

Mettre un accent particulier sur la prévention des IST/VIH/SIDA et des grossesses non désirées (double protection).

N.B. Une sexualité précoce augmente le risque de cancer du col. L'abstinence devrait être fortement recommandée chez un adolescent

CHAPITRE 21 : LA CONTRACEPTION CHEZ LES FEMMES DE PLUS DE 35 ANS

1- PRESENTATION DES CONTRACEPTIFS UTILISABLES CHEZ LES FEMMES DE PLUS DE 35 ANS

- Communiquer en utilisant un langage clair, simple et adapté,
- S'aider des supports nécessaires,
- Expliquer les méthodes utilisables,
- Encourager le couple ou la cliente à faire part de ses appréhensions ou des rumeurs,
- Expliquer les avantages de la contraception chez la femme de plus d 35 ans.

Les femmes de plus de 35 ans ont besoins d'une contraception sûre et efficace car elles ont des risques accrus de santé (morbidité et mortalité) si elles tombent enceintes.

2- AVANTAGES

- Evite les grossesses non désirées,
- Aide à améliorer l'état de santé de la patiente,
- Crée un état de bien être familial social etc.

3- CRITERES MEDICAUX D'ELIGIBILITE

- Identifier les conditions d'utilisation d'une méthode chez la patiente,
- Tenir compte des problèmes de santé chez les femmes de plus de 35 ans :
- HTA – thrombophlébite
- Tabagisme
- Diabète
- Obésité
- Cancer de l'appareil génital et du sein etc.
- Appliquer la conduite à tenir : « convient à, ne convient pas à ».

4- TYPES DE CONTRACEPTION CHEZ LES FEMMES DE 35 ANS

- Méthodes de barrière (préservatifs masculins ou féminins et spermicide),
- Contraceptifs oraux progestatifs,
- Norplant/Jadelle,
- Injectable,
- DIU.
- Méthodes naturelles,

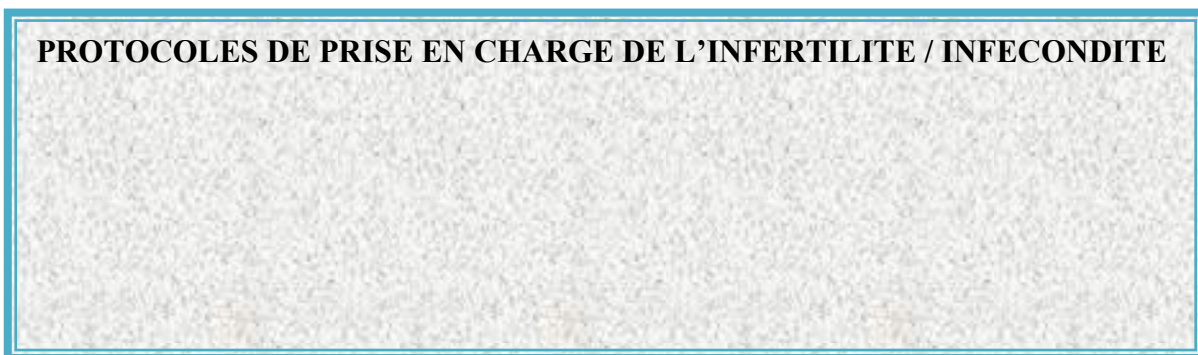
5- PROCEDURE DE LA METHODE CHOISIE

(Voir administration de la méthode)

6- PROGRAMMATION DES VISITES

(Voir suivi de la méthode)

PROTOCOLES DE PRISE EN CHARGE DE L'INFERTILITE / INFECONDITE



1- But

Au Togo, la lutte contre l'infertilité/l'infécondité du couple a pour but de donner aux couples et aux individus en âge de procréer, les possibilités d'avoir des enfants afin de contribuer au bien-être complet des individus et des familles.

Toutes les personnes en âge de procréer ont droit aux services de lutte contre l'infertilité et l'infécondité et doivent y avoir accès sur la base d'un libre choix individuel et éclairé.

2- Objectifs

La politique de lutte contre l'infertilité/l'infécondité a pour objectifs de:

- Diagnostiquer les couples et individus infertiles/inféconds,
- Prendre en charge les couples et individus diagnostiqués,

CHAPITRE 22 : L'INFERTILITE/INFECONDITE

1- Définition

L'**infertilité** est l'incapacité pour un couple d'obtenir une grossesse après **un an** de vie commune, malgré des rapports sexuels normaux et réguliers sans précautions contraceptives.

L'infertilité est dite **primaire** s'il n'y a jamais eu de grossesse dans le couple.

L'infertilité est dite **secondaire** s'il y a eu au moins une grossesse, quelle qu'en ait été l'issue (accouchement, avortement, GEU).

L'**infécondité** est l'incapacité d'avoir un enfant, c'est l'absence d'enfant dans le couple.

La stérilité est l'incapacité définitive et irréversible d'obtenir un enfant. Ce terme est en train d'être supprimé du fait de l'évolution des nouvelles techniques d'Assistance Médicale à la Procréation (AMP). Il faut utiliser le terme infertilité à la place de stérilité.

Ce terme ne peut être employé qu'à la fin de toute vie reproductive ou en cas d'échec de toute thérapeutique.

2- Etapes de la consultation

2.1- Accueillir le (la) client(e) ou le couple :

- Saluer,
- Souhaiter la bienvenue,
- Offrir une chaise,
- Mettre le client ou le couple à l'aise et faire les présentations,
- Assurer la confidentialité,
- Demander le motif de la consultation,
- Expliquer la procédure de la consultation, les services disponibles et les lieux d'offre.

2.2-Mener l'interrogatoire :

Le médecin va tenter de déterminer s'il n'existe pas d'obstacles physiques ou psycho sexuels à l'intérieur du couple.

- Mener l'interrogatoire du couple ensemble, puis séparément,
- Demander :
 - o Durée de cohabitation,
 - o Durée du mariage,
 - o Durée du désir de grossesse,
 - o Nombre de rapports sexuels par semaine,
 - o Nombre d'épouses du mari,
 - o Age du dernier enfant avec les autres épouses,
 - o Ce que le couple sait sur la physiologie du cycle menstruel,
 - o Age de la puberté.
- Préciser le type d'infertilité,

- Recueillir les renseignements sur :
 - o Facteurs pouvant influencer l'infertilité du couple/client (mode de vie, profession), dysfonctionnement sexuel (dyspareunie, vaginisme, impuissance, éjaculation précoce, éjaculation rétrograde, anéjaculation),
 - o La prise de certains médicaments, d'alcool, de tabac
 - o Cycle menstruel (syndrome prémenstruel, dysménorrhée, signes d'ovulation, ...),
 - o Antécédents médicaux, chirurgicaux, obstétricaux gynécologiques (IST, oreillons chez l'homme, méthode de contraception antérieure, cure d'hernie, avortements spontanés, avortements provoqués, accouchement prématuré, infections du post-abortum, traumatisme testiculaire),
- Noter tous les renseignements recueillis.

2.3- Faire l'examen clinique

De la femme :

- Demander à la femme de se déshabiller,
- Faire l'examen général : les caractères sexuels secondaires (CSS), poids, taille, thyroïde, foie, rate, cœur,
- Faire l'examen des seins à la recherche d'une éventuelle galactorrhée ou de nodules,
- Faire l'examen gynécologique (spéculum, TV combiné au palper),
- Faire l'examen gynécologique à la période péri ovulatoire pour apprécier l'aspect de la glaire.

De l'homme :

- Demander à l'homme de se déshabiller,
- Faire l'examen général (morphologie, poids, taille, caractère, pilosité axillaire, thyroïde),
- Faire l'examen des organes génitaux externes :
 - o Du pénis (hypospadias...),
 - o Des bourses (consistance et situation des testicules, varicocèle...).
- Faire le toucher rectal (prostatite...).

2.4- Demander les examens complémentaires

Chez la femme :

- NFS, VS, frottis vaginal y compris le PH vaginal, test post-coïtal (TPC), PV, Sérologies syphilis, HIV, chlamydiae
- Echographie pelvienne
- Hystérosalpingographie (HSG), biopsie de l'endomètre,
- Cœlioscopie,
- Dosages hormonaux.

Chez l'homme :

- NFS, VS, Sérologies, syphilis, HIV, chlamydiae
- Spermocytogramme, Spermoculture
- Dosages hormonaux,
- Biopsie testiculaire.
- Echographie prostatique

3- Prise en charge des cas d'infertilité

3.1- Poser le diagnostic étiologique

A partir des informations collectées et des résultats des examens complémentaires. (*Voir tableau d'interprétation étiologique ci après*).

3.2- Conseiller le couple/client :

- Conseiller le couple d'avoir les rapports sexuels en période de fécondité (faire une courbe de température, identifier jours de fécondité...),
- Conseiller sur les mesures d'hygiène et de comportements favorables à la fécondité, la patience et le suivi régulier,
- Mener l'IEC sur :
 - Moyens d'éviter les IST,
 - Risques liés aux avortements provoqués.

3.3- Traiter ou référer

En fonction de sa propre compétence et des résultats de l'examen :

- Fixer un rendez-vous de suivi,
- Dire au revoir.

Tableau d'interprétation étiologique des infertilités dans l'anamnèse

Signes retrouvés	Causes possibles
Femme âgée de 40 ans ou plus	La fécondité diminue avec l'âge.
Femme avec trouble du cycle (spanioménorrhée, aménorrhée)	Infertilité due à l'anovulation ou à la dysovulation.
Femme avec antécédents infections pelviennes (IST, avortements, sceptiques...) kystes ovariens	Infertilité due à des lésions cicatricielles de l'utérus ou des trompes (obstruction).
Homme avec antécédents d'infection (IST, orchite ourlienne)	Infertilité due à des lésions cicatricielles des testicules ou des canaux déférents (obstruction).
Homme avec facteurs favorisants (vêtements serrés, chauffeurs)	Infertilité par des troubles de la spermatogenèse (testicules exposés à la chaleur).
Partenaires avec antécédents chirurgicaux du petit bassin pelvipéritonite)	Infertilité due aux séquelles inflammatoires des organes génitaux.
Pathologies (diabète, thyroïdite)	Infertilité due aux troubles endocriniens.
Prise de certains médicaments ou de drogues	Certains médicaments (narcotiques, tranquillisants, antihypertenseurs, nicotine, alcool, antidépresseurs) entraînent asthénospermie ou impuissance sexuelle.
Polygamie ou grands voyageurs	Rapports en dehors des périodes fécondes.

Examen chez la femme

Signes retrouvés	Causes possibles
Anomalies des caractères sexuels (pilosité rare, seins peu développés, utérus infantile...)	Infertilité due à des troubles hormonaux.
Anomalies du fonctionnement glandulaire (thyroïde, surrénales, hypophyse...)	Infertilité due à des troubles endocriniens.
Anomalies anatomiques des organes génitaux (malformation utérine, fibrome, cloison vaginale, ovaire poly kystique)	Infertilité due à des malformations des organes génitaux.
Signes d'infection pelvienne (salpingite, endométrite, vaginite...)	Infertilité due à des séquelles inflammatoires des organes génitaux.
Cicatrices au niveau de l'abdomen	Lésions post-opératoires des organes génitaux.

Examen Chez l'homme

Signes retrouvés	Causes possibles
Cicatrices au niveau de l'abdomen	Lésions post-opératoires des organes génitaux
Anomalies des caractères sexuels (verge infantile)	Infertilité due à des troubles hormonaux.
Troubles de l'érection ou de l'éjaculation	<ul style="list-style-type: none">▪ Troubles neurologiques,▪ Troubles circulatoires,▪ Troubles psychosociaux.
Signes d'infection génitale (IST, tuberculose)	Infertilité due à des séquelles inflammatoires avec anomalies de la spermatogenèse.
Anomalies anatomiques (hypospadias, ectopie testiculaire)	Infertilité due à des malformations anatomiques.

4- Prise en charge de l'infertilité

4.1- Prise en charge par niveau

Niveaux	Conduite à tenir
Village /communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Informer le couple de la nécessité de : <ul style="list-style-type: none"> ○ référence pour une meilleure prise en charge, ○ prévoir de l'argent à cet effet pour les différentes investigations possibles. • Référer vers l'USP/CMS.
USP/CMS	<ul style="list-style-type: none"> • Expliquer certaines causes d'infertilité : <ul style="list-style-type: none"> ○ les infections génito-urinaires (IST), la multiplicité des partenaires sexuels, ○ les avortements provoqués, les suites de couches compliquées, ○ les malformations des organes génito-urinaires. • Examiner le couple/client(e), • Demander des examens complémentaires si possible, • Informer le couple des résultats des examens, • Si à la fin de l'examen, on ne peut tirer une conclusion : <ul style="list-style-type: none"> ○ expliquer au couple la physiologie de la reproduction en s'aidant de planches, de tableaux appropriés, ○ recommander au couple d'avoir des rapports pendant la période ovulatoire, ○ donner des conseils au couple sur les mesures adjuvantes : bonne alimentation, repos, arrêt du tabac, de l'excès d'alcool, ○ dire au couple d'être patient et insister sur la régularité du suivi, ○ convoquer le couple après 3 ou 6 mois, ○ référer le couple si absence de grossesse après 6 mois. <p>N.B : Cette prise en charge est fonction du prestataire en place.</p>
HD	<ul style="list-style-type: none"> • Idem USP/CMS, • Examen bactériologique de la glaire cervicale, prélèvement vaginal et antibiogramme, • Faire les traitements appropriés selon les résultats des examens complémentaires, • Recommander des consultations multidisciplinaires, notamment une prise en charge psychologique s'il n'y a pas de cause évidente. <p>Chez la femme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Troubles du cycle + galactorrhée : <ul style="list-style-type: none"> ○ bromocriptine 5 mg à dose progressive. • Insuffisance lutéale : <ul style="list-style-type: none"> ○ progestatif en 2^{ème} phase (progestérone ou dydrogesterone 20 mg/j), ○ clomifène 50 à 100 mg/j + HCG.

Niveaux	Conduite à tenir
	<ul style="list-style-type: none"> • Cycle anovulatoire : <ul style="list-style-type: none"> ○ clomifène si échec, ○ référer au CHU, ○ monitoring de l'ovulation sous HMG puis HCG. • Dystrophie ovarienne micro-kystique : <ul style="list-style-type: none"> ○ oestroprogestatif 50u pendant 3 mois puis clomifène, ○ HSG anormale: chirurgie (cure de synéchies, plastie tubaire, myomectomie, plastie utérine ou cervico-isthmique, ○ pour les autres causes chez la femme : référer. • Infections génito-urinaires (IST) : <ul style="list-style-type: none"> ○ traitement antibiotique et anti-inflammatoire. <p>Chez l'homme</p> <p>Oligo-asthénospermie : conseiller rapports sexuels plutôt au cours de la période de fertilité.</p>
CHR/CHU	<ul style="list-style-type: none"> • Idem HD <p>Chez la femme :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prolactinémie, • Faire les traitements appropriés selon les résultats des examens complémentaires, • Recommander des consultations multidisciplinaires, notamment une prise en charge psychologique s'il n'y a pas de cause évidente. <p>Chez l'homme :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oligoasthénospermie : <ul style="list-style-type: none"> ○ conseiller rapports sexuels plutôt au cours de la période de fertilité, ○ conseiller et faire l'insémination intra conjugale. • Varicocèle : <ul style="list-style-type: none"> ○ traiter. • Sperme insuffisant : <ul style="list-style-type: none"> ○ faire dosages hormonaux, ○ faire biopsie testiculaire : <ul style="list-style-type: none"> ▪ biopsie anormale : Counseling, informer des possibilités de procréation médicalement assistée. • Pas de cause évidente : <ul style="list-style-type: none"> ○ procréation médicalement assistée, ○ fécondation in vitro (FIV), ○ adoption.

4.2- Assistance Médicale à la Procréation (AMP)

4.2.1- Les différentes techniques d'AMP

Les différentes méthodes préconisées dans l'AMP sont les suivantes :

- Insémination Artificielle avec sperme du Conjoint (IAC)
- Insémination Artificielle avec sperme d'un Donneur (IAD)
- Fécondation In Vitro (FIV)
- Injection Intra Cytoplasmique de Spermatozoïde (ICSI)
- Exploration Epididymo-testiculaire (TESA, MESA)

4.2.2- Centre d'Assistance Médicale à la Procréation (AMP)

L'assistance médicale de la procréation à la naissance se développe au fil des avancées des sciences de la vie. Elle se réalise dans une démarche éthique et médicale, au service des couples en désir d'enfant.

Le personnel est composé d'une équipe pluridisciplinaire de médecins gynécologues, de biologistes et de sages femmes et d'infirmiers qualifiés. Il est nécessaire de disposer de tous les moyens d'exploration et de traitement du couple infertile.

L'AMP est réalisée aussi bien sous surveillances échographiques et hormonales de l'ovulation

L'équipement d'un centre AMP, pour la prise en charge des couples infertiles désirant obtenir des enfants, comprend essentiellement :

Un laboratoire de PMA équipé de :

- Hotte à flux laminaire,
- D'incubateur à CO₂,
- Loupe ou microscope stéréoscopique,
- Un dispositif pour ICSI composé de microscope inversé avec micro manipulateurs, plaque chauffante, caméra, moniteur et imprimante photo.

Une salle de ponction et de transfert équipée de :

- Echographe,
- Aspirateur,
- Table gynécologique.

Une salle de congélation équipée :

- D'un congélateur « MINICOOL 40 PC » avec ordinateur et imprimante alimenté en azote liquide.
- Des cuves de stockage des paillettes de spermes et d'embryons.

Une salle de spermologie pour la préparation du sperme équipée de :

- Microscope binoculaire ordinaire,
- Centrifugeuse,
- Mixeur et compteur de cellules

4.2.3- Indications

4.2.3.1- Insémination Avec sperme du Conjoint (IAC)

L'IAC, se fait dans les étiologies suivantes:

- Oligo Asthéro Térato Spermies (OATS) >1 million/ml, meilleurs résultats
- Autoconservation +++++ : penser à la dégradation fréquente des paramètres du sperme avec le temps.

4.2.3.2- Fécondation In Vitro (FIV):

- Oligo Asthéro Térato Spermies (OATS) entre 500 000 et 1 million de spermatozoïdes par ml,
- Obstructions tubaires, phimosis
- Troubles de l'ovulation

4.2.3.3- Injection IntraCytoplasmique de Spermatozoïdes (ICSI):

- Oligo Asthéro Spermies (OAT) < 500 000 spermatozoïdes mobiles

Il faut 6 Cycles d'IAC, avant de passer à la FIV/ICSI, si l'âge de la femme le permet

4.2.4- Limites

- Taux de grossesse variant entre 25 et 30%
- Taux de naissance de 20% en moyenne
- Anomalies de l'utérus
- Infertilités idiopathiques
- Coût élevé des différentes techniques, à la portée de peu de bourses (100 000 pour l'IAC, 1 400 000 pour la FIV et 1 700 000 pour l'ICSI)
- Nécessité de réaliser plusieurs séances (4 à 6 séances)

**PROTOCOLES DE PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS
SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST)**

CHAPITRE 23 : LA DEMARCHE DIAGNOSTIC AU COURS DE LA PRISE EN CHARGE SYNDROMIQUE DES IST

1- INTRODUCTION

La prise en charge syndromique des IST comporte plusieurs étapes :

- Accueil, l'interrogatoire et l'examen physique,
- Diagnostic et le traitement à l'aide des algorithmes,
- Counseling / Communication interpersonnelle (CIP),
- Enregistrement et notification des cas.

2- ACCUEIL ET INTERROGATOIRE

2.1- Accueil

Il constitue la première étape, le premier contact avec le(la) patient(e). Il permet d'établir un climat de confiance entre le personnel soignant et le(la) patient(e) et d'entreprendre l'interrogatoire dans la sérénité. Il est important de comprendre dès le début que, l'interrogatoire d'une personne souffrant des IST est particulier. En effet, les symptômes se situent dans la région génitale, ce qui entraîne chez les patients une certaine gêne. Il est possible que le(la) patient(e) vous cache cette information essentielle, ou qu'il(elle) éprouve de la difficulté à vous répondre avec précision. Ainsi, pour interroger les patients avec efficacité il faut rapidement gagner leur confiance (dès le premier contact) si vous voulez réussir à recueillir des renseignements précieux dans le court temps dont vous disposez.

Certaines attitudes et certains gestes sont utiles pour gagner la confiance de vos patients(tes)

- Souhaiter la bienvenue quand ils(elles) arrivent dans les salles d'accueil et de consultation,
- Regarder quand vous leur posez des questions,
- Utiliser un langage simple et compréhensible,
- Souligner le caractère confidentiel de la consultation.

Les attitudes suivantes peuvent entraîner une gêne chez le patient et sont à éviter :

- Ne pas lui dire bonjour quand il arrive dans votre cabinet,
- Ne pas le regarder quand vous lui posez des questions,
- Utiliser un ton accusateur,
- Utiliser un vocabulaire inintelligible,
- Recevoir deux patients à la fois dans votre bureau,
- Lire des papiers ou des magazines pendant la consultation,
- Afficher une expression peu amicale pendant la consultation.

Toutes ces précautions ne prennent pas de temps supplémentaire, mais permettent plutôt de mieux traiter les patients(es), de gagner leur confiance et de conduire un interrogatoire efficace.

2.2-Interrogatoire

L'interrogatoire est un temps important dans la prise en charge syndromique des IST. Il doit être détendu, mais rigoureux et doit comporter les étapes suivantes :

- **Questions générales** : âge, situation matrimoniale, profession de la personne qui consulte et de son/sa/ses partenaires, nombre d'enfants, notion de voyage ou d'éloignement du foyer conjugal,
- **Motif de consultation** : identifier les symptômes ou les plaintes qui ont motivé la consultation et leur durée,
- **Recherche des facteurs de risque** :
 - Histoire sexuelle personnelle (nombre de partenaires dans l'année, type de partenaires, nouveaux partenaires dans les trois derniers mois, partenaire souffrant ou ayant souffert d'une IST, usage ou non des préservatifs),
 - Comportements sexuels du (ou de la) partenaire infecté(e) par une IST, nombre de ses partenaires,
 - Consommation d'alcool et utilisation de drogues par le patient et/ou son/sa/ses partenaire(s),
- **Antécédents médicaux** : existence d'une IST antérieure, notion de traitement antérieur et d'allergie à certains médicaments.

3- EXAMEN PHYSIQUE

L'examen physique permet de confirmer ou d'infirmer les plaintes du patient. La conduite de l'examen physique est différente selon qu'il s'agit d'un homme ou de la femme.

3.1- Chez l'homme

L'examen physique chez l'homme se fait suivant les étapes ci - après :

- *Examen du pénis* :
 - Rechercher la présence d'ulcérations (plaies),
 - Rechercher la présence d'écoulement urétral. S'il n'y a pas d'écoulement évident, presser l'urètre pour vérifier l'absence ou la présence d'écoulement,
 - Rechercher la présence d'une tumeur (végétations ou condylomes).

Si le patient n'est pas circoncis, il faut dérouler le prépuce et examiner le gland, le sillon préputial et le méat urétral.

- *Examen du scrotum*
Palper le scrotum pour essayer de déceler d'éventuelles anomalies des testicules, de l'épididyme et du cordon spermatique.
- *Examen de l'anus*
Rechercher des plaies, des condylomes, un écoulement.
- *Examen de la cavité buccale*
Rechercher les plaies, une candidose buccale ou une tumeur.

- *Examen des aires ganglionnaires*
Rechercher des adénopathies inguinales (bubon inguinal) ou des adénopathies généralisées (SIDA).
- *Examen de la peau :*
 - Rechercher des éruptions et des ulcérations,
 - Examiner la paume des mains et la plante des pieds.

3.2- Chez la femme

L'examen physique comporte :

- L'examen du vagin et du col de l'utérus : Il se fait au spéculum. Il faut introduire le spéculum délicatement dans le vagin et rechercher la présence de pertes, de lésions ou d'excroissances au niveau du vagin et du col,
- L'examen bi-manuel (toucher vaginal avec palpation abdominale) : Avec précaution et délicatesse, il faut 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,
- L'examen de la partie basse de l'abdomen : Il doit être systématique à la recherche d'une douleur, d'une résistance (défense) ou d'une masse à la palpation de l'abdomen,
- L'examen du périnée et de la vulve : Il faut regarder le périnée et la vulve à la recherche d'un écoulement (pertes blanches), d'ulcérations, de tumeurs (condylomes),
- L'examen de l'anus : Il doit être systématique et peut permettre de voir des ulcérations, des condylomes ou un écoulement de pus,
- L'examen de la cavité buccale : Rechercher une plaie, une candidose ou une tumeur,
- L'examen des aires ganglionnaires : Rechercher des adénopathies inguinales ou des adénopathies généralisées,
- L'examen *de la peau* : Rechercher des plaies et des éruptions.

4- DIFFERENTS SYNDROMES ET ALGORITHMES DE PRISE EN CHARGE

Rappel de définitions

L'approche syndromique : Prise en charge des patient(e)s présentant un ensemble de symptômes et signes cliniques compatibles avec différentes IST pour l'ensemble des agents infectieux impliqués dans l'étiologie de ces symptômes cliniques.



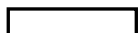
Symptôme: Problème clinique dont le patient se plaint (plaintes subjectives).

Signe : Ce que l'on peut voir cliniquement (plaintes objectives).

L'approche syndromique permet au soignant de faire un diagnostic en l'absence des tests de laboratoire. Cette approche est basée sur l'identification d'un syndrome (groupe de symptômes et de signes facilement identifiables, associés à un certain nombre d'étiologies bien identifiées). Une fois le syndrome identifié, un certain nombre d'activités doit être mené pour la prise en charge de la plupart des germes pathogènes pouvant être responsables de ce syndrome.

Plusieurs syndromes d'IST peuvent être traités de façon simple à l'aide d'arbres décisionnels d'aide au diagnostic et au traitement appelés algorithmes.

Les algorithmes ou ordigrammes permettent de prendre des décisions nécessaires à l'administration d'un traitement adéquat aux malades. Ils se composent de figures géométriques qui représentent :

- ⇒ Un problème identifié 
- ⇒ Une prise de décisions 
- ⇒ Des actions à mener 

Chaque algorithme comporte plusieurs étapes dont :

- Une étape de décisions : le prestataire doit infirmer ou confirmer les plaintes du malade,
- Une étape d'actions : le prestataire doit effectuer systématiquement un certain nombre d'action (exemple : prescrire les médicaments, faire le counseling, promouvoir l'utilisation des préservatifs, proposer le test VIH, expliquer l'importance pour le sujet d'être revu après le traitement, expliquer l'importance de traitement des partenaires sexuels),
- Une étape de référence : Ceci pour interpellier le personnel soignant sur la nécessité de référer les malades à un échelon supérieur en cas d'échec ou de non amélioration après un traitement bien conduit et correctement suivi (posologie, durée du traitement). L'étape de référence doit être respectée par tous les utilisateurs de ces algorithmes, car il ne faut pas s'acharner à traiter, et tarder à référer par exemple une urgence chirurgicale (torsion du testicule, grossesse extra-utérine, péritonite etc.).

CHAPITRE 24 : L'ÉCOULEMENT URETRAL

1- DEFINITION

L'écoulement urétral est un liquide anormal par son aspect, son odeur et son abondance.

2- CARACTERISTIQUES CLINIQUES

L'aspect de l'écoulement urétral est variable. L'abondance va de l'écoulement franc aux petites taches sur le linge, voire seulement une croûte sur le méat urétral observé le matin lors de la première miction ou à la pression de l'urètre.

L'écoulement peut être :

- Purulent (blanchâtre, ou jaune verdâtre) ou séreux (transparent),
- Abondant ou peu abondant,
- Accompagné de brûlures mictionnelles et de picotements du méat urétral.

3- CAUSES

Causes fréquentes :

- *Neisseria gonorrhoeae* (Gonococcie),
- *Chlamydia trachomatis* (Chlamydiose),
- *Mycoplasma hominis* (Infections à Mycoplasmes).

Cause moins fréquente :

- *Trichomonas vaginalis* (Trichomonase)

En pratique, l'aspect clinique de l'écoulement ne permet pas de le rattacher à un germe précis. Il existe souvent plusieurs germes associés au cours d'un même écoulement (cause mixte).

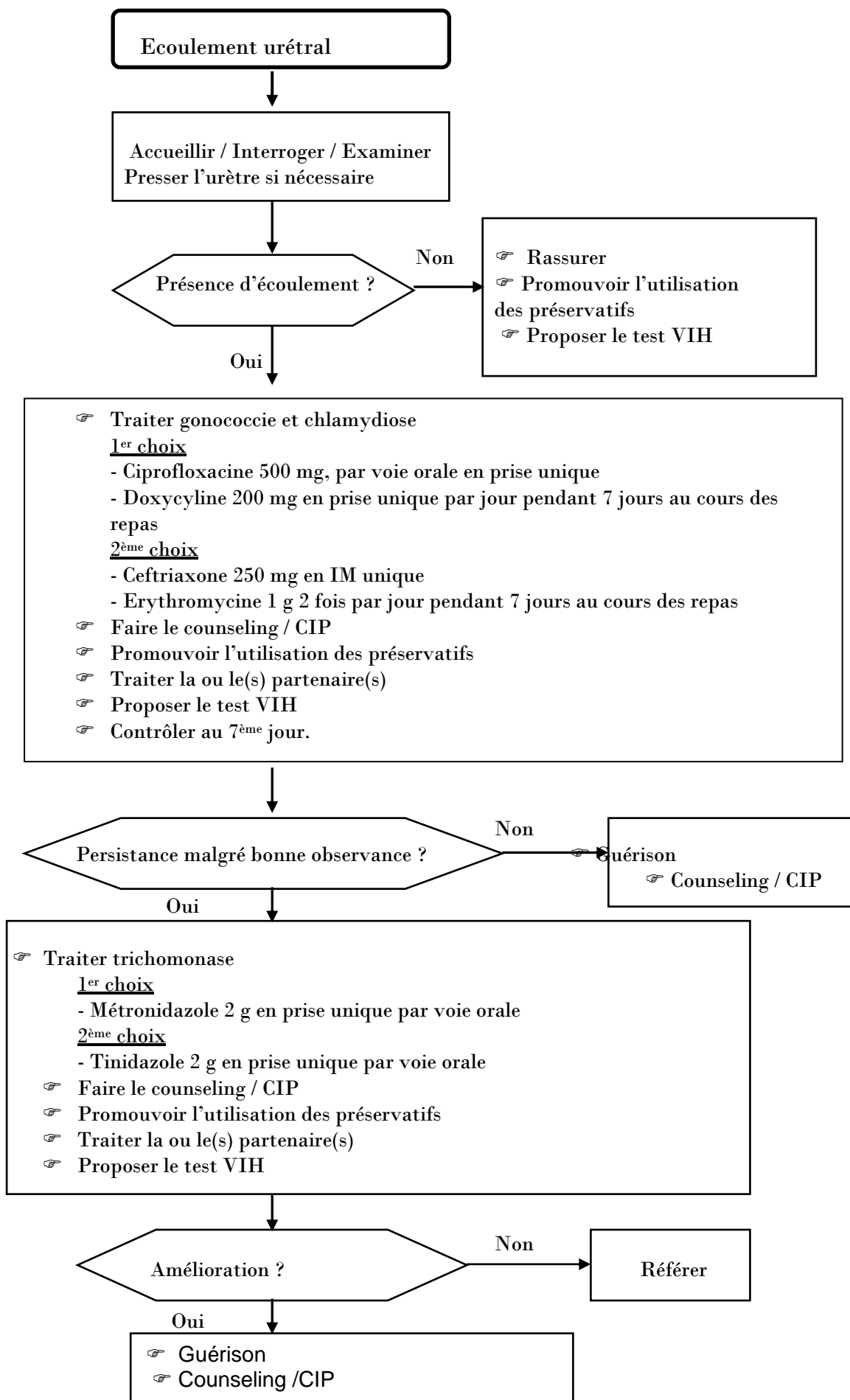
4- TRAITEMENT

- *Les patients présentant un écoulement urétral doivent être traités en même temps, dès la première consultation pour :*

*La gonococcie,
La chlamydiose,
Et l'infection à mycoplasmes.*

- *En cas de persistance des symptômes, malgré une bonne observance, les patients doivent être traités pour la Trichomonase.*

ALGORITHME 25 : ECOULEMENT URETRAL



CHAPITRE 25 : L'ÉCOULEMENT VAGINAL

1- DEFINITION

Chez la femme, il y a habituellement un écoulement vaginal « normal » ou pertes physiologiques. L'écoulement devient anormal par son odeur, son abondance et son aspect.

2- CARACTERISTIQUES CLINIQUES

Les pertes vaginales pathologiques peuvent s'accompagner d'irritations vulvaires, de démangeaison, de douleurs à la miction, de douleurs pelviennes ou de dyspareunie (douleur lors des rapports sexuels). Elles peuvent être une vaginite (infections limitées au vagin) ou une cervicite (infection du col de l'utérus) ou d'une cervico-vaginite (infection du vagin et du col de l'utérus).

La symptomatologie de la cervicite est pauvre. Généralement, elle est composée des pertes vaginales muco-purulentes associées aux douleurs pelviennes. Toutefois la cervicite est souvent asymptomatique.

Les vaginites se caractérisent par des pertes vaginales anormales souvent abondantes parfois malodorantes avec ou sans démangeaisons. Ces symptômes ne sont pas spécifiques d'un germe et les trois germes responsables de vaginites peuvent se manifester par la même symptomatologie.

3- CAUSES

Les germes en cause au cours d'un écoulement vaginal sont :

- *Candida albicans*, *Trichomonas vaginalis*, *Gardnerella vaginalis*. Ces germes provoquent une vaginite.
- *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*. Ces germes provoquent une cervicite.

4- EVALUATION DES FACTEURS DE RISQUE

Devant un écoulement vaginal, il faut systématiquement évaluer les facteurs de risque :

- Notion d'un partenaire infecté par une IST (présence d'un écoulement urétral ou d'une ulcération génitale au cours du dernier mois),
- Age inférieur à 21 ans,
- Notion d'au moins 2 partenaires sexuels,
- Notion d'un nouveau partenaire sexuel au cours des trois derniers mois,
- Célibataire.

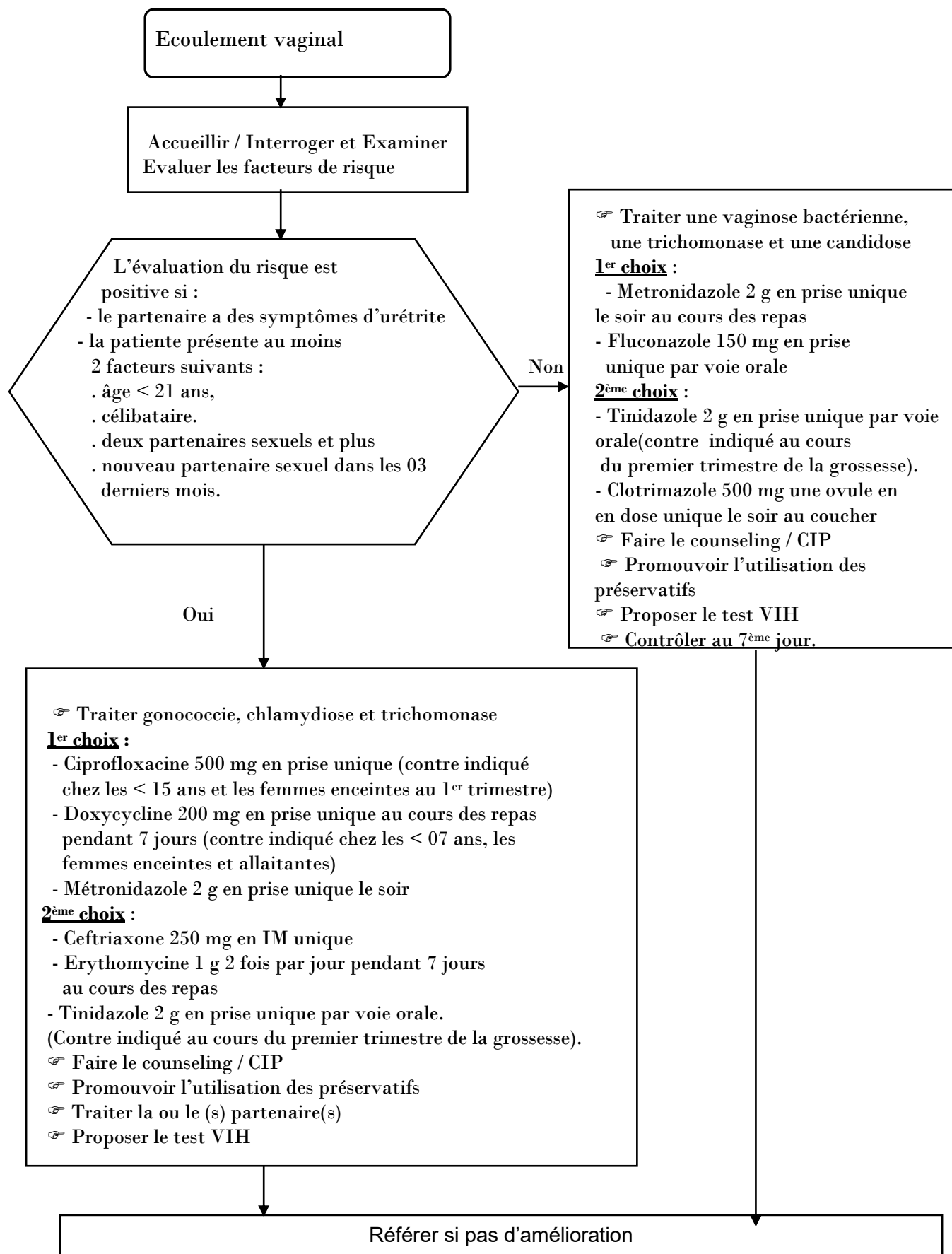
L'évaluation du risque est positive lorsqu'il existe au moins deux des facteurs ci-dessus listés ou lorsque le partenaire a des symptômes d'urétrite :

- Si l'évaluation du risque est positive, la femme est traitée pour une cervicite et pour une vaginite,
- Si l'évaluation du risque est négative, la femme n'est traitée que pour une vaginite.

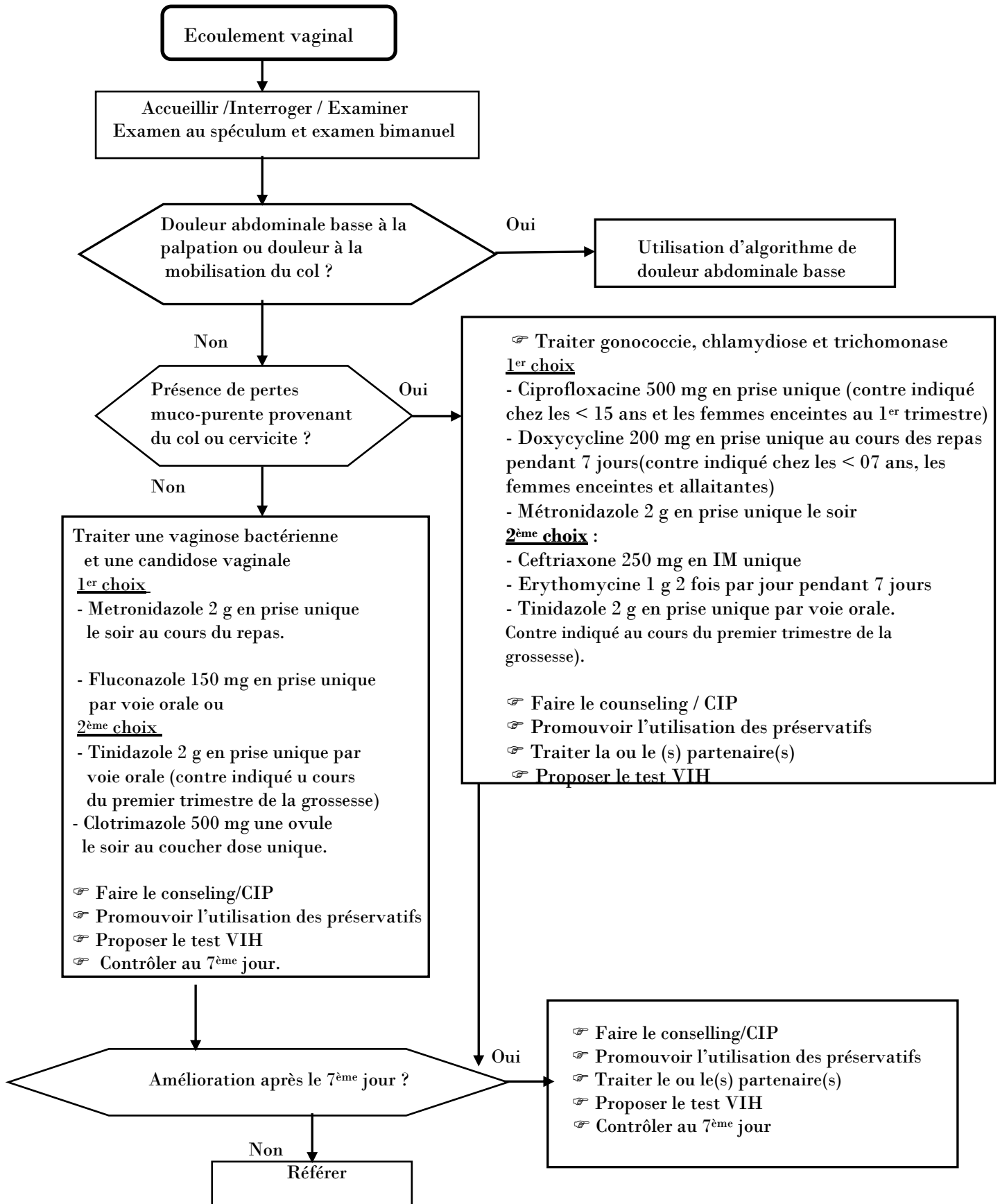
5- TRAITEMENT

- *Devant une cervicite, il est recommandé de traiter au moins le gonocoque et le chlamydia.*
- *Devant une vaginite il faut traiter le trichomonas, le gardnerella et le candida.*

ALGORITHME 26 : ECOULEMENT VAGINAL (SANS SPECULUM)



ALGORITHME 27 : ECOULEMENT VAGINAL (AVEC SPECULUM ET EXAMEN BIMANUEL)



CHAPITRE 26 : LES DOULEURS ABDOMINALES BASSES

1- DEFINITION

Les douleurs abdominales basses ou douleurs pelviennes peuvent être causées par une infection des organes génitaux pelviens de la femme. Elles sont encore appelées Maladie Inflammatoire Pelvienne (MIP), ou Syndrome Inflammatoire Pelvien (SIP).

Le SIP est le plus souvent la complication d'une cervicite, par infection ascendante à *N. gonorrhoeae* ou à *C. trachomatis*, parfois associée à des germes anaérobies.

2- CARACTERISTIQUES CLINIQUES

La douleur pelvienne peut être une manifestation d'endométrite, de salpingite, ou d'une pelvipéritonite qui pourrait être mortelle.

Devant une douleur abdominale basse, il faut rechercher des signes évoquant une urgence abdominale chirurgicale telle que :

- Saignement vaginal, absence ou retard des règles (Grossesse extra-utérine),
- Histoire d'avortement ou d'accouchement récent au cours des six dernières semaines,
- Défense ou contracture de la paroi abdominale,
- Signes d'hémorragie interne : pâleur, pouls filant, tension artérielle abaissée,
- Signes d'appendicite.

La présence d'un de ces signes nécessite une référence d'urgence.

En l'absence de tableau chirurgical, si la patiente présente une douleur provoquée par l'examen gynécologique, elle doit être traitée pour Syndrome Inflammatoire Pelvien (SIP).

3- CAUSES

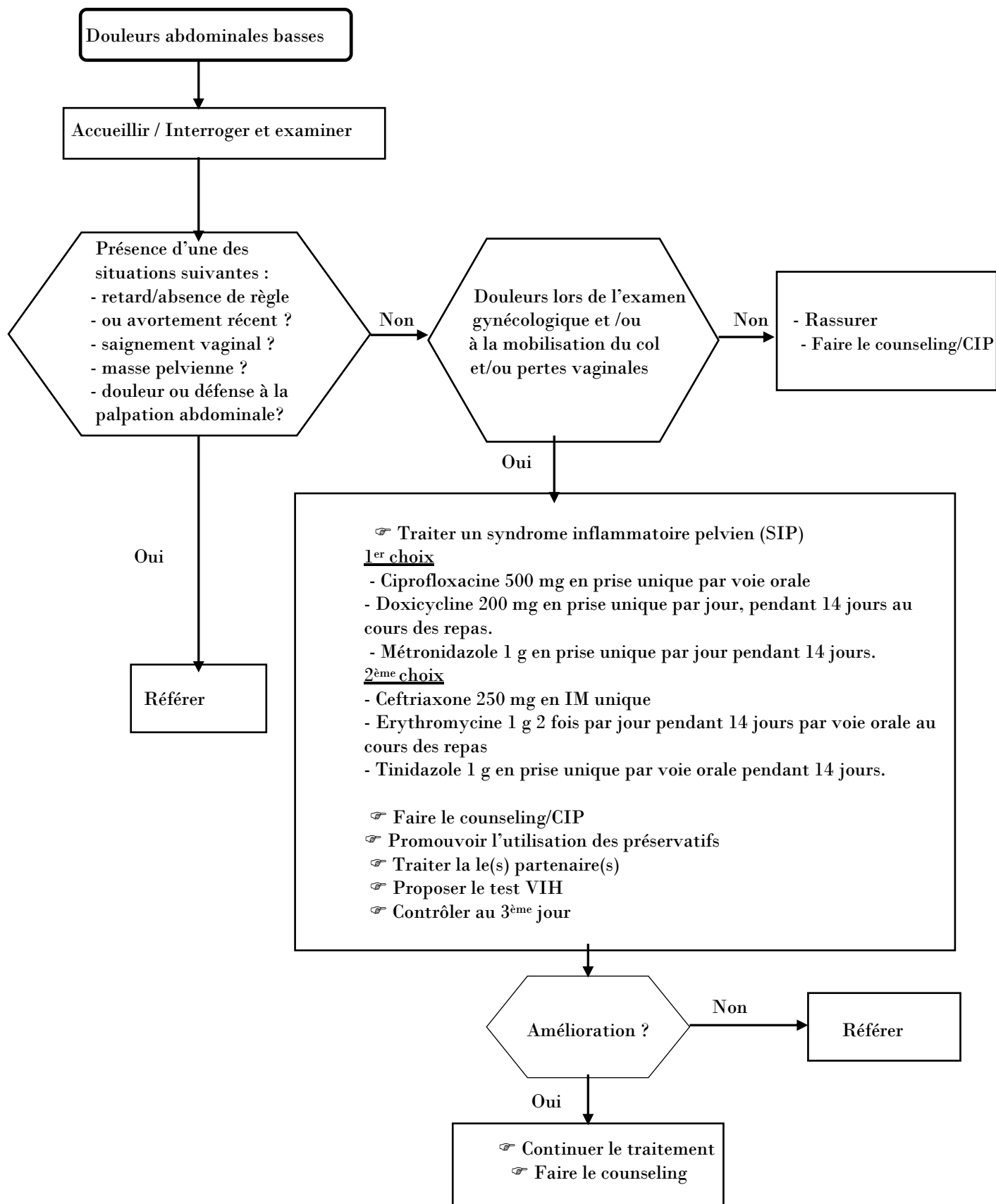
Les douleurs abdominales basses peuvent être dues :

- A des germes IST : gonocoque, chlamydia, mycoplasme,
- A des germes banals (anaérobies),
- Aux affections médico-chirurgicales.

4- TRAITEMENT

Au cours des douleurs abdominales basses, dès que l'urgence chirurgicale a été éliminée, il faut traiter simultanément le gonocoque, le chlamydia et les germes banals (anaérobies).

ALGORITHME 28 : DOULEURS ABDOMINALES BASSES.



CHAPITRE 27 : LES ULCERATIONS GENITALES

1- DEFINITION

C'est une perte de substance (plaie) non traumatique localisée au niveau de la peau ou des muqueuses des organes génitaux.

2- CARACTERISTIQUES CLINIQUES

- Ulcération unique, indolore, propre (Syphilis),
- Ulcérations souvent multiples, creusantes, sales et très douloureuses (Chancre mou),
- Ulcérations très superficielles, groupées, peu douloureuses, récidivantes (Herpès génital),
- Ulcération de petite taille, peu douloureuse rarement visible (la lymphogranulomatose vénérienne).

3- CAUSES

Les causes les plus fréquentes des ulcérations génitales sont les suivantes :

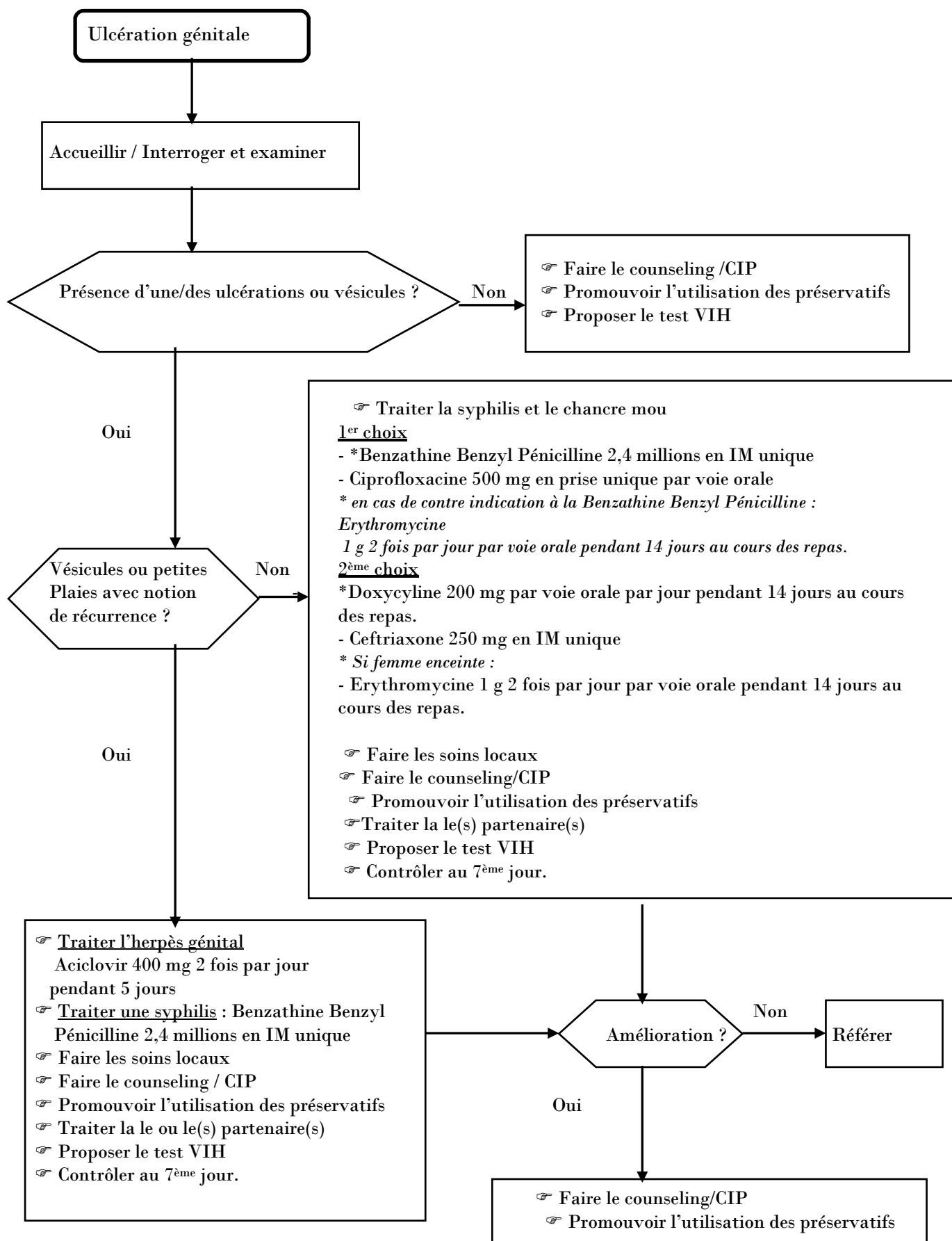
- *Treponema pallidum* (Syphilis),
- *Haemophilus ducreyi* (Chancre mou),
- *Chlamydia trachomatis* (Lymphogranulomatose vénérienne),
- Herpes simples virus (Herpès génital).

Ces différentes causes peuvent être associées.

4- TRAITEMENT

- *Les patients souffrant d'ulcérations génitales doivent être traités en même temps pour la syphilis et le chancre mou.*
- *En cas de vésicules ou d'ulcérations récidivantes, il faut traiter l'herpès génital et la syphilis.*

ALGORITHME 29 : ULCERATION GENITALE



CHAPITRE 28 : LE BUBON INGUINAL

1- DEFINITION

Le bubon inguinal est une tuméfaction douloureuse ou non, souvent fluctuante des ganglions inguinaux.

2- CARACTERISTIQUES CLINIQUES

L'examen clinique met en évidence une ou plusieurs adénopathies douloureuses, uni ou bilatérales, associées ou non à une ulcération.

3- CAUSES

Chlamydia trachomatis (Lymphogranulomatose vénérienne).

Haemophilus ducreyi (Chancre mou)

4- TRAITEMENT

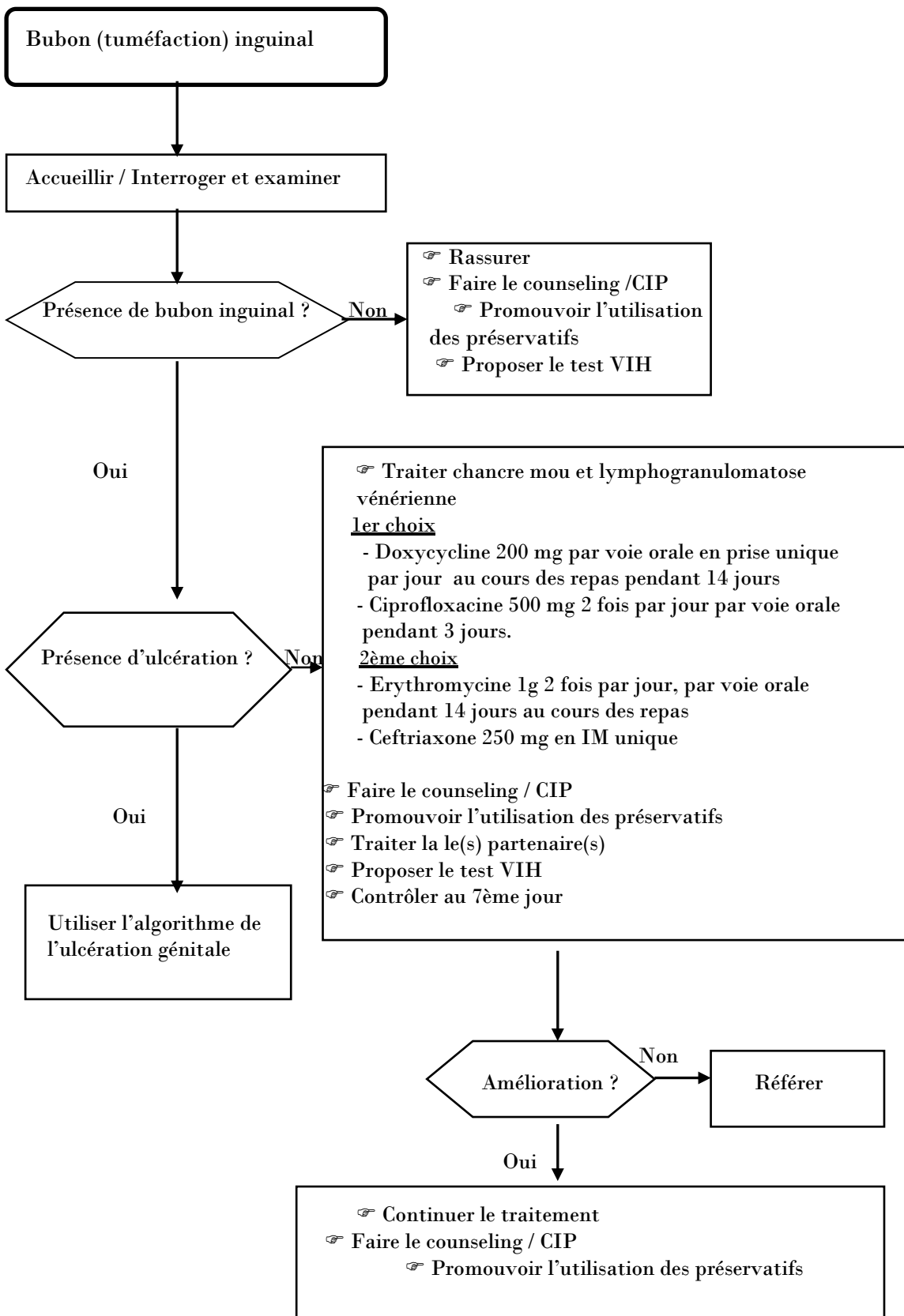
Les patients présentant un bubon sans ulcération génitale doivent être traités simultanément pour :

-La lymphogranulomatose vénérienne et le chancre mou.

Les patients présentant un bubon avec ulcération génitale :

- Utiliser l'algorithme ulcération génitale.

ALGORITHME 30: BUBON INGUINAL.



CHAPITRE 29 : LA TUMEFACTION DU SCROTUM

1- DEFINITION

La tuméfaction du scrotum est une augmentation du volume de la bourse et/ou des testicules avec ou sans douleur.

2- CARACTERISTIQUES

Il peut s'agir :

- D'une augmentation peu ou pas douloureuse des bourses,
- D'une douleur uni ou bilatérale des testicules à la palpation.

3- CAUSES

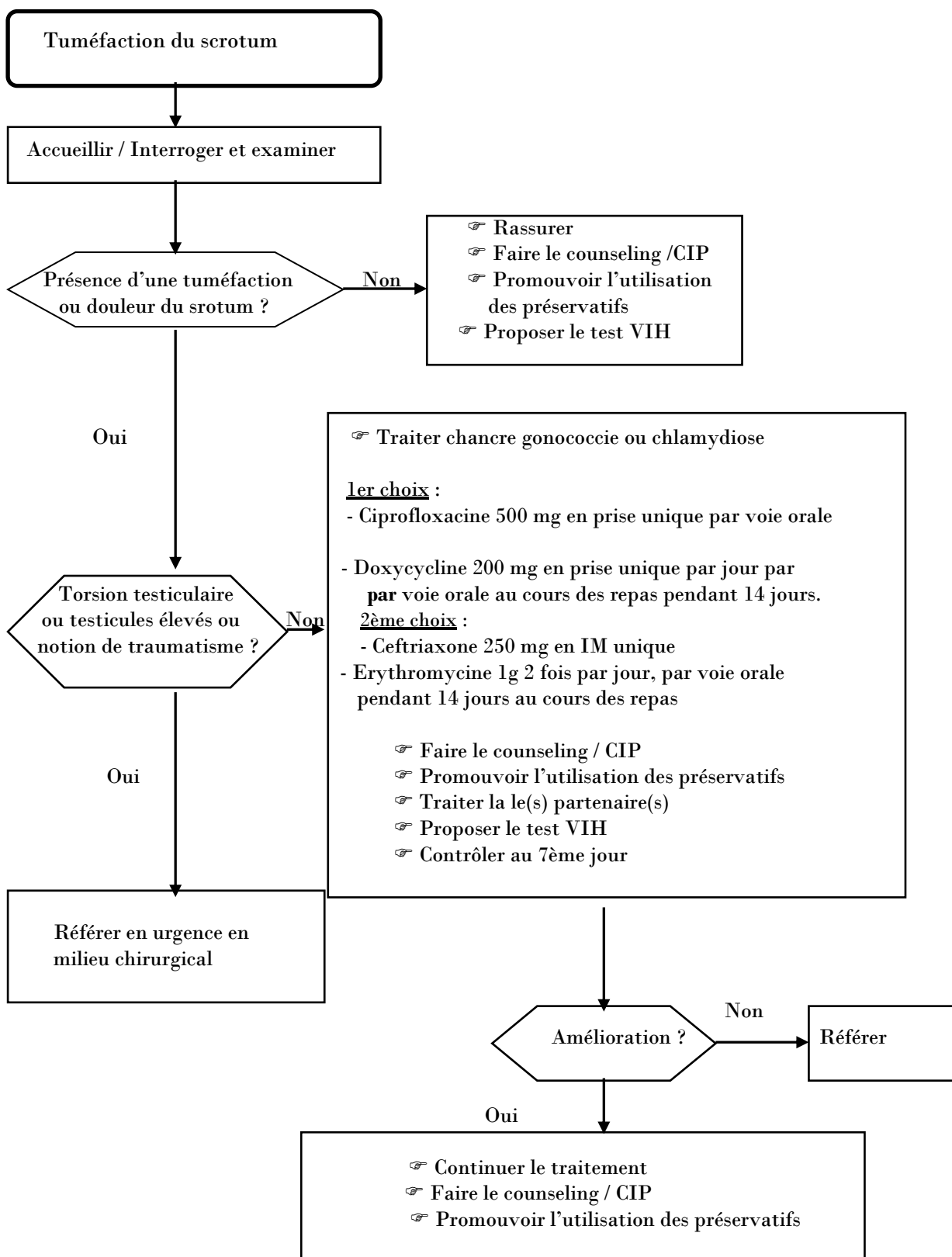
- *Neisseria gonorrhoeae* (gonococcie)
- *Chlamydia trachomatis* (chlamydie)

Devant toute douleur testiculaire de survenue brutale avec ou sans notion de traumatisme, il faut penser à une urgence chirurgicale et référer.

4- TRAITEMENT

Les patients présentant une tuméfaction du scrotum doivent être traités simultanément pour la gonococcie et la chlamydie.

ALGORITHME 31 : TUMEFACTION DU SCROTUM



CHAPITRE 30 : LA CONJONCTIVITE DU NOUVEAU-NE

1- DEFINITION

La conjonctivite du nouveau-né est une sécrétion purulente des yeux. C'est une infection du premier mois de vie contractée lors du passage dans la filière génitale infectée de la mère. Non ou mal traitée, cette infection peut entraîner la perte de la vue chez l'enfant (cécité)

2- CARACTERISTIQUES CLINIQUES

Il s'agit :

- D'une sécrétion purulente d'un œil ou des deux yeux associée ou non à une rougeur et/ou une tuméfaction des paupières,
- D'une simple rougeur persistante des yeux.

3- CAUSES

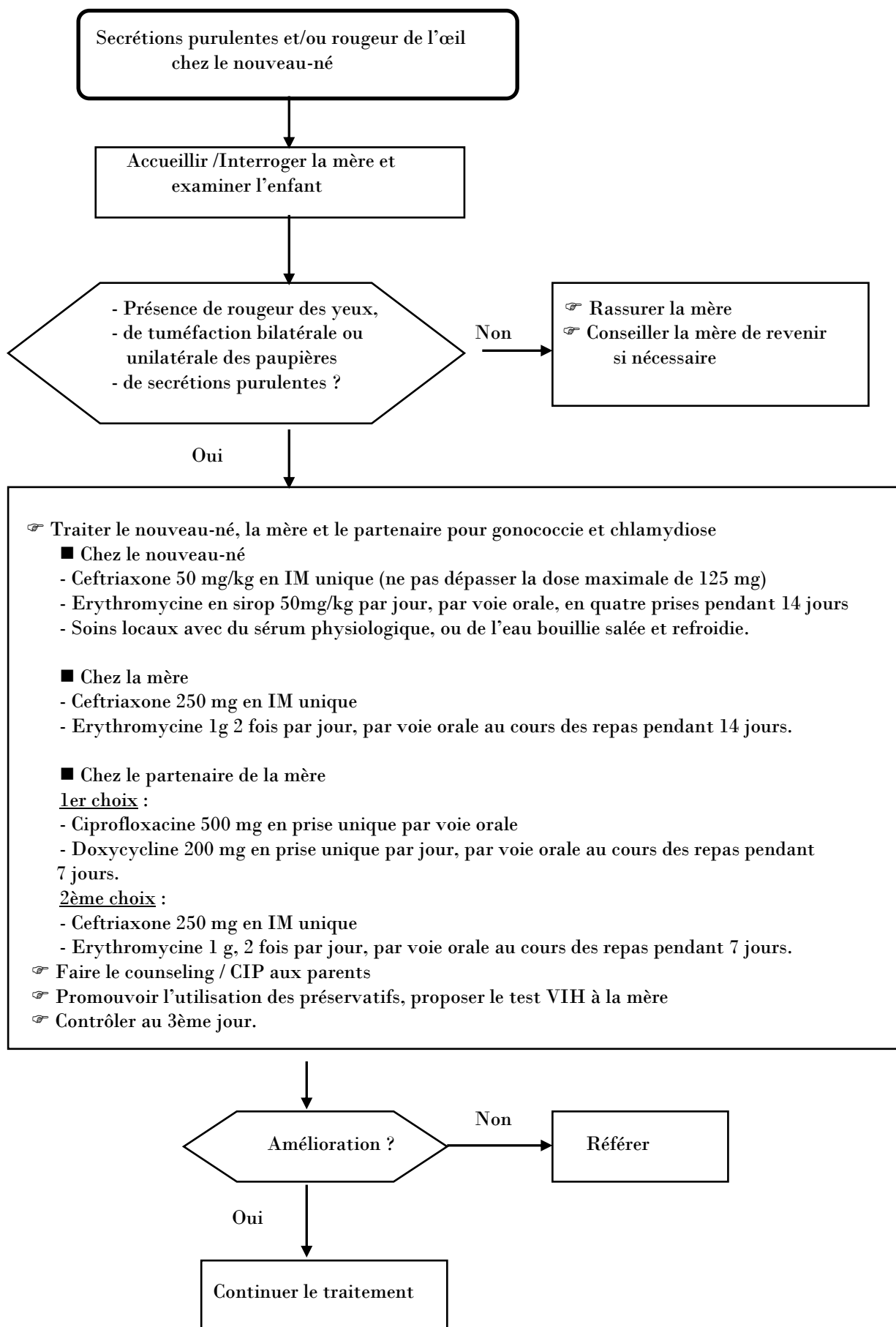
Les germes responsables sont :

- Le gonocoque
- Le chlamydia

4- TRAITEMENT

Devant une conjonctivite du nouveau-né, il faut traiter simultanément la gonococcie et la chlamydie

ALGORITHME 32 : Conjonctivite du nouveau-né



CHAPITRE 31 : LES CONDYLOMES OU VEGETATIONS_VENERIENNES

1- DEFINITION

Les condylomes ou végétations vénériennes (crêtes de coq) sont une IST tumorale d'origine virale, contagieuse et auto-inoculable.

2- CARACTERISTIQUES CLINIQUES

Les végétations vénériennes se présentent comme des excroissances souvent indolores à surfaces irrégulières, pédiculées ou non, de taille variable.

Ces lésions siègent :

Chez l'homme sur : le pénis, le scrotum, le pubis, les plis inguinaux, le méat urétral, la marge anale.

Chez la femme sur : la vulve, les lèvres, le pubis, les plis inguinaux, la marge anale, le vagin et surtout le col de l'utérus.

3- CAUSES

L'agent pathogène est le Papilloma virus humain. Il en existe plusieurs types.

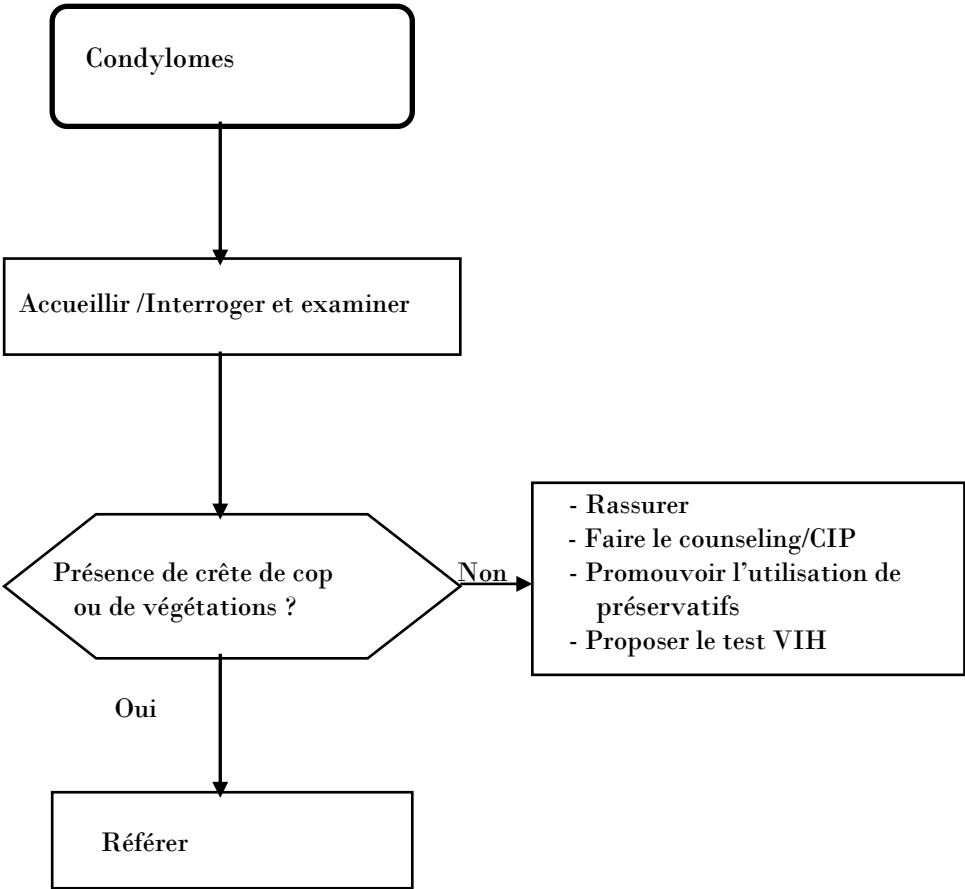
- La majorité de ces virus sont responsables des condylomes ano-génitaux bénins.
- D'autres types de virus sont responsables des cancers du col de l'utérus et peuvent entraîner un cancer de la vulve et du pénis.

Il faut souligner que le premier cancer de la femme en Afrique noire est le cancer du col de l'utérus (alors que chez l'européenne et l'américaine du nord, c'est le cancer du sein qui reste le plus fréquent). Quand on sait que les Papilloma virus jouent un rôle important dans la genèse du cancer du col, les messages de prévention, le traitement correct et la surveillance des jeunes atteints de condylomes sont importants dans la prise en charge des condylomes aussi bien de l'homme que de la femme.

4- TRAITEMENT

- Le traitement des condylomes du col de l'utérus et du vagin doit se faire dans un service spécialisé ou tout autre service doté de personnels formés et de moyens de traitements appropriés.
- Le traitement des condylomes des organes génitaux externes se fait selon les cas par l'azote liquide (cryothérapie), par l'électrocautérisation (méthode chirurgicale) ou par la podophylline diluée à 10 ou 25 %.

ALGORITHME 33 : CONDYLOMES OU VEGETATIONS VENERIENNES



PROTOCOLES DE LUTTE CONTRE LES PRATIQUES NEFASTES A LA SR

CHAPITRE 32 : LA PRISE EN CHARGE DES VICTIMES DES PRATIQUES NEFASTES A LA SR

1- GENERALITES

Au Togo la lutte contre les pratiques néfastes à la santé de la reproduction concerne :

- Mutilations génitales féminines (MGF),
- Pratiques de veuvage dégradantes,
- Mariages forcés,
- Tabous alimentaires,
- Violences sexuelles,
- Violences entre époux,
- Maltraitance des enfants et des mineurs,
- Trafic et le travail forcé des enfants et des mineurs.

Cette lutte est essentiellement axée sur la communication pour un changement de comportement, la prise de dispositions légales de protection des victimes et de pénalisation de ces actes.

Dans les formations sanitaires, les prestations de services sont orientées vers les soins curatifs des complications de ces pratiques, le counseling et le soutien psychologique des victimes, les références et les évacuations.

Les MGF sont responsables de graves complications chez la petite fille ou la femme en âge de procréer, contribuant ainsi à en augmenter la morbidité et la mortalité.

Elles se définissent comme *l'ablation chirurgicale volontaire pour toute raison non médicale d'une ou de plusieurs parties des organes génitaux externes*. On distingue quatre degrés d'ablation :

- 1^{er} degré : ablation du clitoris,
- 2^{ème} degré : ablation du clitoris et des petites lèvres,
- 3^{ème} degré : ablation du clitoris, des petites lèvres et des grandes lèvres avec ou sans suture,
- 4^{ème} degré ou infibulation : ablation totale (clitoris, petites lèvres et grandes lèvres) avec accolement des berges de la plaie.

2- ETAPES DE LA PRISE EN CHARGE DES PRATIQUES NEFASTES A LA SANTE DE LA REPRODUCTION (MGF et VIOLENCES SEXUELLES)

2.1- Accueillir le / la patient(e)

- Saluer,
- Souhaiter la bienvenue,
- Offrir un siège,
- Se présenter et présenter les autres membres de l'équipe s'il y a lieu,
- Demander ce qu'on peut faire pour lui / elle,
- Enregistrer le client.

2.2- Mener l'interrogatoire du / de la patient(e) :

- Recueillir des informations sur son identité, son âge, son statut matrimonial, sa profession et son environnement familial,
- Demander le motif de la consultation,
- Rechercher des informations sur ses antécédents familiaux, médicaux, obstétricaux et chirurgicaux,
- (*en l'absence d'une situation d'urgence*) rechercher des informations sur les habitudes de vie (l'utilisation de certaines drogues, de l'alcool, du tabac), les rapports sexuels (frigidité, dyspareunie).

2.3- Examiner le / la patient(e) :

- Préparer le matériel nécessaire pour l'examen,
- Expliquer le déroulement de l'examen,
- Exécuter l'examen:
 - o Faire un examen clinique complet en cas de violences physiques,
 - o Faire un examen clinique et gynécologique complet en cas de violences physiques et de mutilations génitales féminines,
- Faire l'examen des autres appareils (Poumons, Cœur ...)

2.4. Conclusion

Il s'agit d'une urgence car il y a risque de:

- Hémorragie,
- Tétanos,
- Rétention d'urines

Voir check-list pour la CAT.

- Il ne s'agit pas d'une urgence : orienter les cas vers les services spécialisés

3- CONDUITE A TENIR

3.1. Conduite à tenir devant les complications des MGF

- Prise en charge des urgences (Voir check-list)
- Prise en charge des séquelles de MGF

Chéloïdes, synéchies vaginales, hémato-colpos, difficultés d'accouchement, dyspareunie, fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales, descente d'organes (rectocèle, cystocèle), frigidité, vaginisme, anxiété, dépression, constituent certaines des séquelles qui nécessitent toute une prise en charge en milieu spécialisé.

3.2. Conduite à tenir devant les violences (femmes battues, viols)

3.2.1. Femmes battues

NB : Faire la différence entre femme battue enceinte et femme battue non enceinte

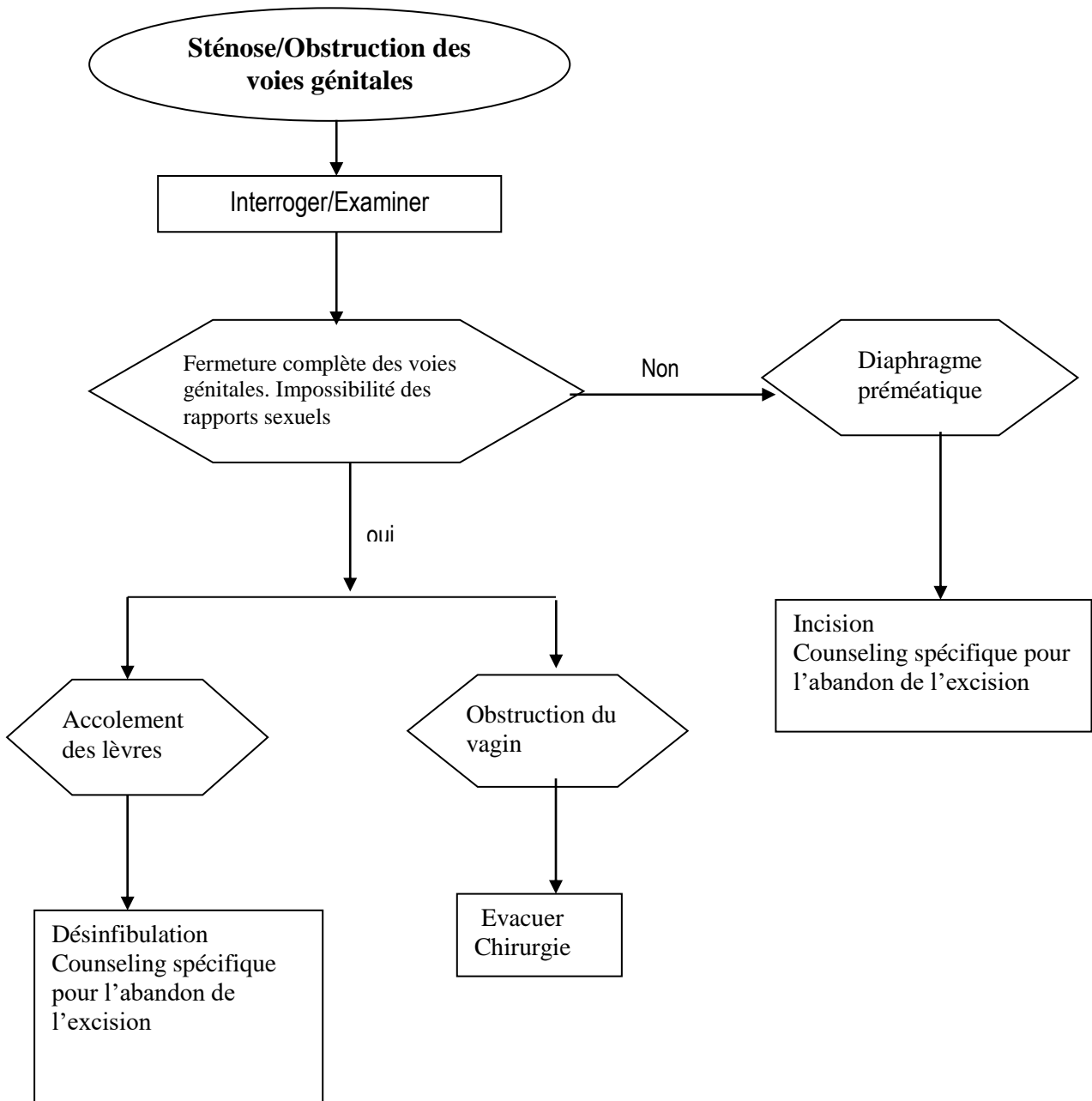
- La démarche de diagnostic est fonction de la partie lésée et la prise en charge du type de traumatisme et du type des lésions.

Si la femme est enceinte :

- Faire un examen physique et obstétrical pour apprécier l'impact de la violence sur le fœtus,
- Référer au besoin en consultation spécialisée.
- Prise en charge des urgences

Niveau	Diagnostic	Prise en charge
Communautaire	Hémorragie Infection Tétanos Rétention d'urines	Evacuer en présence de l'un quelconque de ces signes
USP / HD	Hémorragie	Tamponnement hémostatique, Sutures, VAT Groupage, Test sérologique pour le VIH, Transfusion Si amélioration : - surveillance - assistance morale Si pas d'amélioration : <i>Référer</i>
	Infection	VAT, Antibiotique, Traitement local Si amélioration : - surveillance - assistance morale Si pas d'amélioration : - réexaminer - ajuster le traitement ou - <i>Référer</i>
	Tétanos	Traiter selon le protocole ou Référer
	Rétention d'urines	Vider la vessie Faire les examens paracliniques Traiter ou référer
CHR / CHU	Hémorragie	Tamponnement hémostatique, Sutures, VAT Groupage, Test sérologique pour le VIH, Transfusion Surveillance Assistance morale
	Infection	VAT, Antibiotique, Traitement local surveillance assistance morale
	Tétanos	Traiter selon le protocole
	Rétention d'urines	Vider la vessie Faire les examens para cliniques Traiter

ALGORITHMES 34 : PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS DES MGF



CHOC



USP/CMS

- ❖ Faire coucher le patient en décubitus dorsal
- ❖ Aérer la salle
- ❖ Abord veineux avec cathéter et grosses molécules
- ❖ Faire la Ventilation bouche à bouche
- ❖ Surélever les jambes
- ❖ Faire un Pansement compressif
- ❖ Surveiller pouls, TA,
- ❖ Référer en bas.



HD

- ❖ Abord veineux (2 voies veineuses avec cathéter et grosses molécules)
si possible abord veineux central
 - ❖ Surveiller pouls, Tension artérielle
 - ❖ Réanimer
 - ❖ Faire la suture
- Si choc persiste référer*



CHR/CHU

- ❖ Urgence
- ❖ Abord veineux avec cathéter
- ❖ Groupe sanguin Rhésus
- ❖ Surveiller pouls, Tension artérielle
- ❖ Faire la suture
- ❖ Réanimer et prise en charge étiologique

DOULEUR

USP/CMS

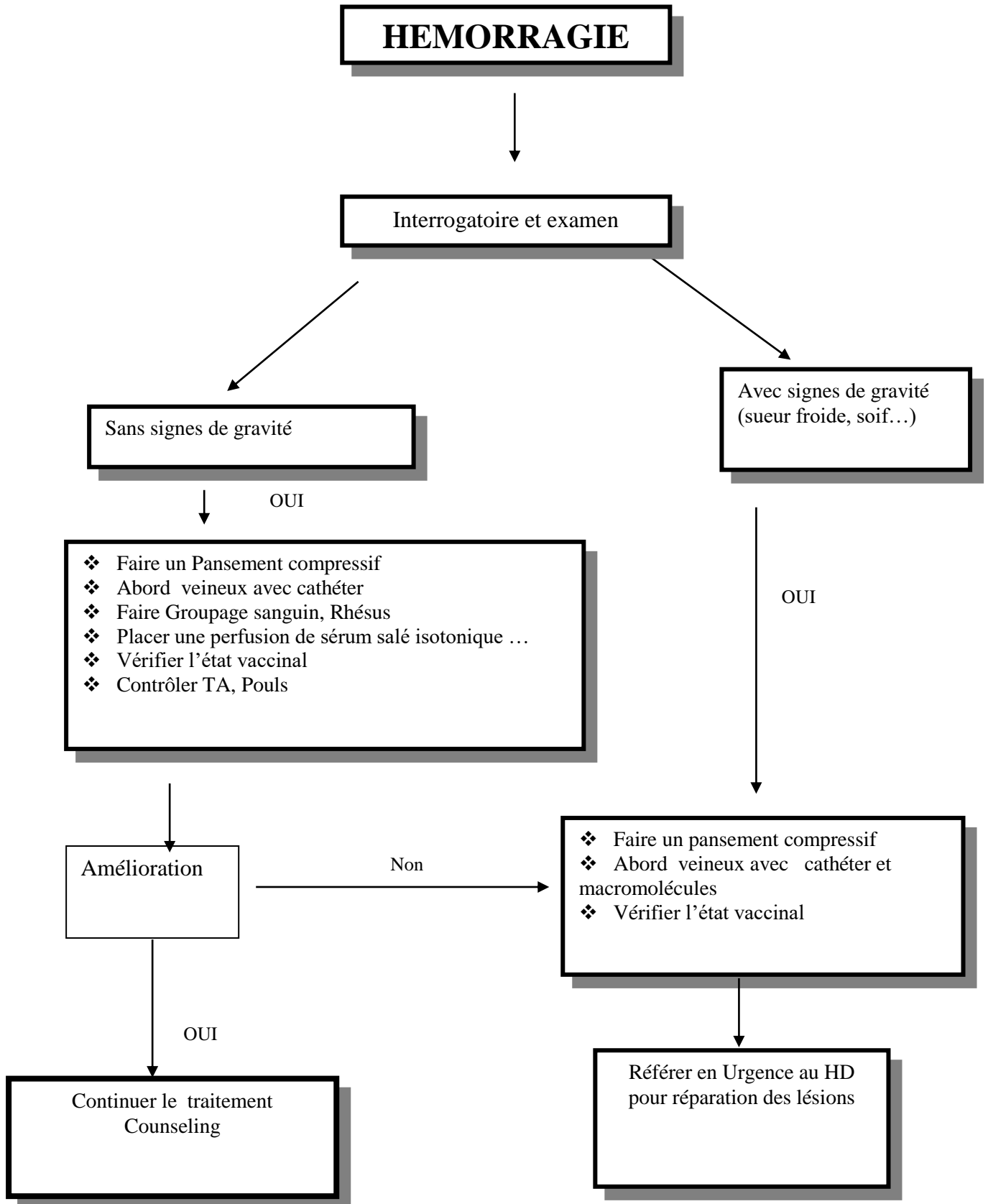
- ❖ Donner un Antalgique (paracétamol)
 - Si douleur se calme, continuer prise en charge, et faire IEC/Counseling
 - Si douleur persiste référer

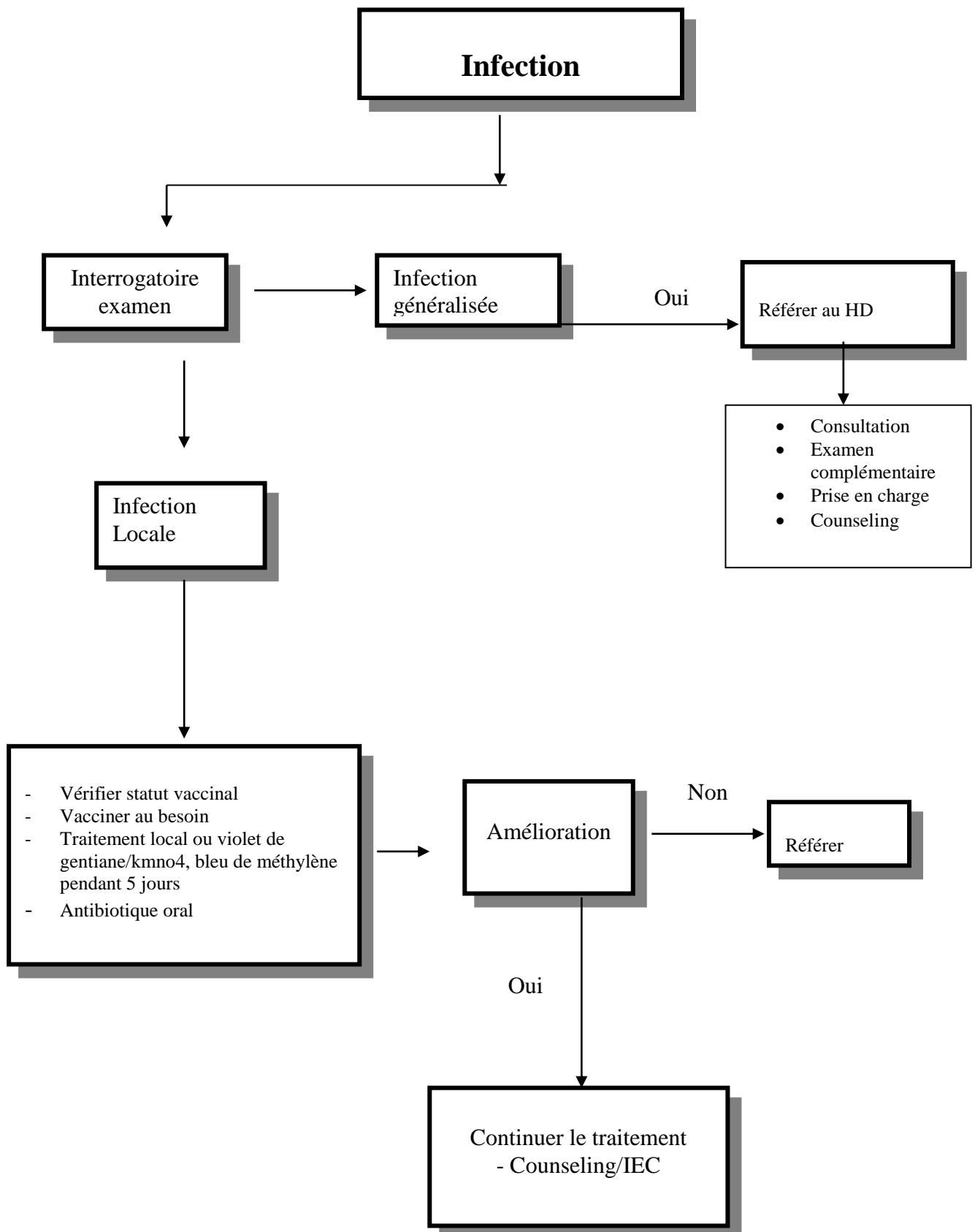
HD

- ❖ Calmer la douleur par un antalgique en suppositoire ou en voie parentérale et faire Counseling/IEC
- ❖ Si douleur persiste après 45 minutes choisir un antalgique du palier II
Si échec, référer

CHR/CHU

- ❖ Faire une consultation spécialisée
- ❖ Enquête étiologique, prise en charge
- ❖ Faire Counseling/IEC





INCONTINENCE D'URINE

Interrogatoire / Examen

FVV ; FRV ou les deux

USP/CMS

- ❖ Faire un Bain de siège aux antiseptiques
- ❖ Prendre les Mesures d'hygiène (garnitures propres),
- ❖ Placer une sonde à demeure
- ❖ Faire counseling/IEC
- ❖ Référer

HD

- Consultation spécialisée
- Hospitalisation
- Examens complémentaires
- *Si prise en charge difficile référer

CHR/CHU

- ❖ Consultation spécialisée
- ❖ Examens complémentaires
- ❖ Traitement chirurgical : plastie urètre, sphinctéroplastie...
- ❖ Rééducation
- ❖ Counseling/IEC

Kyste vulvo-vaginal



USP/CMS

- ❖ Faire un bain de siège aux antiseptiques
- ❖ Counseling/ IEC
- ❖ Référer



HD

- ❖ Faire l'ablation du kyste si possible
- ❖ Faire le Counseling/IEC
- ❖ Si non référer



CHR/CHU

- Faire la consultation spécialisée
- Faire les examens complémentaires
- Prendre en charge

3.2.2- CAT en cas de Viols

Chez la petite fille

- Faire l'examen physique pour rechercher les traces de violences,
- Faire l'examen gynécologique en présence des parents à la recherche de lésions au niveau de l'hymen et/ou du cul-de-sac de Douglas,
- Faire le prélèvement vaginal à la recherche de spermatozoïdes,
- Prescrire un traitement curatif (anti-inflammatoire, antiseptique, antibiotique),
- Proposer un dépistage VIH : au moment de l'examen, et trois mois ou six mois plus tard,
- Proposer un dépistage VIH au violeur.

Chez la femme

- Apprécier l'état général,
- Faire l'examen gynécologique à la recherche des lésions au niveau du vagin, du col et particulièrement au niveau du cul-de-sac de Douglas,
- Faire le prélèvement vaginal à la recherche de spermatozoïdes.

CAT (selon le traumatisme présenté et l'état clinique) :

- Proposer le dépistage VIH à la victime et au violeur
- Référer au besoin en consultation.

Chez le petit garçon

- Faire l'examen physique pour rechercher les traces de violences, les lésions anales,
- Faire le prélèvement rectal à la recherche de spermatozoïdes.

CAT :

- Prescrire un traitement curatif (anti-inflammatoire, antiseptique, antibiotique)
- Proposer un dépistage VIH : au moment de l'examen, et trois mois ou six mois plus tard
- Proposer un dépistage VIH au violeur.

3.3- Prise en charge des tabous alimentaires chez l'enfant, la nouvelle mariée et la femme enceinte

Chez l'enfant

- Se référer à l'éducation nutritionnelle du chapitre "Santé de l'Enfant",
- Donner des conseils nutritionnels à la mère.

Chez la femme enceinte

- La référer à la consultation prénatale : alimentation de la femme enceinte

Chez la nouvelle mariée

- Donner des conseils alimentaires (en proposant au besoin des alternatives alimentaires tout aussi nutritives que les aliments frappés de tabous).

4- Prévoir l'établissement d'un certificat médical sur réquisition de l'autorité judiciaire ou à la demande de la victime

**PROTOCOLES DE COMMUNICATION POUR UN CHANGEMENT DE
COMPORTEMENT**

CHAPITRE 33 : LA COMMUNICATION POUR UN CHANGEMENT DE COMPORTEMENT (CCC)

1- INTRODUCTION

La Communication pour un Changement de Comportement ou l'Information- l'Education- la Communication (IEC) est un processus qui permet de fournir à un individu, un groupe ou une communauté le savoir, le savoir-faire et le savoir être nécessaires pour lui permettre de maintenir ou de renforcer et/ou d'aboutir à un changement de comportement durable pour un mieux être.

Dans le cadre de la SR, la CCC, composante transversale intéresse, tous les volets.

En matière de "*Santé de la Femme*", la CCC a pour objectif d'amener les femmes, les hommes, la famille, la communauté et les pouvoirs publics à adopter des comportements et des attitudes favorables à une Maternité à Moindre Risque, à la prévention et à la prise en charge précoce des maladies gynécologiques, des IST/VIH/SIDA, des dysfonctionnements de l'appareil génital, des troubles de la sexualité et de la ménopause.

En matière de "*Santé des Enfants*", il s'agira d'amener les parents (hommes et femmes) et les enfants (filles et garçons), la communauté et les pouvoirs publics à adopter des comportements et des attitudes favorables à un développement harmonieux des enfants, à la prévention et à la prise en charge précoce des maladies des enfants, et à la promotion de la scolarisation en général et de celle des filles en particulier.

En ce qui concerne la "*Santé des Adolescents et des Jeunes*", la CCC a pour objectif d'amener les adolescents et les jeunes (filles et garçons), les parents (hommes et femmes), la communauté et les pouvoirs publics à adopter des comportements favorables à une adolescence et à une jeunesse saines, à l'abri notamment des IST/VIH/SIDA, des grossesses précoces, des mariages précoces, des grossesses non désirées, des perturbations graves de la puberté, des troubles de la sexualité et de la toxicomanie.

En matière de "*Santé des Hommes*", il s'agit d'amener les hommes, les femmes, la famille, la communauté et les pouvoirs publics à adopter des comportements favorables à une sexualité et à une parenté responsables des hommes, à la prise en charge précoce des IST/VIH/SIDA, des dysfonctionnements et pathologies de l'appareil génital, des troubles de la sexualité et de l'andropause.

Les techniques de CCC les plus couramment utilisées sont :

- La causerie éducative ou causerie de groupe,
- Le counseling,
- La Visite à domicile (VAD).

2- PROTOCOLES EN CAUSERIE

La causerie est une technique d'animation de groupe. C'est un entretien planifié, facilité par un prestataire de services, ou un animateur avec un groupe de personnes en vue de leur apporter un message précis.

Le but de la causerie est d'amener les membres d'un groupe à analyser un problème spécifique puis à adopter un comportement favorable à la santé.

Les causeries peuvent se faire par toute personne formée avant la consultation, pendant les stratégies avancées ou sur rendez-vous avec des groupes spécifiques ayant un problème particulier.

Un groupe composé de 6 à 12 participants est l'idéal. Il permet une interaction plus facile.

3- ETAPES D'UNE CAUSERIE

3.1- Phase préparatoire :

- Choisir le sujet en fonction,
 - o Des besoins du groupe cible,
 - o Des priorités sanitaires du moment,
- Formuler les objectifs de la causerie,
- Se documenter sur le sujet choisi,
- Ecrire le contenu de la causerie en choisissant des mots simples (fiches techniques),
- Ecrire un résumé succinct de l'exposé,
- Préparer la traduction des mots clés en langue locale,
- Choisir les supports Information-Education-Communication adaptés au sujet,
- Utiliser les fiches techniques Information-Education-Communication existantes,
- Choisir la méthodologie d'animation de la causerie,
- Choisir le lieu de la causerie,
- S'assurer de la disponibilité du lieu,
- Préparer le lieu pour la séance de causerie.

3.2- Phase d'exécution :

- Installer l'auditoire,
- Saluer l'assistance,
- Se présenter,
- Annoncer le thème du jour,
- Annoncer les objectifs de la causerie,
- Evaluer les connaissances de l'auditoire sur le sujet, en posant des questions simples,
- Développer le thème à voix assez haute sans parler de trop de choses à la fois selon la méthodologie choisie,
- Inviter le groupe à poser des questions sur le sujet,
- Evaluer la causerie à partir des objectifs fixés,
- Faire le résumé de la causerie.

3.3- Phase de clôture :

- Remercier l'auditoire,
- Fixer le prochain rendez-vous,
- Annoncer/Choisir le prochain sujet et le lieu,
- Compter le nombre de participants,
- Remplir les cahiers de causerie,
- Ranger le matériel.

3.4- Conseils pratiques pour mener à bien une causerie

- Faire un plan détaillé des idées maîtresses,
- Respecter le public,
- Utiliser un langage simple et précis,

- Lire le moins possible le texte écrit,
- Garder le texte comme référence,
- Avoir une tenue vestimentaire appropriée,
- Surveiller les attitudes non verbales,
- Faire attention aux tics qui pourraient déranger l'auditoire,
- Fixer la durée de la causerie en fonction du milieu et de l'intérêt que le public porte au thème. Toutefois, une séance de causerie ne doit pas dépasser 20 minutes.

N.B. : *La collaboration du personnel social est à rechercher car elle sera d'une grande utilité au personnel de santé lors des séances de visites à domicile, de causerie en petits groupes ou de sensibilisation de masses.*

4- PROTOCOLES EN COUNSELING

4.1- Définition

Le counseling est un entretien conseil de tête-à-tête (entre un client ou un couple et un agent de santé) au cours duquel l'agent de santé aide le client à poser son problème de santé reproductive en vue d'un choix de solutions adaptées.

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

4.2-Buts du counseling

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

Le counseling doit être adapté à chaque prestation de SR.

4.3- Principes de base nécessaires au counseling

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

- Droit au caractère privé et confidentiel notamment pour préserver l'estime de soi et la confiance en soi du client en toutes circonstances,
- Liberté de s'exprimer,
- Consentement éclairé,
- Droits du client,
- Renforcement des capacités du client.

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

- Maîtrise du sujet,
- Fait de tirer les leçons du passé mais aussi demeurer positif, constructif, optimiste, tourné vers l'avenir,
- Education par l'exemple, être un modèle,
- Reconnaissance de ses limites,
- Disponibilité.

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

- Client prend l'initiative et vient voir le prestataire pour une consultation,
- Prestataire prend l'initiative de s'entretenir avec un client sur la base d'un constat,
- Client est référé par une structure/association.

4.4- L'écoute attentive en counseling

L'écoute attentive est un processus mental émotif où notre esprit, notre sensibilité et nos yeux participent autant que nos oreilles. C'est le fait d'un esprit libre qui a une volonté et une capacité de tout entendre. L'écoute revêt un caractère important dans la relation d'aide interpersonnelle.

4.4.1- Deux éléments essentiels

- Etre ouvert à autrui (être capable d'accepter les opinions contraires aux nôtres). C'est respecter l'autre, être sensible à ce qu'il ressent,
- Renvoyer à l'émetteur l'essentiel de ce que nous avons saisi pour qu'il sache à quel point nous l'avons compris.

4.4.2- Attitudes pendant l'écoute attentive

- Poser clairement le problème,
- Ecouter sans interrompre l'interlocuteur,
- Demander des précisions par moment,
- Reformuler par moment pour être sûr de comprendre les choses de la même façon,
- Hocher la tête pour montrer qu'on suit ce qu'il dit,
- Poser des questions ouvertes,
- Montrer de l'empathie à son interlocuteur,
- Faire preuve de patience pendant l'écoute.
- Ecoute attentive est celle qui va au-delà des paroles.

Savoir écouter est un art qu'il faut apprendre à cultiver.

Conduite d'une session de counseling (selon la méthode BERGER)

- B** : **Bienvenue**
- E** : **Ecoute**
- R** : **Renseignement**
- C** : **Choix**
- E** : **Explication**
- R** : **Rendez-vous**

Exemple en PF

1. PREPARER LE COUNSELING	
	S'assure que le counseling se déroulera dans un endroit calme et discret Prévoit des aides visuelles et des échantillons Prévoit des sièges
2. ACCUEILLIR LE CLIENT	
	Souhaite la bienvenue au client (en langue locale si nécessaire) Présente un siège au client Se présente au client Présente les autres membres du staff si nécessaire Demande l'identité du client Informe le client des services disponibles y compris la prise en charge des cas de IST/SIDA Rassure le client de la confidentialité de l'entretien Demande l'objet de la visite
3. ECOUTER LE CLIENT	
	Regarde le client pendant qu'il parle Ne fait rien d'autre quand le client parle Utilise les techniques de communication non verbale N'interrompt pas le client quand il parle Pose des questions d'éclaircissement Explique au client le pourquoi des informations collectées Utilise un langage adapté en évitant les termes techniques
4. RENSEIGNER LE CLIENT	
	Demande au client de citer les méthodes qu'il connaît Demander au client de dire les méthodes qui l'intéressent Demande au client de dire ce qu'il connaît de ces méthodes Corrige les rumeurs Explique le mécanisme de la fécondation Présente les différentes méthodes contraceptives <ul style="list-style-type: none">- Le mode d'action principal- Le mode d'emploi- Un avantage- Une limite- Un effet secondaire Utilise les aides visuelles pour faciliter la compréhension Fait toucher les échantillons par le client Encourage le client à poser des questions

5. AIDER LE CLIENT A CHOISIR SA METHODE	
	Demande au client s'il y a une méthode qu'il veut utiliser Demande au client si le partenaire est impliqué dans la contraception Demande au client quels sont ses projets en matière de reproduction Fait le rapport entre la méthode que le client veut utiliser et ses projets Explique au client la prochaine étape de l'entretien Recueille les informations complémentaires à propos du client Explique les résultats de l'examen au client Discute des critères d'éligibilité avec le client Vérifie si le client a pris une décision définitive
6. EXPLIQUER LA METHODE CHOISIE	
	Explique comment utiliser la méthode Demande au client de répéter ces informations Corrige les informations si nécessaire Explique les effets de la méthode en rapport avec la prévention des IST/SIDA Explique les effets secondaires et signes avertisseurs Demande au client de répéter ces informations Donne la documentation sur la méthode Explique le calendrier de suivi
7. FIXER LE RENDEZ-VOUS	
	Marque la date du rendez-vous dans le carnet ou carte de suivi Dit au client la date de rendez-vous Explique au client qu'il peut revenir à la clinique selon ses besoins Dit au revoir au client Raccompagne le client à la porte.

5- VISITE A DOMICILE (V.A.D)

5.1-Définition

La VAD consiste à se rendre au sein des ménages en vue de les aider à identifier et à trouver des solutions à certains de leurs problèmes de Santé de la Reproduction.

Importance des VAD

- Aider les familles à améliorer leur état de santé,
- Aider les familles à adopter un comportement sain souhaité à partir des renseignements fournis sur place.

Principes de la VAD

- Etre positif,
- Ne pas critiquer,
- Ne pas exiger des biens de la famille.

5.2- Avantages

- Agent peut s'occuper immédiatement des problèmes là où ils se posent,
- Familles apprennent à considérer l'agent comme un ami et non comme un représentant du gouvernement ou un fonctionnaire,
- Agents apprennent à mieux connaître les villageois et peuvent ainsi découvrir les plus aptes à diriger certains projets (exemple : équipe de volontaires pour la recherche des perdus de vue),
- Connaissant mieux les gens, l'agent sur le terrain pourra mieux préparer son travail.

5.3- Limites

- Visites domiciliaires prennent du temps,
- Agent ne peut voir qu'un certain nombre de familles,
- Il n'est pas toujours possible d'organiser une visite à une heure qui convient à la famille,
- Familles qui ne reçoivent pas de visites peuvent se sentir frustrées,
- Moyens de déplacement font parfois défaut.

5.4- Etapes de la visite à domicile

5.4.1- Préparer la visite à domicile :

- Identifier la personne ou la famille,
- Etablir le but,
- Réfléchir à la question,
- Revoir ses connaissances en fonction du but de la visite à domicile (se documenter),
- Choisir et préparer le matériel qui pourrait être utilisé lors de la visite à domicile (cahiers, affiches, brochures, dépliants, contraceptifs etc..),
- Consulter le dossier familial des clients pour aider à fixer avec plus de précision les buts de la visite à domicile et aborder les problèmes par ordre de priorité,
- Avertir la famille ou la personne.

5.4.2- Exécuter la visite à domicile

- Procéder aux salutations d'usage,
- Se présenter si nécessaire,
- Echanger des propos sur un sujet autre que celui qui motive la visite pour mettre l'interlocuteur en confiance,
- Introduire le sujet de la visite,
- Poser le problème avec calme,
- Ecouter attentivement l'interlocuteur sans répondre lors de son intervention,
- Eviter d'écrire si possible,
- Poser des questions de clarification,
- Prodiguer des conseils sans se substituer aux clients,
- Montrer les aides visuelles si nécessaire,
- Référer au centre de santé les cas qui le nécessitent,
- Fixer le prochain rendez-vous,
- Remercier et prendre congé.

5.4.3- Après la visite à domicile

Ecrite tous les renseignements reçus,

- Trier les problèmes qu'on peut résoudre avec la CCC,
- Faire une auto-évaluation.

PROTOCOLES DE PLAIDOYER

CHAPITRE 34 : LE PLAIDOYER

La mise en œuvre des projets et programmes SR nécessite diverses ressources souvent importantes. D'où la nécessité de développer le plaidoyer auprès des bailleurs de fonds mais aussi auprès des institutions publiques et privées.

Le plaidoyer a pour objectif de changer les opinions, les attitudes, les visions, les politiques, les programmes des gouverneurs, des institutions ou des groupes sociaux.

1- GENERALITES

1.1- Définition

Le plaidoyer est un processus ou un ensemble d'actions cohérentes menées par un individu, un groupe d'individus ou une communauté, dans un domaine quelconque d'intérêt public, en vue de changer ou d'assurer la mise en place ou la mise en œuvre des politiques, lois, règlements, procédures, normes, programmes dans le sens souhaité par l'individu ou la communauté qui entreprend ces activités.

1.2- Éléments à prendre en compte pour identifier un problème de plaidoyer

- Dimension du problème (d'intérêt national, local, communautaire),
- Disponibilité des données,
- Urgence de la solution,
- Potentiel d'écoute positive de la part des parties prenantes,
- Capacité d'élaboration d'alternatives de solutions,
- Potentiel de soutien,
- Facilité de compréhension entre le problème et la solution.

1.3- Éléments à prendre en compte pour envisager une solution aux problèmes

- Pertinence (rapport avec le problème identifié),
- Idées explicites des effets potentiels,
- Durée escomptée pour avoir les effets,
- Ampleur des effets,
- Adhésion des bénéficiaires,
- Contraintes pour la mise en œuvre,
- Requis (préalables) pour rendre la solution effective (aspects humains, éthiques, institutionnels, matériels etc.).

2- PROTOCOLES

- Collecter des données pour l'analyse de la situation en utilisant les sources suivantes :
 - Enquêtes auprès des communautés,
 - Evaluations des programmes de SR en cours,
 - Enquêtes démographiques et de santé,
 - Recensements de population,
 - Statistiques de SR,
 - Lois, les textes réglementaires et administratifs,
 - Rapports sur la population.

- Faire l'analyse de la situation :
 - Bien identifier le problème à résoudre avec les bénéficiaires,
 - Décrire le problème avec ses conséquences, et ses causes (immédiates, sous-jacentes et fondamentales),
 - Identifier les groupes qui peuvent résoudre le problème ou contribuer à résoudre le problème,
 - Déterminer la gamme des solutions possibles,
 - Déterminer les obstacles éventuels à surmonter et, parmi ces obstacles, ceux qui sont liés à une carence en termes de politiques, de lois, de règlements, de procédures, de normes, de programmes,
 - Déterminer les atouts sur lesquels on peut compter pour résoudre le problème,
 - Déterminer, parmi les solutions, celles qui nécessitent des changements en terme de politique, lois réglementaires, procédures normes et programmes.

- Fixer des buts et objectifs
 - Mobiliser le public
 - Inventorier tous les acteurs,
 - Dissocier les rôles de tous les acteurs (en fonction de la prise de décision),
 - Sélectionner les acteurs,
 - Collecter des informations sur les acteurs, les obstacles et les contraintes des cibles,
 - Clarifier le rôle attendu des cibles,
 - Identifier les circuits d'accès aux cibles (canaux).

3- ETAPES D'UNE STRATEGIE DE PLAIDOYER

- Organiser un comité de plaidoyer,
- Analyser la situation avec soins,
- Identifier les objectifs en plaidoyer et les résultats escomptés,
- Identifier les groupes cibles,
- Développer les réseaux, les partenariats et mobiliser les champions,
- Concevoir, adapter et pré-tester des messages,
- Choisir les canaux de communication, activités et matériels,
- Élaborer un plan d'action,
- Application, suivi et évaluation.

4- DEFINITION DES CIBLES

Les cibles

- Identifier les cibles primaires et secondaires,
- Mener la recherche sur les cibles, si nécessaire : observations, enquêtes / sondages, focus-group, interviews,
- Étudier les connaissances, attitudes, croyances des cibles (qu'est ce qui intéresse les cibles?).

Les cibles primaires : Il s'agit de décideurs ayant l'autorité d'affecter directement l'issue de notre plaidoyer

Les cibles secondaires : Ce sont les individus ou groupes pouvant influencer les décideurs

NB. Les cibles secondaires peuvent renfermer des opposants à une cause

4.1- Qui sont les publics possibles ?

- Dirigeants politiques,
- Responsables du gouvernement,
- Décideurs,
- Secteur privé / monde des affaires,
- Éducateurs,
- Leaders de la société civile,
- Média,
- Bailleurs de fonds,
- Chefs religieux,
- Associations professionnelles,
- Groupes / associations de femmes.

4.2- Engagement des groupes cibles

- Les groupes cibles spécifiques sont (les leaders communautaires, le secteur privé, les leaders du secteur de la santé, les décideurs)
- Les questions auxquelles on doit répondre pour mesurer l'engagement des groupes cibles sont les suivantes :
 - o Qui sont les membres de ce groupe?
 - o Pourquoi ce groupe doit s'intéresser au PF?
 - o Qu'est-ce que ce groupe peut faire pour avancer les activités du PF?
 - o De quoi est-ce que ce groupe a besoin pour avancer le programme du PF?

4.3- Développer et livrer des messages

- Formuler des messages concis, clairs, persuasifs à propos des objectifs de plaidoyer, reflétant ce que vous voulez atteindre, pourquoi et comment et les actions que vous voulez que les cibles prennent.
- Adapter les messages à vos cibles spécifiques (segmentation)
- Livrer des messages pertinents, à travers des canaux variés, en utilisant des sources crédibles

4.4- Contenu du message

Un message de plaidoyer doit toujours comporter les éléments suivants :

- Constat d'un problème,
- Importance du problème,
- Cause du problème,
- Conséquence du problème,
- Solutions au problème,
- Solution proposée,
- Justification du choix de la solution.

4.5- Caractéristique d'un message

- Message doit être simple, concis, précis, concret,
- Message doit être convaincant,
- Message doit être adapté.

4.6- Forger les alliances

Coalitions, réseaux, alliances

- Réseaux informels de personnes,
- Coalitions formelles d'organisations.

4.7- Livrer le message

Faire des présentations efficaces

Etape 1: Connaître vos cibles

Etape 2: Bien travailler le message

Etape 3: Livrer le message, le messenger (l'importance des relations)

4.8- Conseils avant la présentation

- Choisir les membres de la délégation,
- Identifier le rôle pour chaque membre,
- Prévoir du matériel à remettre,
- Revoir le message,
- Préparer des questions à poser,
- Se préparer sérieusement.

4.9- Conseils au cours de la présentation

- Arriver à l'heure,
- Bien établir la relation avec les interlocuteurs - échange de courtoisies - présentation des participants,
- Ne pas donner de réponses vagues au cours de l'entretien,
- Noter ce qui semble préoccuper les interlocuteurs,
- Demander d'autres rencontres si nécessaires,
- Remercier pour le temps accordé.

4.10- Conseils après la présentation

- Remercier les membres de l'équipe,
- Faire un "débriefing" : faits appris, constats, évaluation, prochaines étapes etc.
- Faire un rapport aux autres membres du groupe,
- Assurer un suivi.

4.11- Le messenger

Le messenger doit :

- Bien maîtriser le problème que pose le plaidoyer ainsi que l'argumentaire,
- Avoir les capacités de parler clairement en public,
- Avoir la capacité de discuter avec des personnes qui sont en dehors du groupe de plaidoyer.

4.12- Mobilisation des Ressources

- Identifier les besoins en ressources,
- Développer un budget,
- Fixer des objectifs de mobilisation de fonds,
- Identifier la stratégie de collecte.

CHAPITRE 35 : LE REPOSITIONNEMENT DE LA PF

1- RAISONS POUR “REPOSITIONNER” LA PLANIFICATION FAMILIALE

Il est nécessaire pour le Togo de mettre en œuvre des stratégies pour repositionner la PF car à ce jour les statistiques font ressortir :

- Un taux de prévalence contraceptive faible,
- Un indice synthétique de fécondité (nombre d'enfants par femme en fin de vie féconde) élevé,
- Des besoins non satisfaits en Planification familiale élevés.

2- ACTIVITES DE REPOSITIONNEMENT DE LA PF PAR NIVEAU

Niveaux	Tâches
Niveau central et intermédiaire	<ul style="list-style-type: none"> - Orienter les responsables des programmes sur l'utilisation de l'outil de plaidoyer pour le repositionnement de la PF de l'OMS, - Développer les stratégies de plaidoyer au niveau national, - Promouvoir le dialogue à grande échelle entre le niveau national et les leaders communautaires, - Mener des activités de plaidoyer pour le repositionnement de la PF au niveau national et régional, - Mener le plaidoyer pour le financement de l'achat des produits contraceptifs, - Mettre en œuvre des stratégies de sécurisation des produits contraceptifs, - Développer les compétences des prestataires sur l'offre des services de PF, - Développer les compétences des prestataires sur la qualité des services en PF, - Impliquer la communauté dans la mise en œuvre des services de PF, - Travailler avec les journalistes pour accroître quantitativement et qualitativement la couverture en PF, - Former d'autres acteurs pour identifier les problèmes prioritaires et développer des plans d'action innovateurs pour atteindre les cibles visées, - Mise à jour des données actuelles et les tendances, y compris les besoins non-satisfaits et leurs conséquences - Mobiliser tous les catégories de médias à s'engager en faveur de la planification familiale
Niveau périphérique	<ul style="list-style-type: none"> - Offrir des services de planification familiale de qualité, - Sécuriser les produits contraceptifs au point de prestation des services (PPS), - Faire un counseling de qualité pour motiver les clients, - Offrir des messages pertinents sur la contraception, - Référer les cas si nécessaire au niveau supérieur, - Collaborer avec les leaders communautaires.

PROTOCOLES DE PREVENTION DES INFECTIONS

CHAPITRE 36 : LA PREVENTION DES INFECTIONS

1- OBJECTIFS

- Prévenir de graves infections post- opératoires,
- Minimiser le risque de transmission des maladies telles que l'hépatite B et le SIDA aussi bien aux clients qu'aux personnels soignants,
- Protéger l'environnement,
- Prévenir la propagation des infections dans les services de PF et de soins de santé,
- Assurer un haut niveau de sécurité aux clients et aux prestataires.

2- DEFINITION OPERATIONNELLE DES TERMES

Micro-organismes

Les micro-organismes sont les germes responsables de l'infection. Ils comprennent des bactéries, des virus, des champignons et des parasites. Dans le cadre de la prévention des infections, on subdivise les bactéries en 3 catégories : les bactéries végétatives (staphylocoques), les mycobactéries (tuberculose) et les endospores (tétanos), lesquelles sont les plus difficiles à tuer.

Asepsie

L'asepsie ou les techniques aseptiques sont des termes généraux dont on se sert dans le contexte sanitaire pour décrire l'ensemble de moyens utilisés pour empêcher les micro-organismes de pénétrer dans une partie quelconque du corps où ils risquent de provoquer une infection. L'asepsie a pour but de réduire à un niveau de sécurité ou d'éliminer les micro-organismes aussi bien sur les surfaces vivantes (peau et tissu) que sur les objets inanimés (instruments chirurgicaux).

Antisepsie

L'antisepsie consiste à prévenir l'infection en détruisant ou en inhibant la croissance des micro-organismes qui se trouvent sur la peau ou sur d'autres tissus du corps humain.

Décontamination : c'est le procédé qui rend les objets moins dangereux à manipuler par le personnel, notamment le personnel d'entretien, avant le nettoyage. Ces objets comprennent les surfaces importantes (par exemple, tables d'examen gynécologique ou table d'opération), les instruments chirurgicaux et les gants contaminés par du sang ou des autres liquides organiques, pendant ou après les interventions chirurgicales.

Nettoyage : c'est l'opération qui consiste à enlever physiquement tout le sang, les liquides organiques ou tout autre corps étranger visible à l'œil nu, comme la poussière ou la saleté présents sur la peau ou sur des objets inanimés.

Désinfection : c'est l'opération qui élimine en grande partie, mais pas en totalité, les micro-organismes vecteurs de maladies. Des désinfections de haut niveau (DHN) par ébullition ou par produits chimiques éliminent tous les micro-organismes, à l'exception de certaines endospores bactériennes.

Stérilisation : c'est le procédé qui élimine complètement tous les micro-organismes (bactéries, virus, champignons et parasites) y compris les endospores bactériennes qui se trouvent sur les objets inanimés.

Prévention de l'infection : c'est l'ensemble des actes visant à placer les barrières entre l'hôte et les micro-organismes. Ces barrières sont des procédés physiques ou chimiques qui aident à prévenir la propagation des micro-organismes infectieux.

3- PRINCIPES DE LA PI

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

4- ETAPES DE LA PI

Différentes pratiques utilisées pour réduire le risque de transmission de maladies entre le client et le personnel.

- Lavage des mains,
- Utilisation des barrières,
- Traitement du matériel,
- Elimination des déchets,
- Entretien des locaux.

4.1- Lavage des mains

C'est la mesure la plus importante de la PI. Il faut toujours se laver les mains avant et après chaque geste, ou avant de porter les gants ou après les avoir enlevés. Il existe deux (2) types de lavage des mains :

- Lavage courant des mains,
- Lavage chirurgical des mains.

4.1.1- Lavage courant des mains

Matériel

Eau courante (eau issue d'un robinet ou eau dans un seau mais servi à l'aide d'un gobelet ou autre récipient).

Savon (petits morceaux, laissés sec)

Serviette individuelle propre ou laissée sécher à l'air libre.

Lavage : 15 à 30 secondes de frottements des mains avec l'eau et le savon.

4.1.2- Lavage chirurgical des mains

En plus du matériel pour lavage courant, on utilise des brosses douces, des antiseptiques.

Durée : 3 à 5mn.

Frotter du bout des doigts vers les poignets et coude. Ne pas frotter fort car cela peut créer des égratignures, sources d'infection.

Notons qu'il y a d'autres zones que l'on est appelé à laver, le lavage des zones d'intervention.

Préparation de la solution pour le lavage chirurgical des mains.

Formule : ajouter 2 ml de glycérine à 100 ml d'alcool à 60 – 90%. Utiliser 3 à 5 ml et frotter 2 mn en utilisant au total 6 à 10 ml par lavage.

N.B. : *Cette pratique n'est utilisée qu'en cas d'absence d'eau ou entre deux clients après lavage initial.*

Lavage des zones d'intervention

Point d'injection : passer un premier tampon imbibé d'alcool à 60 – 90% sur une grande zone. Passer un second au point d'injection. Eviter de repasser au niveau des endroits déjà nettoyés.

Points d'intervention : (Norplant, CCV)

Couper les poils très ras si nécessaire, éviter de raser. Passer un tampon imbibé de façon excentrique. Passer 2 à 3 fois pour être sûr que les saletés sont enlevées.

4.2- UTILISATION DES BARRIERES

Comme barrières physiques, nous citons : gants, blouses, masque, bottes, coiffes, lunettes, tablier, bavette etc.

4.2.1- Porter les gants

Nécessaire si vous devez toucher des sécrétions, muqueuses ou tissu sous-cutané ou du matériel contaminé de sécrétion organique (sang et autres).

4.2.2- Types de gants

- Gants de ménage,
- Gants d'examen,
- Gants chirurgicaux (gants stériles)

4.2.3- Quand utiliser les gants ?

Gestes	Types de gants à utiliser
Examen physique	Gants d'examen (facultatif)
DIU	Gants d'examen
Examen gynécologique	Gants d'examen
Débarrasser une poubelle	Gants de ménage
Norplant	Gants stériles (chirurgicaux)
Vasectomie	Gants stériles (chirurgicaux)
Ligature des trompes	Gants stériles (chirurgicaux)
Injection	Rien

A défaut des gants chirurgicaux stériles, seuls les gants désinfectés à haut niveau sont recommandés pour les insertions du Norplant et la CCV.

4.3- TRAITEMENT DU MATERIEL

4.3.1. Décontamination

Elle se fait après utilisation et avant nettoyage des instruments et du matériel. Durée de décontamination = 10 mn.

Principes

- Inactive le virus de l'hépatite B et le VIH,
- Rend les articles moins dangereux à manipuler,
- Doit être faite avant le nettoyage.

Procédures

- Placer le matériel et les gants réutilisables dans une solution chlorée à 0,5% après utilisation,
- Laisser tremper pendant 10 mn,
- Nettoyer.

Formule pour préparer une solution diluée à partir d'un concentré :

$$\text{Parts totales (PT) (H2O)} = \frac{\% \text{ concentré} - 1}{\% \text{ dilué}}$$

N.B. : 1° de chlore = 0,3%

Exemple : pour préparer une solution chlorée à 0,5% à partir d'un concentré de 12°

$$\text{PT} = \frac{0,3 \times 12 - 1}{0,5}$$

$$\text{PT} = \frac{3,6 - 1}{0,5}$$

$$\text{PT} = 6$$

4.3.2- Nettoyage

Il se fait après décontamination et constitue la manière la plus efficace de diminuer le nombre de micro-organismes contaminant.

- Laver avec l'eau et du détergent,
- Frotter les instruments avec une brosse à dent jusqu'à ce qu'ils soient visiblement propres,
- Rincer soigneusement avec l'eau propre,
- Sécher le matériel.

4.3.3- Désinfection à haut niveau

C'est la seule alternative acceptable lorsque la stérilisation n'est pas possible. Elle détruit tous les micro-organismes sauf les endospores bactériennes.

4.3.3.1- Désinfection à haut niveau par ébullition

- Décontaminer et nettoyer le matériel,
- Faire bouillir les instruments et autres articles immergés pendant 20 mn dans un récipient couvert,
- Commencer à chronométrer dès ébullition,
- Ne rien ajouter dans la marmite après avoir commencé le chronométrage,
- Laisser sécher dans un récipient désinfecté à haut niveau avant utilisation ou emmagasinage.

4.3.3.2- Désinfection à haut niveau par vapeur

- Décontaminer et nettoyer le matériel,
- Passer les instruments, gants et autres articles à la vapeur pendant 20 minutes,
- Etre certain qu'il y a assez d'eau au fond de la marmite pour durer le cycle entier de stérilisation à la vapeur,
- Porter l'eau à ébullition à gros bouillons,

- Commencer à chronométrer lorsque la vapeur commence à sortir d'en dessous du couvercle,
- Ne rien ajouter à la marmite après que le chronométrage eut commencé,
- Laisser sécher à l'air et emmagasiner dans la marmite à vapeur couverte désinfectée à haut niveau,
- Ne pas utiliser plus de 3 marmites.

4.3.3.3- Désinfection à haut niveau par procédures chimiques.

Désinfectants utilisés :

- Chlore,
- Formaldéhyde à 8%,
- Glutaraldéhyde à 2%.

Procédures :

- Après la décontamination, nettoyer soigneusement et sécher tout le matériel et tous les instruments,
- Couvrir entièrement tous les articles avec la dilution correcte du désinfectant adéquatement emmagasiné,
- Laisser tremper pendant 20 mn,
- Bien rincer avec de l'eau bouillie et laisser sécher à l'air libre,
- Conserver pendant une semaine maximum dans un bac désinfecté, couvert, ou utiliser immédiatement,
- Préparer un bac désinfecté à haut niveau, le faire bouillir (s'il est petit) ou le remplir avec une solution chlorée à 0,5% et laisser tremper pendant 20 mn. (La solution chlorée peut être ensuite transférée dans un conteneur en plastique et réutilisée). Rincer soigneusement l'intérieur avec de l'eau bouillie. Laisser sécher à l'air libre avant utilisation.

4.4. Stérilisation

La stérilisation tue tous les micro-organismes y compris les endospores.

4.4.1- Stérilisation par chaleur humide (autoclave)

Une fois le matériel décontaminé, lavé et rincé :

- Placer le dans l'autoclave à une pression atmosphérique de 106 K et à une température de 121°C,
- Chronométrer à partir du moment où la température est de 121°C,
- Attendre 20 mn, si le matériel n'est pas enveloppé,
- Attendre 30 mn, si le matériel est enveloppé,
- Laisser sécher le matériel avant de le retirer de l'autoclave.

4.4.2- Stérilisation par chaleur sèche (poupinel)

- Placer le matériel décontaminé et lavé dans le stérilisateur électrique, démarrer la machine,
- Vérifier si le stérilisateur a atteint 170°C avant de chronométrer,
- Compter 60 mn pour une température constante de 170°C.

N.B. : *Le temps de stérilisation ne commence que lorsque le four a atteint la température spécifiée.*

4.4.3- Stérilisation chimique :

Produits chimiques utilisés.

Glutaraldéhyde 2% ou formaldéhyde 8%.

Procédures :

- Tremper le matériel jusqu'à immersion complète,
- Compter 10 heures pour le glutaraldéhyde,
- Compter 24 heures pour le formaldéhyde,
- Rincer le matériel avec de l'eau stérile.

4.5- ELIMINATION DES DECHETS

4.5.1- Principes :

- Evite la transmission des infections au personnel qui manipule les déchets,
- Evite la transmission des infections à la communauté locale,
- Protège ceux qui manipulent les déchets des blessures accidentelles.

4.5.2- Types :

- Incinération,
- Enfouissement.

Quand ? Après les prestations et le tri.

Où ? Dans toutes structures

Qui ? Tout personnel formé.

4.5.3- Procédures :

- Porter des gants de ménage,
- Transporter les déchets solides contaminés aux décharges dans des récipients couverts,
- Mettre tous les articles tranchants ou pointus dans des récipients ne pouvant être troués après décontamination (boîte à tranchants),
- Verser avec précaution les déchets liquides dans un drain ou dans des toilettes avec chasse d'eau,
- Brûler ou enterrer les déchets solides contaminés,
- Laver les mains, les gants et les récipients après avoir jeté les déchets infectieux.

5- ENTRETIEN DES LOCAUX

5.1- Objectifs :

- Diminuer le nombre de micro-organismes auxquels peuvent être exposés les clients et prestataires,
- Diminuer le nombre d'accidents en prévenant les chutes, et
- Offrir un cadre agréable.

5.2- Procédures :

- Toujours porter des gants lorsqu'on nettoie des zones très contaminées comme les toilettes ou des coulées de sang et de liquides organiques,
- Utiliser un chiffon ou une serpillière mouillée pour les murs, les planchers et les halls,
- Utiliser un matériel (brosse, chiffon) uniquement réservé aux secteurs à haut risque d'être contaminés (par les toilettes),
- Nettoyer et sécher régulièrement les serpillières, les brosses, les chiffons, et autre matériel de nettoyage entre les utilisations,
- Laver du haut vers le bas.

N.B. : *Suivre les instructions pour diluer les désinfectants*

5.2.1- Comment nettoyer les taches de sang et autres matières ?

Il faut essuyer immédiatement les taches de sang, les liquides organiques et autres liquides pouvant être infectieux.

Pour les petites taches, porter des gants. Essuyer les taches visibles avec un chiffon trempé dans une solution chlorée à 0,5%,

Pour les taches plus importantes, porter des gants. Inonder la zone avec une solution chlorée à 0,5%, éponger puis nettoyer comme d'ordinaire avec du détergent et de l'eau.

5.2.2- Comment nettoyer le matériel de nettoyage sale et contaminé ?

Etape 1. Décontaminer le matériel de nettoyage qui a été contaminé par du sang ou des liquides organiques en les trempant pendant 10 mn dans une solution chlorée à 0,5% ou dans tout autre désinfectant disponible et agréé localement.

Etape 2. Laver les chiffons, les brosses et les serpillières dans de l'eau avec du détergent tous les jours ou plus souvent, s'ils sont visiblement sales.

Etape 3. Rincer avec de l'eau propre.

Etape 4. Faire sécher complètement avant de réutiliser. Faire sécher au soleil les serpillières et les chiffons car les rayons du soleil aident la destruction des micro-organismes. (Les chiffons et serpillières mouillés sont très contaminés par les micro-organismes).

6- CIRCULATION DES PATIENTS ET PROFIL DES ACTIVITES

Il est important d'aider les prestataires de services et les responsables de cliniques à comprendre la possibilité de réduire la croissance microbienne et la contamination dans les formations sanitaires.

6.1-But

Le but de la prévention des infections est de minimiser le niveau de contamination microbienne dans les endroits où se déroulent les activités propres.

La contamination est très élevée dans les lieux fréquentés comme les salles d'attente et les salles de traitement des instruments.

Il s'agit de :

- Salles de procédures (consultation, salle d'accouchement, activités de PF),

- Zones chirurgicales (blocs opératoires ou petite chirurgie),
- Zones de traitement final et d'emmagasiner des instruments (buanderies, salles de désinfection ou stockage des instruments et gants).

Pour minimiser la contamination microbienne, il faut réduire les personnes autorisées à pénétrer dans les salles, définir les activités puis gérer la circulation des clients en séparant les zones propres des zones contaminées.

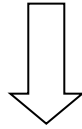
6.2-Précautions à prendre

- Limiter l'entrée de façon permanente (personnel et clients),
- Fermer toutes les ouvertures pendant l'intervention,
- Equipe programmée pour l'intervention est seule autorisée à rester dans la salle,
- Prévoir toujours une solution de décontamination dans la salle,
- Récipient pour recueillir les déchets (coton, pansement souillé),
- Boîte à tranchants pour recueillir les aiguilles et lames de bistouri,
- Meubles à rangement avec fermeture pour éviter la poussière et le risque de souillure,
- Vêtements du personnel doivent rester en permanence dans la salle de change,
- Prévoir un endroit pour le lavage chirurgical des mains,
- Evacuer les déchets soit par incinération soit par enfouissement.

LES ETAPES DE TRAITEMENT DES INSTRUMENTS ET AUTRES ARTICLES

DECONTAMINATION

Faire tremper, pendant 10 minutes,
Dans une solution d'hypochlorite
De sodium (Javel) à 0,5%

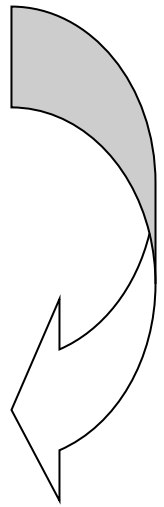


LAVER ET RINCER SOIGNEUSEMENT

Porter des gants,
Faire attention de ne pas
Se blesser avec des
Objets pointus



Méthodes
Préférées



Méthodes
Acceptables

STERILISATION

DESINFECTION DE HAUT NIVEAU

Autoclave
106 Kpa pression
(15 kbs/in²)
121°C (250°F)
20 mn. non-emballé
30 mn. emballé

Chaleur sèche

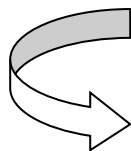
170°C
60 minutes.

Par ébullition

Avec couvercle
20 minutes.

Chimique

Faire tremper
20 minutes.



LAISSER REFROIDIR
Prêt à être utilisé*



* Les emballages stériles peuvent être conservés jusqu'à une semaine. Les articles non emballés devraient être gardés dans une boîte stérile ou désinfectée à haut niveau, avec un couvercle bien ajusté ou devraient être utilisés immédiatement.

DEUXIEME PARTIE

COMPOSANTES D'APPUI

PROTOCOLES DE GESTION DES PROGRAMMES DE SR

CHAPITRE 37 : LA COORDINATION

1- GENERALITES SUR LA COORDINATION

1.1- Définition

La coordination est la collaboration planifiée et concertée d'au moins deux personnes, deux départements, deux programmes ou deux organisations qui visent un but commun. Elle permet à chaque partenaire de se concentrer sur ses points forts, à toutes les parties impliquées de fournir une vaste gamme de services de qualité à tous ceux qui en ont besoin et le demandent.

La coordination des services de SR vise à optimiser les résultats dans toutes les interventions et à assurer une utilisation rationnelle des différentes contributions, la cohérence des interventions et un meilleur suivi/évaluation des activités en matière de SR.

De par le caractère multisectoriel et multidisciplinaire de la SR, toutes les interventions doivent être conformes à la politique et aux normes établies.

1.2 Types de coordination

On peut distinguer deux types de coordination :

- La coordination interne, au sein du Ministère de la Santé Publique,
- La coordination externe, entre le Ministère chargé de la santé et ses partenaires.

1.3 Niveaux et responsabilités

La coordination des activités de SR se fait à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et suivante des responsabilités bien définies.

- Le niveau central coordonne les interventions des différents partenaires au niveau national. Il veille particulièrement à la complémentarité des interventions, à l'harmonisation du système d'interventions et des messages à diffuser,
- Le niveau intermédiaire (Directions Régionales de la Santé) et le niveau périphérique (Districts Sanitaires) assurent la coordination des interventions respectivement au niveau régional et préfectoral.

2- PRINCIPALES ETAPES DE COORDINATION

- Elaborer un tableau d'activités de coordination interne et de responsabilités pour tous les domaines fonctionnels de votre organisation pour voir clairement comment améliorer votre coordination interne.
- Elaborer un tableau de répartition des fonctions en collaboration avec d'autres organisations pour analyser les activités menées par chacune d'entre elles. Identifier les cas de double emploi et modifier la répartition des responsabilités,
- Coordonner les efforts de sorte que chacune des organisations qui collaborent prenne en charge les activités qui correspondent à ses points forts,

- Développer un système d'échange d'informations entre organisation,
- Développer un système d'échange d'informations au sein de l'organisation,
- Regrouper les ressources autant que possible,
- Pour avoir une bonne vue d'ensemble du programme, il faut mettre sur pied un comité de planification des activités qui comprend les représentants de toutes les institutions impliquées dans le programme,
- Identifier les problèmes pouvant être résolus par une meilleure coordination interne et externe,
- Identifier des techniques de résolution de problèmes basées sur des méthodes de coordination spécifiques et appropriées,
- Développer des normes auxquelles toutes les organisations devront se conformer.

CHAPITRE 38 : LA SUPERVISION

1- GENERALITES

1.1- Définition

La supervision est un processus qui vise à s'assurer que le personnel accomplit ses activités de façon satisfaisante et à le rendre plus performant dans la réalisation de son travail. La supervision est une assistance et une action de guidage du personnel dans l'accomplissement de sa tâche.

La finalité de la supervision est d'améliorer la performance du programme et des services. Pour que cela se fasse efficacement, le superviseur doit développer une approche interactive avec les responsables et le personnel en vue de :

- Répondre aux besoins du personnel pour offrir des services de qualité (besoins de formations, besoins d'informations et conditions de travail adéquates),
- Garantir les droits et besoins des clients (Accès, Informations, Choix, Sécurité, Confidentialité, Intimité, Dignité, Liberté d'opinion et Continuité).

Les superviseurs peuvent être les responsables hiérarchiques du site ayant une expertise dans les domaines supervisés et connaissant bien le système de prestation de services.

1.2- Types de supervision

Il existe deux types de supervisions :

- Supervision interne qui est réalisée en équipe par le personnel travaillant dans le site sur la base de l'auto évaluation,
- Supervision externe fait appel à un ou des superviseurs ne travaillant pas dans le site.

1.3- Niveau, périodicité et durée de la supervision

- Niveau central supervise le niveau régional de façon semestrielle et intégrée,
- Niveau régional supervise le niveau district tous les trimestres,
- Niveau district supervise les postes tous les 3 mois,
- Niveau USP supervise les ASC une fois par mois.

Cependant, il n'est pas exclu qu'il y ait des supervisions ponctuelles ou qu'un niveau supérieur puisse descendre à la périphérie mais toujours de concert avec le niveau inférieur immédiat.

Une visite de supervision peut prendre 1 à 3 jours.

1.4- Objets de la supervision

Les supervisions restent intégrées et devront porter sur :

- Compétences techniques à offrir des services,
- Equipements et infrastructures,
- Dossiers des clients,
- Supports de gestion et de données,
- Circuit des clients,
- Gestion financière,
- Pratiques de prévention des infections,
- Environnement organisationnel et,
- Motivation du personnel.

1.5- Les outils de supervision

Le superviseur utilisera une fiche de supervision qui comportera :

- Guide d'observation de la compétence et de la performance du personnel,
- Guide d'analyse des conditions de travail et
- Outils plus spécifiques sur des aspects précis (guide d'auto-évaluation, fiche d'interview des clients et autres bénéficiaires, fiches de vérification des dossiers des clients et fiches d'inventaires du matériel et équipement.

1.6- Les techniques de supervision

Les principales techniques utilisées lors de la supervision sont :

- Observation (regarder et sentir),
- Entretien (parler avec le personnel ou avec les utilisateurs des services),
- Analyse documentaire (consulter et étudier les documents et les supports de données),
- Auto-évaluation (faire une autocritique constructive de son propre travail dans le site).

2- ETAPES D'UNE VISITE DE SUPERVISION

2.1 Préparer la visite

- Elaborer le calendrier de supervision.
- Elaborer le plan de visite du superviseur :
 - o Définir les objectifs de la supervision,
 - o Déterminer les activités et tâches à superviser et à réaliser,
 - o Choisir les outils de supervision appropriés,
 - o Déterminer le type de supervision à mener,
 - o Evaluer les ressources nécessaires,
 - o Informer le personnel à superviser et négocier la date,
 - o Examiner les documents de la formation sanitaire.

2.2 Exécuter la supervision

2.2.1- Tenir une réunion d'information et de planification avec le personnel :

- Passer en revue le plan de la supervision et discuter des buts et objectifs de la visite,
- Expliquer comment la visite sera menée,
- Examiner les recommandations et les engagements pris à la dernière visite de supervision,
- Discuter de la supervision des différents domaines d'activités,
- Prévoir une réunion de résolution de problèmes avec l'équipe de la formation sanitaire.

2.2.2- Réaliser la supervision des différents domaines d'activités :

- Observer les pratiques et interventions cliniques,
- Observer les pratiques de préventions des infections,
- Observer les équipements et fournitures,
- Observer le cadre de travail,
- Observer le counseling et l'interaction client/ prestataire,
- Interroger les clients,
- Relever les données statistiques.

2.3- Organiser une réunion de restitution avec le personnel

- Discuter des points forts et des points à améliorer du programme et des solutions à court et à long terme.
- Organiser une réunion de synthèse avec le responsable de la formation sanitaire.

2.4- Elaborer un plan de résolution des problèmes avec le personnel

2.5. Rédiger un rapport de supervision dont une copie sera envoyée à la formation sanitaire supervisée et une autre à la hiérarchie.

2.5.1- Aider le prestataire l'employé à améliorer ses performances

Comparer les objectifs de performance **du prestataire** et les descriptions de son poste avec sa performance professionnelle :

Essayer de déterminer les raisons qui expliquent l'écart entre les objectifs et les résultats avant d'interroger le **prestataire** en :

- Examinant sa situation personnelle,
- Analysant ses rapports avec les autres agents,
- Voyant s'il y a eu des changements récents dans la nature de son travail ou la composition du personnel de l'unité.

S'entretenir avec l'agent en privé. Aller au-delà des objectifs de performance et des instructions données à l'agent et :

- Déterminer le niveau de compréhension de l'agent des tâches qui lui sont assignées,
- Demander à l'agent de faire son évaluation de la situation,
- Déterminer le comportement de l'agent vis-à-vis de son travail,
- Déterminer l'aptitude de l'agent à effectuer le travail, aussi bien sur le plan de la formation que physiquement et mentalement,
- Demander à l'agent son avis sur la façon de redresser la situation et décider ensemble ce qu'il faudra faire pour améliorer les performances.

2.5.2-Prendre les mesures nécessaires au redressement de la situation

- Revoir les tâches et les instructions, et s'assurer que l'agent comprend ce qu'on attend de lui,
- Lorsqu'une formation complémentaire est nécessaire, prendre les dispositions nécessaires pour en faire bénéficier l'agent (voir chapitre formation «former pour de bonnes performances» pour voir si la formation peut être une solution au problème),
- Exercer une supervision rapprochée et aider l'agent, en s'assurant qu'il a tout ce dont il a besoin pour mener à bien les tâches qui lui sont confiées, et qu'il sait qu'il peut demander l'aide du superviseur,
- Laisser l'agent essayer d'améliorer ses performances et ensuite contrôler le travail qu'il a accompli,
- Féliciter l'agent s'il améliore ses performances,
- Le remplacer s'il n'est pas en mesure de faire le travail, si possible,
- Ne pas garder avec soi un agent insatisfait.

2.6- Améliorer le cadre de travail

Ne pas manquer de :

- Donner des instructions suffisantes (complètes et précises),
- Expliquer à l'avance les objectifs, les délais et les dates des activités,
- Reconnaître ses propres erreurs,
- Fournir un appui à ses subordonnés,
- Déléguer les responsabilités de manière adéquate,
- Avoir confiance en son personnel,
- Reconnaître le mérite lorsqu'il est évident,
- Fournir aux employés la possibilité de participer et d'utiliser leurs propres initiatives,
- Affronter les problèmes de façon honnête et directe,
- Donner les vraies raisons des problèmes et décisions,
- Recueillir le point de vue du prestataire.

Surtout ne pas :

- Gronder un prestataire en présence d'autres membres du personnel,
- Faire du favoritisme au profit de certains employés,
- Blâmer un prestataire pour fautes extraprofessionnelles,
- Se mêler des problèmes personnels des prestataires,
- Exercer une supervision excessive en se montrant trop vigilant et en vérifiant même des détails de peu d'importance,
- Médire un prestataire en présence d'un autre,
- Réagir négativement aux idées des prestataires.

2.7- Améliorer la motivation du personnel

- Féliciter publiquement le prestataire performant,
- Motiver les prestataires par l'octroi de certificat de mérite et des prix etc..,
- Demander l'avis du personnel sur toutes les questions relatives à son travail, y compris sa compréhension des problèmes qu'il rencontre et les solutions qu'il propose,
- Suggérer des opportunités de promotion,
- Offrir régulièrement des possibilités d'accéder à des recyclages et des stages de formation professionnelle, particulièrement lorsqu'ils impliquent des voyages.

CHAPITRE 39 : LE SUIVI/EVALUATION

1- GENERALITES

1.1- Définitions du Suivi

Le suivi consiste à vérifier le déroulement des activités depuis le début en tenant compte du processus, des services et de la périodicité. C'est le contrôle de la performance et du progrès des activités réalisées pour atteindre les objectifs des programmes de SR.

1.2- Définitions de l'évaluation

L'évaluation est un jugement de valeur, sur un programme ou projet en vue de formuler des recommandations sur les objectifs et les stratégies et de l'allocation des ressources.

Elle consiste également à vérifier l'impact de la résolution des problèmes, à détecter les contraintes et à mesurer l'efficacité et l'efficience en vue de prendre une décision.

Toute planification reposant sur les prévisions, il arrive souvent qu'un écart se crée au moment de la réalisation entre ce qui était prévu et ce qui est obtenu.

Pour éviter qu'une telle situation survienne, on a recours à un suivi de toutes les étapes et une évaluation.

Le but ultime du suivi/évaluation est de s'assurer que les choses se sont déroulées conformément aux prévisions.

1.3- Les types d'évaluation

- Evaluation antérieure : se réalise 3 à 6 mois voire un an avant le début du projet,
- Evaluation à mi-parcours : évalue ce qui a été fait afin de réorienter éventuellement le projet,
- Evaluation finale : se fait en fin de projet (3 mois avant, juste à la fin ou 3ème mois après). Elle permet de faire le bilan, d'apprécier le résultat ou l'effet du projet,
- Evaluation rétrospective : s'effectue quelques années après la fin du projet (3 à 5 ans). Elle apprécie l'impact et vérifie si les effets continuent toujours après la fin du projet.

2- INDICATEURS POUR LE MONITORAGE INTEGRE DES ACTIVITES MMR ET PCIMNE

INDICATEURS DU NOUVEAU-NE

INDICATEURS	MODE DE CALCUL
Pourcentage de nouveau-né vivants avec faible poids à la naissance	Nombre de nouveau-nés vivants avec un poids < 2500 g sur le total des naissances vivantes
Proportion de décès des nouveau-nés dans les 28 jours	Nombre de nouveau-nés décédés dans les 28 jours sur les naissances vivantes dans les FS

INDICATEURS DE L'ENFANT

INDICATEURS	MODE DE CALCUL
Couverture en Penta 3 (DTC3,HepB,Hib3)	Nombre d'enfants de 0-11 mois ayant reçu 3 doses de Penta sur le nombre total des enfants de 0-11 mois
Couverture en VAR	Nombre d'enfants de 0-11 mois ayant reçu le VAR sur le nombre total des enfants de 0-11 mois
Proportion de malnutrition globale (poids/âge) chez les enfants de 0 à 3 ans	Nombre d'enfants de 0-3 ans dont le poids est < à la courbe B ou < à - 2 écart type (Z score) sur le nombre total des enfants de 0 à 3 ans pesés
Couverture en Vit A 4	Nombre d'enfants de 0-11 mois ayant reçu 4 doses de Vit A sur le nombre total des enfants de 0-11 mois

INDICATEURS DE LA MERE

INDICATEURS	MODE DE CALCUL
Couverture en VAT2 + pour les Femmes enceintes	Nombre de femmes enceintes ayant reçu au moins 2 doses de VAT sur le nombre total de grossesses attendues
Pourcentage de femmes enceintes ayant fait au moins 4 CPN	Nombre de femmes enceintes ayant fait au moins 4 CPN sur le nombre total de grossesses attendues
Couverture en TPI 2	Nombre de femmes enceintes ayant reçu 2 doses de SP sur le nombre total de femmes enceintes ayant fait au moins la CPN1
Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié	Nombre d'accouchement assisté par un personnel qualifié sur le nombre total de naissances attendues
Pourcentage de clientes protégées par les méthodes modernes	Nombre total de clientes protégées par les méthodes modernes sur la population cible en PF

INDICATEURS	MODE DE CALCUL
Proportion de consultations post natale de la mère dans les 8 jours après l'accouchement	Nombre de femmes ayant effectué la consultation post natale dans les 8 jours sur le total des accouchements enregistrés
Couverture en VIT A dans le post partum	Nombre de femmes accouchées ayant reçu la Vit A dans les 45 jours après accouchement sur le nombre total de naissances attendues
Proportion de femmes séropositives ayant accouché et mises sous ARV prophylactique dans le cadre de la PTME	Nombre de femmes séropositives mises sous ARV prophylactique selon le protocole et ayant accouchées sur le nombre total de femmes séropositives accouchées durant la période

INDICATEURS DE DISPONIBILITE DES SERVICES

Proportion de centres offrant au moins 3 méthodes modernes de PF	Le nombre de centres offrant au moins 3 méthodes modernes de PF sur le nombre total de centres SMI
------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------

LIEUX DE COLLECTE, DE TRAITEMENTS, DE TRANSMISSION ET D'EXPLOITATION DES RAPPORTS SANITAIRES

Lieux de collecte des données	Sources de collecte des données	Périodicité de la collecte des données	Lieux de transmission des données	Périodicité de la transmission des données	Délai de transmission des rapports
Communauté	Registre enquêtes	Continu	Districts Sanitaires	mensuelle	2 jours avant la fin du mois
USP/CMS	enquêtes dans les ménages, Enquêtes dans les formations sanitaires	Continu		Mensuelle	10 jours après la fin du mois
Etablissements sanitaires privés		Continu		Mensuelle	10 jours après la fin du mois
Hôpitaux de District	Registre enquêtes	Contenu pour données internes, Mensuelle pour les données externes	Directions Régionales de la santé	Trimestrielle	20 jours après la fin du 3 ^{ème} mois
Centre Hospitalier Régional	Registres de consultations, Registre des accouchements,	Contenu	DISER	Trimestrielle	20 jours après la fin du 3 ^{ème} mois
Centre Hospitalier Universitaire		Continu		Semestrielle	1 mois après la fin du 6 ^{ème} mois
DISER	Rapports antérieurs	Compilation et Traitement continus	Communauté USP/CMS Etablissements privés HD CHR CHU	Annuelle	3 mois après la fin de l'année fiscale

PROTOCOLES DE LOGISTIQUE DES PRODUITS SR

CHAPITRE 40 : LE SYSTEME D'INFORMATION DE LA GESTION LOGISTIQUE

1- GENERALITES

Tout système de gestion et de contrôle des stocks doit être bâti autour d'un système d'information basé sur des supports qui permettent de donner des informations sur les mouvements de stocks et de rendre compte de leur utilisation.

Au niveau des FS et des dépôts, deux supports logistiques forment le Système d'Information de Gestion Logistique (SIGL). Ces deux supports permettent de recueillir les informations essentielles pour le fonctionnement du système de logistique. Dans les pages suivantes, un modèle de chaque support est présenté. Chacun de ces modèles est accompagné d'un aide mémoire indiquant la procédure à suivre pour son remplissage correct. Les deux types de supports sont :

- Le Rapport de Compte Rendu et Commande de Contraceptifs
- La Fiche de Stock

2- RAPPORT DE COMPTE RENDU ET COMMANDE

Il sert à passer la commande de produits au niveau supérieur mais également à rendre compte à ce même niveau de la situation en matière de gestion de stock. La périodicité du remplissage de ce formulaire varie selon les différents niveaux du circuit de distribution.

Niveau	Périodicité	Date limite d'envoi	Date limite de réception
Formation Sanitaire	Mensuel	Fin du mois	5 du mois suivant
Préfecture	Trimestriel	10 du mois suivant trimestre	15 du mois suivant trimestre
Région	Semestriel	20 du mois suivant semestre	25 du mois suivant semestre

La fiche de stock est un instrument de gestion des produits. Elle porte les mouvements de stock et les inventaires. Tous les mouvements de stock doivent être portés sur la fiche de stock. L'inventaire physique peut être fait en cas de besoin. Mais selon le niveau administratif, la périodicité est la suivante :

Niveau	Périodicité
Formation Sanitaire	Mensuel
Préfecture	Trimestriel
Région	Semestriel

3- COMPTE RENDU ET COMMANDE DE CONTRACEPTIFS

Il y a deux types de commandes : la commande systématique, et la commande d'urgence.

Ensemble, elles servent à éviter toute rupture de stock. Dans un système logistique qui fonctionne bien, les commandes d'urgence se font très rarement.

La **commande systématique** se fait à la fin de l'intervalle de commande déterminée par chaque niveau. Pour les formations sanitaires par exemple, la période de revue est de 1 mois. Donc, les responsables de ces formations sanitaires doivent passer une commande systématique tous les mois.

Par contre, la **commande d'urgence** serait établie si jamais on arrivait en dessous du stock minimum, même si l'intervalle de commande n'est pas atteint. Pour les formations sanitaires, par exemple, le stock minimum est de 1 mois.

LES COMMANDES D'URGENCE

- ◆ Une commande d'urgence ne se fait que pour le produit pour lequel le MSD est en dessous du stock minimum
- ◆ La Q à C, dans ce cas, est juste ce qu'il faut pour éviter une rupture de stock avant l'arrivée de la livraison systématique. En général, la quantité d'une commande d'urgence est l'équivalent de la CMM
- ◆ Cette commande doit se faire par la voie la plus rapide telle que le téléphone, un taxi, le voisin qui voyage, etc.
- ◆ Parfois, c'est plus logique de se faire transférer le stock d'une formation sanitaire voisine, si elle a un bon niveau de stock.
- ◆ Vous devez passer la commande normale lors de la prochaine commande systématique.

Pour passer une commande systématique on utilise le formulaire de **compte rendu et commande de contraceptifs**. Au niveau des formations sanitaires ce support doit être rempli et transmis mensuellement au district sanitaire. Au niveau des Préfectures, il est rempli et transmis tous les 3 mois à la Région, et pour la région, il est rempli et transmis tous les 6 mois au niveau du magasin Central (DSF).

Il y a donc trois sortes de formulaires de Compte rendu et de Commande de Contraceptifs au Togo :

- Compte rendu Mensuel et Commande de Contraceptifs des formations sanitaires
- Compte rendu Trimestriel et Commande de Contraceptifs des préfectures
- Compte rendu Semestriel et Commande de Contraceptifs des Régions

Ces différents supports rendent compte de la situation de distribution des produits, l'état réel du stock des produits contraceptifs du niveau administratif ainsi que les quantités à commander pour éviter des ruptures de stocks. Ils sont remplis pratiquement de la même façon. Ces supports sont dans un carnet carboné composé d'une feuille blanche et d'une souche jaune. L'exemplaire de couleur blanche est envoyé au niveau supérieur et le jaune est gardé dans le carnet pour le niveau auquel il est rempli.

Dans les pages suivantes vous trouverez un exemplaire de chacun de ces formulaires et des aide-mémoire pour leur remplissage correct.

AIDE -MEMOIRE

TACHE :	Remplir le Compte Rendu Mensuel et Commande de Contraceptifs dans les Formations Sanitaires
PREPAREE PAR :	Le responsable de stock des F.S.
OBJECTIFS :	Rendre compte de la Situation Mensuelle de distribution et de stocks dans les formations sanitaires et commander les contraceptifs au niveau du dépôt Préfectoral
QUAND :	A la fin de chaque mois
NOTE :	Ce formulaire doit être rempli et transmis mensuellement à la Direction Préfectorale de Santé par chaque Formation sanitaire offrant les services de Planification Familiale, même si la Q à C est de zéro.

ETAPES	ACTIONS	NOTES	EXEMPLES
1	Direction Régionale de la Santé de : Inscrire le nom de la Région	Indiquer le nom de la Direction Régionale de la Santé.	Direction Régionale de la Santé des Plateaux
2	Préfecture de : Inscrire le nom de la Préfecture	Indiquer le nom de la Préfecture	Préfecture de Haho
3	Formation Sanitaire : Inscrire le nom de la Formation Sanitaire	Indiquer le nom de la F.S	Hôpital de Notsè
4	Rapport du mois de : Inscrire le nom du mois couvert par le rapport	Mois pour lequel le rapport est fait	Septembre
5	Année : Inscrire l'année en cours	Ecrire l'année au complet	2005
6	Commande systématique ou commande d'urgence : Spécifier la nature de la commande	Inscrivez : « oui » dans la case correspondante NB : La commande d'urgence est utilisée quand un stock tombe en dessous du stock minimum	Commande systématique : oui

ETAPES	ACTIONS	NOTES	EXEMPLES
7	Date de remplissage : Inscrire la date à laquelle vous complétez le rapport.	Pour mieux faire marcher le SIGL, remplissez le compte rendu entre le 25 et la fin de chaque mois	30 octobre 2005
8	Signature du responsable de la formation sanitaire	Le responsable de la F.S. signe à cette place	Votre signature
9	Commentaires : Inscrire toute information nécessaire à la bonne compréhension du rapport.	Le commentaire doit être précis et claire	Par exemple donner les raisons exactes des pertes

La tâche est correctement accomplie quand :

- Toutes les colonnes sont remplies
- Tous les calculs sont faits correctement
- Tous les calculs sont vérifiés

MINISTERE DE LA SANTE
 DIRECTION GENERALE DE LA SANTE
 DIRECTION DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES

 DIVISION DE LA SANTE FAMILIALE

SIGL-FS

REPUBLIQUE TOGOLAISE
 Travail-Liberté-Patrie

SIGL-PR

**COMTE RENDU MENSUEL ET COMMANDE DE CONTRACEPTIFS
 (FORMATION SANITAIRE)**

REGION SANITAIRE DE : Plateaux PREFECTURE DE : Haho FORMATION SANITAIRE DE : Hôpital de Notsè
 RAPPORT DU MOIS DE : Septembre Année 2005 _____

COMMANDE SYSTEMATIQUE : _____

COMMANDE D'URGENCE : : _____

DESIGNATION (A)	QUANTITE EN DEBUT DE MOIS DANS LA F.S. (B)	QUANTITE RECUE CE MOIS DU NIVEAU PREFECTORAL (C)	QUANTITE DISTRIBUEE CE MOIS (D)	PERTES/AVARIES (E)	STOCK DISP ONIBLE ET UTILISABLE F = (B+C-D-E)	CMM (G)	STOCK MAXIMUM H = (G-x 3)	QUANTITE A COMMANDER I = (H-F)
LO-FEMENAL								
DUOFEM/CONFIANCE								
OVRETTE								
MICROGYNON								
NEOGYNON								
NORISTERAT	312	300	264	15	333	256	768	435 Ampoules
DEPO-PROVERA								
DIU TCU 380 A								
NORPLANT								
CONDOM								
PHARMATEX Crème								
PHARMATEX Comprimé								
KOROMEX GEL								
DELFIN								
AUTRE (à préciser)								

N.B. Ce support doit rempli être et à la Direction Préfectorale de Santé entre le 25 et la fin de chaque mois.

Date emplissage : 28 septembre 2005 Signature du Responsable de Formation Sanitaire : : _____

Commentaires :

AIDE-MEMOIRE

Comment élaborer le compte rendu Trimestriel et Commande de Contraceptifs Au niveau de la Préfecture (SIGL-PR)

TACHE :	Préparer le Compte Rendu Trimestriel et Commande de Contraceptifs
PREPAREE PAR :	Le chargé de la gestion des contraceptifs à la Direction Préfectorale de la Santé
OBJECTIF :	Renseigner la Direction Régionale de Santé sur la situation trimestrielle de distribution et stock de produits et les besoins en contraceptifs au niveau de la Préfecture.
QUAND :	A la fin de chaque trimestre
NOTE :	Ce Formulaire de Compte rendu doit être transmis trimestriellement par chaque Magasin Préfectoral à sa Direction Régionale de Santé

ETAPES	ACTIONS	NOTES	EXEMPLES
1	Direction Régionale de la Santé :	Indiquer le nom de la Région	Direction Régionale de la Santé des Savanes
2	Préfecture de :	Inscrire le nom de la Préfecture	Préfecture de l'Oti
3	Commande systématique ou Commande d'urgence. Inscrivez « oui » dans la case correspondante.	Utilisez la commande d'urgence quand un Stock tombe au dessous du stock minimum	Commande systématique "oui"
4	Trimestre couvert par le rapport :	Inscrire les trois mois couverts par le rapport.	De : juillet A : septembre
5	Année : inscrire l'année en cours	Inscrire l'année au complet	2005
6	Colonne A : Désignation : cette colonne désigne les marques de produits contraceptifs disponibles,	Le nom de chaque contraceptif figure sur une ligne,	Lo-Femenal
7	Colonne B : Quantité en début de trimestre dans la Préfecture : inscrire pour chaque produit contraceptif, le solde au début du trimestre.	La quantité au début du trimestre se trouve dans la colonne F—" Solde Disponible de la Fiche de Stock"	Lo-Femenal = 800 cycles

ETAPES	ACTIONS	NOTES	EXEMPLES
8	Colonne C : Quantité reçue ce trimestre au niveau préfectoral : inscrire la quantité reçue du niveau régional pour chaque produit contraceptif.	Si aucune quantité n'a été reçue, inscrivez "0"	Lo-Femenal : 1400 cycles
9	Colonne D : Quantité distribuée ce trimestre dans les F.S. : inscrire la quantité totale distribuée pour chaque produit contraceptif dans les F.S. de la Préfecture.	S'assurer que toutes les quantités distribuées dans le FS ont été enregistrées.	Lo-Femenal : 1210 cycles
10	Colonne E : Pertes/Avariés dans la Préfecture : inscrire la quantité totale des Pertes/Avariés pour chaque produit contraceptif dans les FS et le magasin préfectoral pour le trimestre.	Inscrivez la quantité totale perdue pour n'importe quelle raison. Notez la raison dans les commentaires au bas de la fiche.	Lo-Femenal : 60 cycles
11	Colonne F : Quantité restante en stock dans la Préfecture : Additionnez les colonnes B et C puis soustraire les colonnes D et E pour chaque produit contraceptif. Inscrivez le résultat dans la colonne F.	Vérifiez vos résultats pour chaque produit en appliquant la formule : $F = (B+C-D-E)$	Lo-Femenal : 930 cycles
12	Colonne G : Consommation Moyenne Mensuelle (CMM) : Calculer la CMM pour les 6 derniers mois et inscrire le résultat.	Rappel : $CMM = \text{Quantité totale distribuée durant les 6 derniers mois} / 6$ Colonne D du trimestre actuel + Colonne D du trimestre précédent	Trim actuel = 1210 Trim précédent = 1100 $CMM = 2310/6 = 385 \text{ cycles}$
13	Colonne H : Stock Maximum (SM) : Déterminez le SM pour la préfecture et inscrire le résultat.	Rappel : $SM = (CMM \times 5)$	$SM = 385 \times 5 = 1925 \text{ cycles}$
14	Colonne I : Quantité à Commander (QàC) : soustraire le total de la colonne F du total de la colonne H.	Rappel : $QàC = \text{Stock Maximum} - \text{Stock disponible et utilisable}$	$QàC = 1925 - 930 = 995 \text{ cycles}$ Soit 1000 cycles
15	Date de remplissage : inscrire la date à laquelle vous remplissez le rapport	Pour le meilleur fonctionnement du SIGL, ce rapport devrait être rempli avant le 10 du mois suivant le trimestre	7 octobre 2005
16	Signature : le Directeur préfectoral de la Santé.	La personne responsable du stock prépare la commande et le Directeur Préfectoral appose sa signature	Signature Directeur
17	Commentaires inscrire toutes les justifications nécessaires	Libeller clairement les raisons de vos commentaires	Cycles de Lo-Femenal abîmés par l'eau

La tâche est correctement accomplie quand :

- Toutes les colonnes sont correctement remplies
- Tous les calculs sont faits et vérifiés corrects

 DIVISION DE LA SANTE FAMILIALE

 SIGL-PR

**COMTE RENDU TRIMESTRIEL ET COMMANDE DE CONTRACEPTIFS
 (PREFECTURE)**

REGION SANITAIRE DE : Savanes PREFECTURE DE : Oti COMMANDE SYSTEMATIQUE : ✓
 TRIMESTRE COUVERT PAR LE RAPPORT : DE : juillet A septembre Année 2005 COMMANDE D'URGENCE :

DESIGNATION (A)	QUANTITE EN DEBUT DE TRIMESTRE AU NIVEAU DE LA PREFECTURE (B)	QUANTITE RECUE CE TRIMESTRE DU NIVEAU REGIONALL (C)	QUANTITE DISTRIBUEE CE TRIMESTRE DANS LES F.S. DE LA PREFECTURE (D)	PERTES/AVARIES DANS LA PREFECTURE (E)	STOCK DISP ONIBLE ET UTILISABLE DANS LA PREFECTURE F = (B+C-D-E)	CMM (G)	STOCK MAXIMUM H = (G-x 5)	QUANTITE A COMMANDER I = (H-F)
LO-FEMENAL	800 cycles	1400	1210	60	930	385	1925	1000 cycles
DUOFEM/CONFIANCE								
OVRETTE								
MICROGYNON								
NEOGYNON								
NORISTERAT								
DEPO-PROVERA								
DIU TCU 380 A								
NORPLANT								
CONDOM								
PHARMATEX Crème								
PHARMATEX Comprimé								
KOROMEX GEL								
DELFIN								
AUTRE (à préciser)								

N.B. Ce support doit être rempli et transmis à la Région sanitaire au plus tard le 10 du mois suivant la fin du trimestre.

Date de remplissage : 7 octobre 2005 Signature du Directeur Préfectoral de la santé Adjovi Paloki

Commentaires :

AIDE-MEMOIRE

Comment élaborer le formulaire de compte rendu semestriel et commande de contraceptifs au niveau Régional (SIGL-RE)

TACHE :	Remplir le formulaire de Compte Rendu Semestriel et commande de contraceptifs
PREPARE PAR :	Le Responsable régional des stocks de produits contraceptifs
OBJECTIF :	Renseigner le niveau central (DSF) sur la situation semestrielle de distribution et stock et commander les quantités de contraceptifs nécessaires pour la région.
QUAND :	Après la fin de chaque semestre
NOTE :	Ce formulaire doit être rempli par chaque région et transmis semestriellement au niveau central (DSF) au plus tard le 25 du mois qui suit le semestre

ETAPES	ACTIONS	NOTES	EXEMPLES
1	Direction Régionale de la Santé : Inscrire le nom de la région	Indiquer le nom de la Région	Direction Régionale de la Santé des Plateaux
2	Commande systématique ou commande d'urgence	Inscrivez "oui" dans la case correspondante Utilisez la commande d'urgence quand le stock disponible tombe au dessous du stock minimum	Commande systématique "oui"
3	Semestre couvert par le rapport : Inscrire le semestre couvert par le rapport	Indiquer les six mois couverts par le rapport en écrivant le premier et le dernier mois de la période	De : juillet A : décembre
4	Année : inscrire l'année en cours	Inscrire l'année au complet	2005
5	Colonne A : Désignation : Cette colonne désigne les noms des produits contraceptifs	Le nom de chaque produit contraceptif figure sur une ligne	DIU TCU 380 A
6	Colonne B: Quantité en Début de semestre au niveau de la région : inscrire pour chaque produit contraceptif, le solde au début du semestre	La quantité au début du semestre se trouve dans la colonne « stock disponible » de la Fiche de Stock	DIU TCU 380 A = 850
7	Colonne C : Quantité reçue ce semestre du niveau central : Inscrire la quantité reçue du niveau central pour chaque produit contraceptif	Si aucune quantité n'a été reçue, inscrivez 0	DIU TCU 380 A = 1200
8	Colonne D: Quantité distribuée ce semestre dans les F.S. : inscrire la quantité totale distribuée pour chaque produit contraceptif dans les F.S. de la région	S'assurer que toutes les quantités distribuées dans le FS ont été enregistrées	DIU TCU 380 A = 1050

ETAPES	ACTIONS	NOTES	EXEMPLES
9	Colonne E : Pertes/Avariés dans la région : inscrire le nombre total de pertes/avariés pour chaque contraceptif pour le semestre dans la région	Inscrivez la quantité totale perdue pour n'importe quelle raison et notez la raison dans les commentaires	DIU TCU 380 A = 35
10	Colonne F : stock disponible et utilisable dans la région : Additionner les colonnes B et C puis soustraire les colonnes D et E pour chaque produit contraceptif. Inscrive le résultat dans la colonne F .	Vérifier les résultats pour chaque produit en appliquant la formule : $F = (B + C - D - E)$	DIU TCU 380 A $F = (850 + 1200 - 1050 - 35)$ = 965
11	Colonne G: Consommation Moyenne Mensuelle (CMM) Calculer la CMM et inscrire le résultat	Rappel : CMM = Quantité totale distribuée durant les 6 derniers mois divisée par 6	CMM = $1050/6$ = 175 unités de DIU
12	Colonne H: Stock Maximum / Calculer le stock maximum pour la région	Rappel : la formule pour la détermination du stock max est : $SM = CMM \times 7$	SM = 175×7 = 1225 unités de DIU
13	Colonne I : Quantité à commander Soustraire le total de la colonne H du total de la colonne F	Rappel : la formule de la détermination de la quantité à commander (ou à demander) est : $Q\grave{a}C = \text{Stock Maximum.} - \text{Stock Disponible et utilisable}$	$Q\grave{a}C = 1225 - 965$ = 260 unités soit 300 unités pour respecter le conditionnement en boîte de 50
14	Date de remplissage : Inscrive la date à laquelle vous remplissez le rapport	<i>Pour le meilleur fonctionnement du SIGL, ce rapport devrait être rempli avant le 20 du mois suivant le semestre et transmis au niveau central, avant le 25.</i>	18 janvier 2006
15	Signature (DRS) : Le Directeur Régional de la Santé doit apposer sa signature	La personne responsable doit apposer sa signature	Signature du Directeur Régional de la Santé
16	Commentaire : inscrire toutes les justifications nécessaires	Libeller clairement les commentaires	DIU TCU 380 A : 35 périmés.

La tâche est correctement accomplie quand :

- Toutes les colonnes sont correctement remplies
- Tous les calculs sont faits et vérifiés corrects

 DIVISION DE LA SANTE FAMILIALE

 SIGL-RE

**COMTE RENDU SEMESTRIEL ET COMMANDE DE CONTRACEPTIFS
 (REGION)**

REGION SANITAIRE DE : Plateaux

SEMESTRE COUVERT PAR LE RAPPORT: DE juillet A décembre ANNEE : 2005

COMMANDE SYSTEMATIQUE :

COMMANDE D'URGENCE :

DESIGNATION	QUANTITE EN DEBUT DE SEMESTRE AU NIVEAU REGION	QUANTITE RECUE CE SEMESTRE DU NIVEAU CENTRAL	QUANTITE DISTRIBUEE CE SEMESTRE DANS LES F.S. DE LA REGION	PERTES/AVARIES DANS LA REGION	STOCK DISP ONIBLE ET UTILISABLE DANS LA REGION	CMM	STOCK MAXIMUM	QUANTITE A COMMANDER
(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	F = (B+C-D-E)	(G)	H = (G-x 7)	I = (H-F)
LO-FEMENAL								
DUOFEM/CONFIANCE								
OVRETTE								
MICROGYNON								
NEOGYNON								
NORISTERAT								
DEPO-PROVERA								
DIU TCU 380 A	850	1200	1050	35	965	175	1225	260 soit 300
NORPLANT								
CONDOM								
PHARMATEX Crème								
PHARMATEX Comprimé								
KOROMEX GEL								
DELFIN								
AUTRE (à préciser)								

N.B. Ce support doit être rempli et transmis au plus tard le 20 du mois suivant de la fin du semestre à la DSF.

Date de remplissage 18 janvier 2006 Signature du Directeur Régional de la santé : _____

Fiche de stock

La fiche de stock doit être gardée à tous les niveaux de stockage pour chaque produit contraceptif en stock. L'objectif de la fiche de stock est de donner un compte rendu à jour de toutes les transactions et de la quantité en stock. Sa tenue aide les gestionnaires à déterminer plus facilement les tendances dans les niveaux de stock et la distribution.

Il faut une fiche de stock (p. 34) pour chaque marque de produit, par exemple, pour chaque type de pilule et chaque marque de condom. La fiche de stock de la page suivante se décompose comme suit :

- | | |
|-----------------------|--------------------------------------------------|
| - Dépôt central | Indique le nom du dépôt central |
| - Région | Désigne la région sanitaire |
| - Préfecture | Le nom de la préfecture |
| - Formation sanitaire | Le nom de la Formation Sanitaire |
| - Nom du produit | Réservé à l'identité du produit |
| - Stock Maximum | Indique le nombre de mois de stock maximum |
| - Unité | Donne la plus petite unité de cession du produit |

La fiche de stock donne : la date de la transaction (colonne A), l'origine et/ou la destination des produits (colonne B), entrées (colonne C), sorties (colonne D), les pertes ou ajustements effectués (colonne E), le solde disponible pour l'utilisation (colonne F) et les observations sur l'état du stock (colonne G).

Un aide-mémoire permettant de remplir correctement la fiche de stock précède la présentation du support.

AIDE-MEMOIRE

Comment remplir la Fiche de Stock (SIGL-ST)

TACHE	Remplir correctement la fiche de stock
PREPAREE PAR :	Le responsable de la gestion de stock des produits contraceptifs à chaque niveau.
OBJECTIFS :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Renseigner de manière continue sur l'état de stock et les mouvements des produits contraceptifs 2. Enregistrer les résultats d'un inventaire physique
QUAND :	<p>Chaque fois que vous :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. recevez ou livrez des produits contraceptifs 2. enregistrez des pertes ou un ajustement 3. effectuez un inventaire physique
NOTE :	<p>Remplir une Fiche de Stock par marque de produit contraceptif Enregistrez une seule transaction par ligne La fiche de stock est recto-verso</p>
<p>Le remplissage de la Fiche de Stock commence toujours par le "Report du Solde Disponible" de la page précédente.</p>	

ETAPES	ACTIONS	NOTES	EXEMPLES
1	Dépôt : Inscire le nom de votre dépôt	Doit être le même pour toutes les fiches	Dépôt de Zio
2	Nom du produit : Inscire le nom du produit contraceptif	Utiliser une Fiche de stock pour chaque marque de produit contraceptif	Pharmatex comprimé
3	Stock Maximum (en mois) : Inscire le nombre de mois de stock que vous gardez	Dépôt Central = 8 mois Dépôt Régional = 7 mois Dépôt Préfectoral = 5 mois Formation sanitaire = 3 mois	3 mois
4	Stock Minimum (en mois) : Inscire le nombre de mois de stock minimum a garder au dépôt	Dépôt Central = 8 mois Dépôt Régional = 2 mois Dépôt Préfectoral = 1 mois Formation sanitaire = 1 mois	1 mois

ETAPES	ACTIONS	NOTES	EXEMPLES
5	Unité : Inscrire la plus petite unité de présentation du produit	Ne pas utiliser les termes "boîtes" ou "cartons". Utiliser pièces, plaquettes, tubes, ampoules	Comprimés
6	Colonne A: Date : Inscrire la date de la transaction	Si aucune quantité n'a été reçue, inscrivez 0	09/08/2005
7	Colonne B: origine/destination : Inscrire le nom de l'institution à laquelle les produits sont destinés ou dont ceux-ci proviennent	Toutes réception et sorties devraient comporter une note de référence	DRS- Maritime
8	Colonne C : Quantité Reçue : Inscrire la quantité reçue	La quantité enregistrée sera équivalente à celle reçue et égale à la quantité enregistrée sur le bon de transaction	300
9	Colonne D : Quantité Sortie: Inscrire la quantité sortie	La quantité expédiée sera équivalente à la quantité enregistrée sur le bon de transaction	80
10	Colonne E: Ajustement/Pertes : Inscrire "pertes" ou "ajustements" effectués sous la colonne Origine/Destination et la quantité sous la colonne "Ajustements : Pertes"	Utiliser l'encre rouge pour enregistrer les pertes et les ajustements Ajustement positif, faire précéder le chiffre du signe (+) Ajustement négatif, faire précéder le chiffre du signe (-)	- 5
11	Colonne F : Solde Disponible : Ajoutez les quantités reçues au solde précédent et/ou ajustées et déduire les pertes du stock disponible afin de déterminer le nouveau solde du stock utilisable	Cette colonne devrait toujours refléter toujours la quantité disponible et utilisable de ce produit contraceptif	424
12	Colonne G : Observations Inscrire les justifications des pertes/ajustements si elles sont connues et apposer votre signature	Les justifications des pertes doivent être précises et claires	"périmés"

La tâche est correctement accomplie quand :

- Toutes les colonnes sont correctement remplies
- Pertes /ajustements et inventaire physique sont enregistrées en rouge
- Report du solde disponible figure en première ligne sur chaque nouvelle fiche

MINISTERE DE LA SANTE
 DIRECTION GENERALE DE LA SANTE
 DIRECTION DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES

 DIVISION DE LA SANTE FAMILIALE

REPUBLIQUE TOGOLAISE
 Travail-Liberté-Patrie

SIGL -ST

FICHE DE STOCK

DEPOT CENTRAL : _____ REGION : Maritime PREFECTURE : ZIO FORMATION SANITAIRE : _____

NOM DU PRODUIT : Pharmatex STOCK MAXIMUM (en mois) : _____

UNITE : Tube STOCK MINIMUM (en mois) : _____

DATE	ORIGINE/ DESTINATION	ENTREES	SORTIES	AJUSTEMENT/ PERTES (E)	SOLDE DISPONIBLE (F)	OBSERVA- TIONS (G)
(A)	(B)	(C)	(D)		(F)	(G)
	Report solde de la page précédente				400	
10/2/05	PMI TSEVIE		100		300	
15/4/05	DRS MARITIME	600			900	
15/5/05	HOPITAL DE VOGAN		100		800	
30/6/98	INVENTAIRE PHYSIQUE			250	550	Endommagés Par l'eau

**DATES LIMITES D'ENVOI ET DE RECEPTION DES FORMULAIRES DE COMPTE
RENDU ET COMMANDE DE CONTRACEPTIFS**

NIVEAUX	DATE LIMITE D'ENVOI	DATE LIMITE DE RECEPTION DE LA FICHE DE COMPTE RENDU ET DE COMMANDE AU NIVEAU SUPERIEUR
FORMATION SANITAIRE	Fin de chaque mois*	5 du mois suivant celui du rapport
PREFECTORAL	10 du mois suivant le trimestre du rapport	15 du mois suivant le trimestre du rapport
REGIONAL	20 du mois suivant le semestre du rapport	25 du mois suivant le semestre du rapport
CENTRAL**	----	-----

* Les formations sanitaires arrêtent les statistiques de distribution **le 25 du mois** et elles ont au plus 5 jours pour remplir la fiche de compte rendu et 5 jours au plus pour que cela parvienne au niveau préfectoral.

** Le responsable du magasin central doit agréger en collaboration avec le logisticien de la DSF les informations du niveau régional.

4- LE REGISTRE DE PLANIFICATION FAMILIALE

Il est capital de disposer d'informations sur les quantités distribuées au niveau des services de PF pour bien gérer un système logistique. Les méthodes de collecte de ces données varient suivant que le programme cherche à suivre l'utilisation individuelle par client ou la consommation générale sur une période donnée. Dans de nombreux centres, un Registre de Planification Familiale suffit pour indiquer les données sur la consommation.

Le registre de Planification Familiale comporte une ligne pour chaque client desservi et pour les quantités effectives de contraceptifs distribués. Les données sur les consommations de tous les produits sont obtenues en faisant le total des colonnes relatives aux produits du Registre. Les fiches de stocks (et/ou les fiches d'étagères) peuvent être périodiquement comparées avec le Registre de Planification Familiale pour vérifier que les quantités sorties des stocks ont été effectivement distribuées.

Le Registre de Planification Familiale comporte deux lignes réservées au « mois » et à « l'année » en cours, ainsi qu'un certain nombre de colonnes libellées comme suit :

- Colonne 1 : Où l'on porte la date de la transaction
- Colonne 2 : Pour le nom du client
- Colonne 3 : Réservée au numéro d'ordre du client, (Nouveau ou Revisite)
- Colonne 4 : Regroupe les contraceptifs oraux exprimés en nombre de cycles
- Colonne 5 : Regroupe les injectables : Dépo-Provéra et Noristérat
- Colonne 6 : Réservée aux dispositifs intra-utérins (DIU)
- Colonne 7 : Pour les méthodes de contraception chirurgicales
- Colonne 8 : Réservée aux autres méthodes ne figurant pas sur la Fiche
- Colonne 9 : Réservée à la Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée
- Colonne 10: Concerne les remarques et observations du genre : signature de la responsable, référence, changement de méthode, date de rendez-vous, etc.)

Un exemple de remplissage du Registre de Planification Familiale suit immédiatement l'aide-mémoire sur le remplissage correct de ce support :

AIDE-MEMOIRE

Remplissage du Registre des Activités Quotidiennes

TACHE :	Remplir le Registre des Activités Quotidiennes
PREPARE PAR :	Le Responsable de la Formation Sanitaire
OBJECTIF :	Renseigner sur la quantité des produits contraceptifs distribués quotidiennement aux utilisateurs
QUAND :	A la fin de chaque journée
NOTE :	Ce support facilite le remplissage des fiches de situations mensuelles des produits contraceptifs

ETAPES	ACTIONS	NOTES	EXEMPLES
1	Mois : Inscrire le mois en cours	Ecrire le nom du mois	février
2	Année : Inscrire l'année en cours	Ecrire l'année au complet	2006
3	Colonne 1 : Date : Inscrire la date de la consultation	Ecrire la date du jour	27/1/06
4	Colonne 2 : Nom du client : inscrire le nom du client	Enregistrer un client par ligne	Rose Adama
5	Colonne 3 : Numéro du client : Inscrire le numéro d'ordre du client. Si c'est un nouveau client, le numéro est écrit en rouge dans la colonne "nouveau ". Si c'est une revisite, on l'inscrit dans la colonne "Revisite" Préciser si c'est un "Nouveau" client ou une "Revisite"	Chaque client doit avoir un numéro d'identification Inscrivez le numéro du client dans la colonne appropriée	00030/06 (Nouveau : X)
6	Colonne 4 : Contraceptifs Oraux : Inscrire les nombres de cycles pour les contraceptifs oraux distribués lors de cette visite	S'il y a d'autres produits contraceptifs oraux distribués, il faudra les spécifier dans la colonne "Autre"	Miniphase : 3 cycles

ETAPES	ACTIONS	NOTES	EXEMPLES
7	Colonne 5 : Injectables : Inscrire la quantité distribuée pendant cette visite	Il n'y a que deux produits injectables en cours au Togo : Dépo-Provéra et Noristérat	Dépo-Provéra : 1
8	Colonne 6 : DIU : Inscrire la quantité distribuée à la cliente ce jour		CuT 380A : 1
9	Colonne 7 : Chirurgical : Inscrire la méthode de contraception chirurgicale choisie par la cliente	Seuls 2 choix sont disponibles : CVV et Norplant	Norplant : 1
10	Colonne 8 : Autre méthode : Indiquer toute autre méthode choisie ne figurant pas sur cette fiche	Par exemple la méthode naturelle	Abstinence périodique
11	Colonne 9 : MAMA : Méthode de l'Allaitement et de l'Aménorrhée	Il s'agit ici du nombre de personne ayant adopté cette méthode	1
12	Colonne 10 : Date de rendez-vous : Inscrire les remarques particulières concernant la visite	Inscrire ici la date du prochain rendez-vous donné à la cliente, on peut également enregistrer d'autres remarques dans cette colonne telles que abandon de sa méthode de contraception,etc.	04/12/05

La tâche est correctement accomplie quand :

- Toutes les colonnes sont correctement remplies
- Tous les renseignements sur les produits distribués ce jour ont été enregistrés.

☛ **REMARQUE**

- Méthodes non médicales (condom et spermicides) ne sont pas enregistrées dans le registre de Planification Familiale. Pour cela, les prestataires doivent avoir un cahier dans lequel les quantités distribuées seront mentionnées au jour le jour.
- Dans le remplissage des fiches de Compte Rendu Mensuel et de Commande de contraceptifs, vous devez toujours tenir compte de l'information enregistrée dans ce cahier.

Registre de Planification Familiale

Mois : _____

Année _____

(1) Date	(2) Nom du client	(3) Numéro client		Contraceptifs distribués pendant cette visite											(9) MAMA	(10) Remarques		
		Nouveau NC	Revisite RC	Contraceptifs oraux (4)						Injectables (5)		DIUs (6)		Chirurgical (7)			Autre Méthode (8)	
				Nombre de cycles						Depo- Provera	Nori- sterat	CuT 380A	Autres	Norplant				CCv
				Duofem /Confiance	Lo- Femenal	Ovrette	Micro- gynon	Néo- gynon	Autres									
Reports sous total de page précédente																		
27/2	Rose Adama		30/96		3												27/5/05	
"	Adjo Kouassi	127/98							1								27/4/05	
SOUS TOTAL																		

5- PREVENTION DES RUPTURES DE STOCK

Nul n'a une connaissance parfaite de l'avenir. La logistique contraceptive est un domaine en plein essor et de profonds changements sont à prévoir dans le système. Cependant, pour bien cerner le problème épineux des ruptures de stocks, nous allons simplement poser trois (3) questions et tenter d'y apporter des éléments de réponses :

5.1- Quand faut-il passer une commande d'urgence ?

Une commande d'urgence est un cas exceptionnel pour pallier à une rupture de stock. De manière générale, on passe une commande d'urgence lorsque le stock disponible et utilisable est en dessous du stock minimum même si l'intervalle régulier de commande systématique n'est pas encore atteint. La commande d'urgence est exprimée en petites quantités de produits pour assurer une distribution continue des produits contraceptifs jusqu'à la prochaine livraison.

5.2- Faut-il substituer des produits similaires ?

Pendant les périodes de rupture de stock d'un produit, la possibilité de substitution est envisageable. Cependant, il faudrait procéder avec prudence, suivant les équivalences déterminées par le Ministère, et fournir les conseils nécessaires aux clients afin de guider leurs choix personnels de manière judicieuse.

5.3- Comment effectuer des transferts de stocks d'un centre à un autre ?

Une rupture de stock peut être également évitée en transférant les produits contraceptifs d'un centre à un autre. L'opération de transfert est enregistrée sur les fiches de stock au magasin de transfert comme une sortie de produits et au magasin de réception comme une entrée de produits.

6- PRINCIPES D'EMMAGASINAGE

L'emménagement est le stockage des produits de telle manière que les produits soient toujours disponibles, accessibles et en bon état. Le stockage des produits contraceptifs constitue une étape importante pour assurer une gestion efficace et sauvegarder la qualité des produits.

Pour assurer une bonne organisation du dépôt, un certain nombre de mesures de sécurité doivent être prises au préalable, à savoir :

Fermer le dépôt à clé et limiter son accès aux seules personnes autorisées. Une clé de service doit être confiée à une des personnes autorisées pour pallier les cas de nécessité.

Vérifier la concordance entre les pièces justificatives et les quantités livrées ou reçues.

Tous les documents de gestion des mouvements de stock du dépôt doivent être authentiques et dûment signés par les responsables.

Le dispositif physique des stocks doit faire l'objet des considérations suivantes :

- L'aire de stockage doit être spacieuse, bien entretenue et conforme aux normes techniques d'entreposage en vigueur.
- Les rayons de stockage par produit doivent contenir suffisamment d'étagères

Un inventaire physique doit être fait périodiquement, au moins deux fois par an au magasin central, deux (2) fois par an au niveau régional, quatre (4) fois par an au niveau des préfectures et une fois par mois au niveau des formations sanitaires, pour une bonne efficacité de la gestion des stocks.

7- DETERMINATION DE LA DATE D'EXPIRATION DES CONTRACEPTIFS

A tous les niveaux du circuit logistique, vous devriez vous assurer si les contraceptifs ont dépassé ou non leur durée de vie. Ce contrôle doit se faire à chaque réception de produits et lors de chaque inventaire.

La durée de vie d'un produit est l'intervalle de temps pendant lequel ce produit peut être gardé dans des conditions optimales, sans que soit affectée son innocuité, sa pureté ou son efficacité. Elle est déterminé par le fabricant.

Parfois sur certains emballages, on inscrit seulement la date de fabrication et il y en a sur lesquelles aucune date n'est marquée. Le tableau suivant vous indique comment déterminer la date d'expiration dans ces cas.

Vous trouverez aussi à la suite de ce tableau un autre tableau qui présente les différentes marques de produits contraceptifs selon les fournisseurs.

SI VOUS CONSTATEZ CECI :	ALORS FAITES CECI	EXEMPLES
La date de fabrication est marquée sur l'emballage du produit	Additionner le nombre d'années de durée de vie du contraceptif à la date de fabrication pour obtenir la date d'expiration et l'écrire au feutre sur le carton ou la boîte (voir tableau sur la durée de vie des contraceptifs ci-dessous).	Si vous recevez des condoms dont la date de fabrication est 2/05, ajouter la durée de vie des condoms (5 ans) à cette date. La date d'expiration de ce lot de condoms sera 2/10.
La date de fabrication n'est pas marquée sur le produit ou sur son emballage.	Chercher la date d'expiration sur le carton, la boîte ou le paquet. Inscrive la date d'expiration au feutre sur l'emballage.	Si vous recevez du Lofemenal, il n'y a pas de date de fabrication sur le carton.

**PRESENTATION DE DIFFERENTES MARQUES DE PRODUITS CONTRACEPTIFS AU
TOGO SELON LE FOURNISSEUR**

Marque de Produit	Fournisseur	Unité	Quantité par carton	Quantité par boîte interne	Durée de vie
Conceptrol	USAID	unité	4800	100	5 ans
Pharmatex crème	UNFPA	Tube	60	1	3 ans
Pharmatex comp	UNFPA	Tube	300	12	2 ans
Condoms Non-logo	USAID	unité	6000	100	5 ans
Condoms	UNFPA	unité	7200	144	5 ans
Condoms Sensation	UNFPA	unité	7200	144	5 ans
Condoms Féminin	UNFPA	unité	1000	-	5 ans
Condoms Féminin	USAID	unité		-	5 ans
Depo-provera	USAID	Flacon	400	100	4 ans
DIU-Copper T 380A	USAID, IPPF, UNFPA	Unité	200	25	7 ans
Duofem	USAID	Cycles	1200	100	5 ans
Gynol	IPPF	Tube	72	4	3 ans
Lo-femenal	USAID	cycles	1200 cycles	100 cycles	5 ans
Microgynon	UNFPA	cycles	2640 cycles	3 cycles	5 ans
Microgynon	IPPF	cycles	Variable	3 cycles	5 ans
Noristérat	UNFPA, IPPF	Ampoules	1100	100	5 ans
Norplant	USAID UNFPA IPPF	Set	Variable	50	5 ans
Ovrette	USAID, UNFPA IPPF	cycles	1200 cycles	100 cycles	5 ans

Date : Février 2006

**PRESENTATION DE DIFFERENTES MARQUES DE PRODUITS CONTRACEPTIFS
DISTRIBUES PAR PSI-TOGO**

Marque de Produit	Fournisseur	Unité	Quantité par carton	Quantité par boîte interne	Durée de vie
Protector Plus	USAID	Unité	960	48	5 ans
Panther (Rebel)	USAID	Unité	2400	80	5 ans
Depo-provera	USAID	Flacon		20	4 ans
Duofem (Confiance)	USAID	Cycles	120	3	5 ans
Female condom (Protectiv')	USAID	Unité		3	5 ans

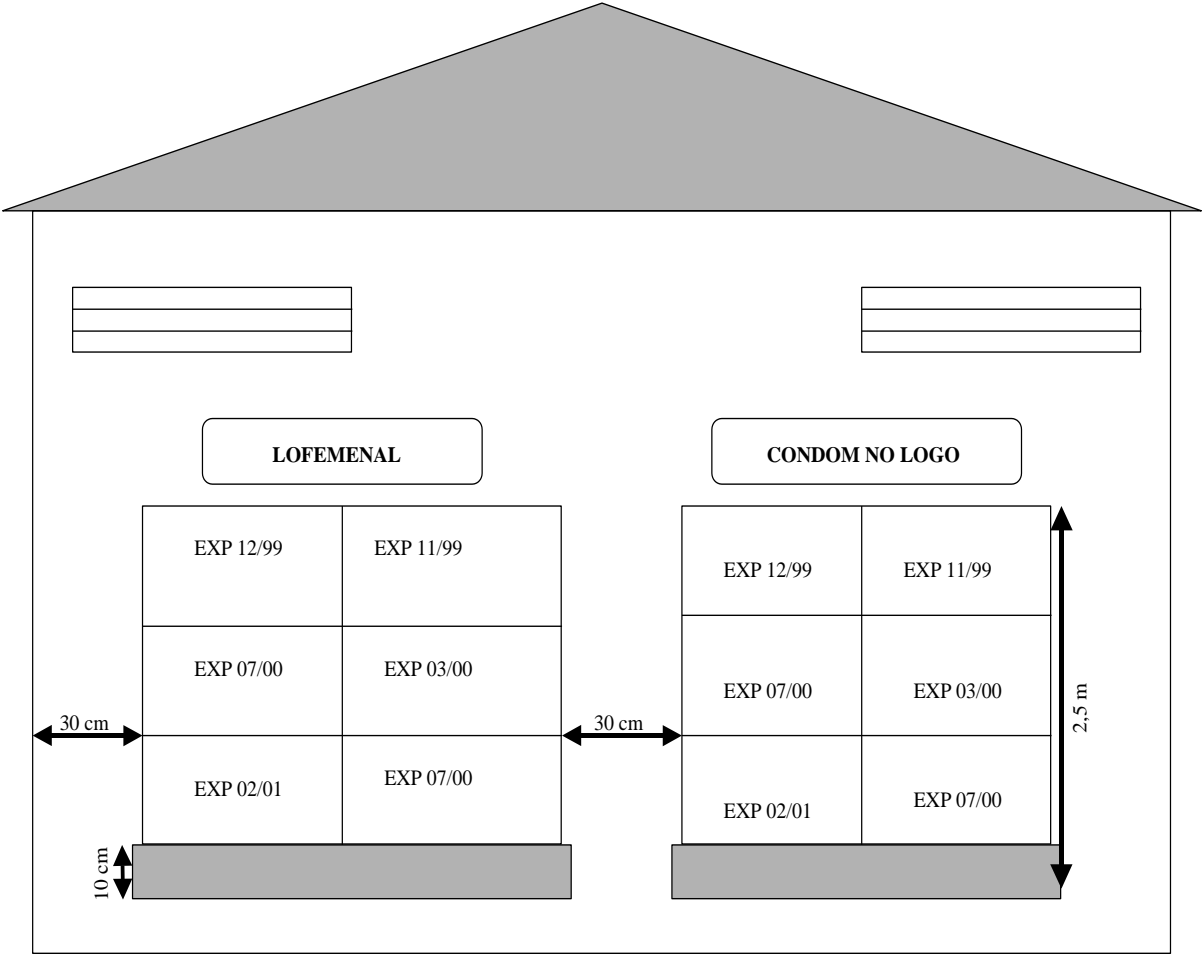
Date : Février 2006

DIRECTIVE POUR UN BON EMMAGASINAGE DE PRODUITS SANITAIRES

1. Nettoyer et désinfecter régulièrement le magasin ou le dépôt
2. Emmagasiner les produits sanitaires dans une pièce sans humidité, bien éclairée et bien ventilée, à l'abri de la lumière directe du soleil
3. Vérifier que l'eau ne peut pas entrer dans la pièce
4. Vérifier que le matériel contre les incendies est disponible et accessible et que le personnel sait l'utiliser
5. Emmagasiner les produits en latex loin des moteurs électriques et des lampes fluorescentes
6. Maintenir les conditions de froid, y compris la chaîne de froid, pour les produits qui en ont besoin
7. Garder les analgésiques et autres substances contrôlées dans un endroit fermé à clé
8. Emmagasiner séparément les produits inflammables avec les mesures de précaution qui s'imposent
9. Empiler les cartons à au moins 10 centimètres du sol, à 30 centimètres des murs et des autres piles et à une hauteur de 2,5 mètres maximum
10. Disposer les cartons pour que les flèches pointent vers le haut et pour que les étiquettes d'identification, les dates de péremption et les dates de fabrication soient visibles.
11. Emmagasiner les produits sanitaires de manière qui facilite la gestion de stock "premier expire, premier sorti" (peps).
12. Emmagasiner les produits sanitaires à l'abri des insecticides, des produits dangereux, des vieux dossiers, des fournitures de bureau et de l'équipement
13. Séparer les produits sanitaires endommagés ou périmés et les détruire selon les procédures établies.

N.B. : Il faut également tenir compte des aspects faciles à appliquer et n'engendrant aucun coût financier

MODELE D'ENTREPOSAGE DES PRODUITS CONTRACEPTIFS



PRIX DE VENTE DES CONTRACEPTIFS A CHAQUE NIVEAU

Le tableau suivant donne les prix de vente des contraceptifs fixés par le Ministère de la Santé pour tous les niveaux du circuit logistique des contraceptifs au Togo.

TABLEAU : Prix de vente des produits contraceptifs selon le niveau

Produits	Niveau Central	Niveau Régional	Niveau Préfectoral	Formation Sanitaire
Noristérat/	100 F	110 F	125 F	150 F
Depo-provera	100 F	125 F	150 F	200 F
DIU	100 F	110 F	125 F	150 F
Duofem (3 plaquettes)	100 F	120 F	150 F	200 F
Ovrette Microgynon Lo-Femenal (3 plaquettes)	100 F	110 F	125 F	150 F
Condom (boîte de 100 unités)	500 F	800 F	850 F	1000 F (soit 1 unité pour 10F)
Condom Protector Plus (boîte de 48 unités)	600 F	700 F	800 F	900 F (soit 75F le paquet de 4 unités)
Pharmatex Crème	300 F	350 F	400 F	500 F
Pharmatex Comp (Tube de 12 comp)	75 F	85 F	100 F	120 F
Norplant	1500 F	1500 F	1500 F	2500 F
Delfen Mousse	300 F	350 F	400 F	500 F
Gynol Crème	300 F	350 F	400 F	500 F

* Sur le Norplant, il n'y a pas d'augmentation aux niveaux intermédiaires. L'augmentation au niveau périphérique est liée aux produits consommables additionnels (Xylocaine, coton, champs, etc).

N.B. : ces prix sont susceptibles de modification à tout moment par le Ministère de la Santé. S'il y a une modification de ces prix, une note devra être envoyée à tous les niveaux du système pour son application.

DIRECTIVES POUR LA DESTRUCTION DES PRODUITS PERIMES OU AVARIES

Au niveau des formations sanitaires, les produits périmés ou endommagés devront être mis de côté et envoyés au niveau Préfectoral qui à son tour les envoie au niveau régional.

Le niveau régional a deux possibilités : soit il le détruit en suivant les procédures indiquées ci-dessous ou il les envoie au niveau central pour destruction.

La destruction doit se faire dans un lieu éloigné des habitations.

Chaque destruction doit faire l'objet d'un procès verbal en bonne et due forme contenant les éléments suivants :

- Nature des produits détruits,
- Leurs quantités,
- Raisons de la destruction,
- Lieu de la destruction,
- Date de la destruction,
- Méthode de destruction utilisée,
- Personnes ayant assisté à la destruction.

Vous trouverez une copie d'un exemple de procès verbal de destruction de produits à la page suivante,

PROCEDURE DE DESTRUCTION DES PRODUITS

AIDE-MEMOIRE POUR LA PROCEDURE DE DESTRUCTION DES PRODUITS

TACHE:	Séparer les stocks périmés et avariés en vue de leur destruction conformément aux normes et procédures en vigueur
PREPAREE PAR:	Le Gérant de Dépôt
OBJECTIFS:	<ol style="list-style-type: none">1. Utiliser au mieux l'espace disponible d'entrepasage des produits2. Appliquer les procédures en vigueur pour la destruction des produits
QUAND:	Chaque fois que des produits contraceptifs sont périmés ou avariés
NOTE:	Les produits avariés ou périmés doivent être retirés du stock et détruits de façon irrécupérable selon les procédures officielles

ETAPES	ACTIONS	NOTES	EXEMPLES
1	Retirer les produits périmés ou avariés du stock et les mettre dans des boîtes ou cartons usagés	Après les avoir retirés du stock, on les compte.	
2	Inscrire la mention "produits avariés ou périmés" sur l'emballage	Ecrire de manière visible et lisible	
3	Noter la quantité périmée ou avariée comme pertes à la date du jour sur la Fiche de Stock et soustraire cette quantité du stock restant	Sur la Colonne "Destination Provenance" de la Fiche de Stock écrire la mention "Inventaire Physique" en rouge	Utiliser les colonnes "Pertes" et "Observations"
4	Rédiger et envoyer aux autorités compétentes un document spécifiant: <ul style="list-style-type: none"> • la nature des produits à détruire • leurs quantités • les raisons de la destruction 	Il appartient au responsable du PPS en rapport avec le comité de santé de rédiger cette lettre	Détruire seulement après avoir reçu l'autorisation officielle
5	Classer le compte-rendu de destruction spécifiant: <ul style="list-style-type: none"> • la nature des produits détruits • leurs quantités • les raisons de la destruction • le lieu de destruction • la date de la destruction • la méthode de destruction utilisée • les personnes ayant assisté à la destruction 	Le document servant de procès verbal de destruction doit être archivé au niveau du dépôt	Procès Verbal de Destruction des Produits Périmés établi

La tâche est correctement accomplie quand:

- Les contraceptifs périmés ou avariés sont séparés du stock,
- Une demande d'autorisation de destruction comportant toutes les informations requises est adressée aux autorités compétentes,
- Les produits sont détruits de façon irrécupérable,
- Un compte-rendu de destruction comportant toutes les informations requises est rédigé et adressé aux autorités compétentes.

MINISTERE DE LA SANTE

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

DIVISION DE LA SANTE FAMILIALE

DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE DE

REPUBLIQUE TOGOLAISE

Travail-Liberté-Patrie

PROCES VERBAL DE DESTRUCTION DES PRODUITS PERIMES

(Exemple)

L'an deux mille six (2006) et le vendredi vingt quatre (24) février à 15 heures a eu lieu au dépotoir situé à Agoényivé dans la préfecture du Golfe, une destruction par incinération de produits contraceptifs périmés ou avariés collectés des dépôts régionaux et du dépôt central de Lomé.

Ces produits sont constitués de :

- Condoms Non-Logo, 1 300 000 unités, les lots périmés en 2004 et 2005
- Ovrette, 35 350 cycles, les lots périmés en Février 2005
- Lo-Femenal, 15 000 cycles, lots périmés en janvier et mars 2005

Ont assisté à cette opération de destruction, les représentants des services suivants : la Sécurité Nationale (Police), la Direction de la Pharmacie et de Médicaments, la Direction de l'Environnement, la Division de l'Hygiène et de la Salubrité Publique, la Direction Régional de la Santé et La Division de la Santé Familiale.

Fait à Lomé, le 24 février 2006

ONT SIGNE

DIVISION DE LA SANTE FAMILIALE

DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE POLICE DE LOME

DIRECTION DE L'ENVIRONNEMENT

DIVISION DE L'HYGIENE ET DE LA SALUBRITE PUBLIQUE

PROCEDURE DE DISTRIBUTION OU VENTE DES PRODUITS

AIDE-MEMOIRE SUR LA DISTRIBUTION/VENTE DES PRODUITS

TACHE:	Assurer le service vente des produits à la clientèle
PREPAREE PAR:	Le Gérant de Dépôt
OBJECTIFS:	<ol style="list-style-type: none"> 1. S'assurer que les clients ont les produits prescrits, au moment voulu et en toute discrétion 2. Vérifier que la qualité des produits est assurée 3. Vérifier que les supports sont à jour et correctement tenus
QUAND:	Chaque fois qu'un client se présente au guichet de vente
NOTE:	Toujours assurer un service de qualité dans la plus grande discrétion

ETAPES	ACTIONS	NOTES	EXEMPLES
1	Lire attentivement l'ordonnance du client	Tout client qui se présente au guichet de vente doit être muni d'une ordonnance délivrée par un prestataire (médecin, sage-femme ou infirmier)	
2	Livrer les produits en fonction de la date de péremption (Premier Expiré, Premier Sorti)	Les premiers produits à périmer doivent être rangés près de la sortie	Lo-femenal Date d'expiration 10/2004
3	Effectuer le contrôle visuel de qualité du produit	Se référer à l'aide-mémoire sur le contrôle visuel.	
4	Vérifier avec le client la marque et la quantité du produit livré	Montrer le produit au client en répétant le nom et la quantité prescrite	Lo-femenal 2 plaquettes
5	Vérifier que le prestataire a donné au client les explications nécessaires sur l'utilisation du produit	Le prestataire garde un échantillon de chaque produit afin de fournir au client les explications nécessaires sur l'utilisation du produit	
6	Emballer le produit pour assurer la discrétion	Utiliser du papier ou un sachet en plastique opaque	
7	Recouvrer le prix du produit	Se conformer strictement aux prix homologués des contraceptifs de votre entité	
8	Ranger l'argent dans votre coffre	Garder les recettes dans un endroit sûr dont la sécurité est garantie	Tiroir fermant à clé
9	Inscrire dans le Registre de Ventes le nom et la quantité de chaque produit servi ainsi que le montant recouvré		Lo-femenal: 3 cycles 300 F.
10	En fin de journée faire le total des ventes et mettre à jour les Fiches de Stocks	Les Fiches de Stocks doivent être mises à jour quotidiennement pour éviter une surcharge de travail et un retard dans le remplissage des Supports	Remplir toutes les colonnes nécessaires de la Fiche de Stock

CHAPITRE 41 : L'ENREGISTREMENT / NOTIFICATION DES CAS IST

1- Définition

1.1- Enregistrement

C'est l'activité qui consiste à reporter sur un registre de consultations les données démographiques (âge, sexe, profession, provenance..) et cliniques (syndromes, diagnostics, traitements)

1.2- Notification

C'est le processus par lequel les prestataires signalent les cas d'IST aux autorités de santé publique (DPS, DRS, PNL/IST, responsable de projets...)

1.2.1- Pourquoi notifié ?

- Permet de disposer des données sur les IST
- Permet à chaque structure de santé d'identifier les tendances relatives à la fréquence et l'incidence des IST
- Permet d'évaluer les besoins en ressources (médicaments, équipements, formation..) pour la prise en charge des IST

1.2.2-Quoi enregistrer ?

Episode d'IST (une personne peut avoir un ou plusieurs épisodes d'IST) :

- Cas index (le patient en face)
- Contacts sexuels (le ou les partenaires)

MINISTÈRE DE LA SANTE

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA ET LES IST

FICHE MENSUELLE DE NOTIFICATION SYNDROMIQUE DES CAS D'IST

Direction Régionale de La Santé.....DDS/DPSNom du centre : Service :.....

Nbre total de FS/ services dont les données sont cumulées sur la fiche*

Nbre total de consultants dans le mois (toutes maladies confondues) :..... Mois/Année :

DIAGNOSTICS SYNDROMIQUES	TRANCHES D'AGE											TOTAL DES CAS				
	5 - 9 ans		10 - 14 ans		15 - 19 ans		20 - 24 ans		25 - 29 ans		≥ 30 ans		M	F	TOTAL	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F				
Écoulement urétral																
Écoulement vaginal (cervicites et/ou vaginites)																
Ulcération génitale																
Tuméfaction du scrotum																
Douleur abdominale basse (SIP)																
Bubon Inguinal																
Végétations vénériennes																
Conjonctivite du nouveau né (0 à 29 jours)																
Sous Total																
Nombre de partenaires traites																
TOTAL																
Nombre de Patients reçus en Counseling																

* Cet indicateur doit être donné par les points focaux (joindre la liste)

Date :/...../.....

Nom et signature du/de la responsable du centre :

CHAPITRE 42 : LE SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE

1- INTRODUCTION

L'amélioration de la qualité des services par la résolution des problèmes exige une prise de décision de façon continue. Or il n'y a pas de décision efficace sans informations. La collecte, le traitement, l'analyse et l'utilisation des données sont importants pour permettre aux agents, aux superviseurs, aux responsables hiérarchiques du système de santé et aux décideurs de prendre des décisions concernant la performance des services.

2- GENERALITES

2.1- Définition

Le Système d'Information Sanitaire (SIS) est un système conçu par une institution et ayant pour objet de collecter, d'analyser et de rapporter l'information sur un programme donné.

2.2- Supports de collecte de données

Les données relatives à la SR seront collectées sur des supports standardisés dont les plus importants sont :

- Registre de consultations,
- Registre d'accouchement,
- Fiches de consultation.

2.3- Niveaux

Le SIS relatif à la SR se confond avec le Système National d'Information Sanitaire (SNIS) et épouse de ce fait la forme pyramidale à trois niveaux.

2.4- Rapports

Les données collectées font l'objet de rapports périodiques (mensuels, trimestriels ou annuels) selon le niveau.

- Rapports mensuels pour les formations périphériques et les HD,
- Rapports trimestriels pour les districts sanitaires et les CHR,
- Rapports annuels pour le niveau central.

Une rétro-information est assurée vers le niveau immédiatement inférieur.

3- PROTOCOLE

3.1- Collecte des données

D'une manière générale, les informations collectées portent sur les activités (performance) et sur le fonctionnement (opérationnalité).

- Remplir convenablement les supports :
- Fiche de consultation,
- Registre de consultation,
- Fiche de rapport mensuel.
- Mettre en place un mécanisme de tenue et de mise à jour des données.
- Mettre en place un système efficace de classement et de conservation des supports de données.

3.2- Analyse des données

- Sélectionner des indicateurs (cf. indicateurs SR),
- Traiter les données collectées (tabulation et représentation graphique),
- Interpréter les résultats (il s'agit d'interpréter l'évolution, la tendance ou le comportement des indicateurs par rapport aux critères et de tirer des conclusions sur la performance et le fonctionnement des services).

3.3- Le circuit de l'information

L'information doit partir de la base vers le sommet en passant par les niveaux intermédiaires :

- Des USP/CMS (y compris les structures privées et les ONG) vers le district sanitaire,
- Des districts sanitaires et du CHR (y compris les structures privées et les ONG) vers la région sanitaire,
- Des régions sanitaires (y compris les structures privées/ONG et les CHU) vers la DSF et la Division Information, Statistiques, Etudes et Recherches (DISER), c'est à ce niveau du système que doit s'effectuer la diffusion de l'information en direction des autres utilisateurs,
- En cas de retard constaté à un niveau dans l'envoi des rapports, conformément aux délais fixés, le niveau supérieur immédiat peut venir en appui,
- Le circuit de l'information comprend également la rétro information qui partira d'un niveau inférieur vers un niveau inférieur immédiat. Cette rétro information se fait à travers les rapports, à l'occasion des réunions de coordination et des supervisions, les données collectées au niveau des structures parapubliques et privées sont transmises au niveau approprié de la pyramide sanitaire.

CHAPITRE 43 : L'ASSURANCE QUALITE DES SOINS/SERVICES

1- INTRODUCTION

L'*assurance qualité* est définie de façon générale selon Donabedian comme «tous les arrangements et activités visant à sauvegarder, à maintenir et à promouvoir la qualité des soins».

Elle représente l'ensemble d'activités réalisées pour se donner des normes et pour suivre et améliorer la performance de sorte que les soins fournis soient les plus efficaces et sûrs possibles.

La qualité des soins consiste à appliquer les sciences et technologies médicales de manière à arriver au maximum de bénéfices pour la santé sans augmenter pour autant les risques. C'est un processus continu et systématique.

1.1- But :

Le but de la politique d'assurance qualité est de contribuer à l'augmentation du taux d'utilisation des services de SR à travers un ensemble de mesures prises au niveau des politiques, des programmes et des prestataires de services pour renforcer de façon continue la satisfaction des utilisateurs.

En matière d'assurance qualité, un accent particulier sera mis sur les mesures à prendre au niveau des prestations de services car ce sont ces mesures qui sont directement perçues par les utilisateurs. Ces mesures prendront en compte les éléments clés suivants :

- Plateau technique du lieu de prestation et la compétence technique des prestataires,
- Accès aux services,
- Sécurité des services,
- Continuité des services,
- Relations interprofessionnelles,
- Choix éclairé
- Acceptabilité des services.

En parlant de qualité des soins, il est important de tenir compte des deux aspects que sont les normes techniques des prestataires et la perception du client.

1.2- Le personnel

Il doit avoir :

- Connaissances, attitudes et compétences,
- Capacité de prendre des mesures cliniques appropriées en réponse à des problèmes,
- Bon jugement clinique pour référer à temps les cas graves,

Il doit également démontrer une attention, une sensibilité, une minutie dans ses activités professionnelles.

Ce personnel doit bénéficier d'une supervision facilitante, ce qui valorise le travail de groupe et l'encourage à réactualiser ses connaissances pour la recherche de la performance dans ses activités.

- Centre de prestations : il doit être propre et disposer d'un plateau technique nécessaire pour les activités quotidiennes.
- Soins : doivent être accessibles, personnalisés et faits dans les règles de la prévention des infections, et le client traité avec dignité et de manière confidentielle.

Il faut par ailleurs limiter le temps d'attente et offrir les services pendant les heures normales mais également se conformer aux besoins particuliers des clients.

Tout agent de changement devra désormais tendre à offrir des soins de qualité s'il veut améliorer la santé de la communauté et contribuer ainsi à son épanouissement.

N.B. : *Il est important de retenir les deux éléments essentiels que sont : l'accueil et la prévention des infections pour des soins et services de qualité.*

2- EXPLIQUER LA NOTION DE LA QS

La qualité des services, c'est la satisfaction des clients de PF suite à un ensemble de mesures prises aux niveaux du programme et de la prestation des services.

3- IMPORTANCE DE LA QS

Le concept de qualité de services tire son importance de plusieurs éléments :

- C'est une dimension quasi présente dans tous les programmes. Même si elle a été souvent négligée, elle n'en demeure pas moins le plus constant des éléments,
- Surveillance de la qualité des services permet d'évaluer l'effet réel des programmes de santé. Quand les services offerts sont de qualité, leur acceptation par la communauté augmente. Ainsi, la qualité des services permet d'augmenter le nombre des utilisateurs des services et de réduire le nombre d'abandons,
- Qualité des services en PF conduit rapidement à la réduction des maladies et des décès des enfants et des mères,
- Qualité des services permet aux prestataires de travailler dans les meilleures conditions et d'augmenter leur motivation au travail,
- Qualité des services rapproche les prestataires les uns des autres, et des bénéficiaires.

4- DIFFERENTS NIVEAUX D'APPRECIATION DE LA QS

Le niveau « programme »

On peut le prendre comme le niveau central. On y apprécie les buts, les objectifs et les grandes orientations fixées, ainsi que les ressources allouées.

Le niveau « prestation »

C'est le niveau de fournitures de services. On y apprécie entre autres la compétence des prestataires, l'existence d'une gamme variée de méthodes, les relations interpersonnelles, la continuité des soins, la sécurité etc..

Le niveau « bénéficiaires »

C'est le niveau de l'impact. On y apprécie l'effet des prestations sur la santé de la communauté, la satisfaction des bénéficiaires, etc..

5- DROITS DU CLIENT

Chaque client de planification familiale a droit à :

- **Information**

Etre informé des avantages de la contraception et de la disponibilité des services.

- **Accès**

Bénéficier des services sans distinction de : sexe, religion, race, état-civil ou lieu de résidence.

- **Choix**

Décider librement de la pratique et du choix de la méthode.

- **Sécurité**

Etre assuré de l'efficacité et de l'innocuité des méthodes offertes.

- **Intimité**

Avoir une consultation dans un lieu privé.

- **Confidentialité**

Etre garanti du secret professionnel.

- **Dignité**

Etre écouté et traité avec respect.

- **Confort**

Bénéficier des conditions d'accueil et de services convenables.

- **Continuité**

Bénéficier aussi longtemps que nécessaire des services et des contraceptifs.

- **Opinion**

Exprimer librement son opinion sur les services dispensés.

6- BESOINS DES PRESTATAIRES

Les prestataires ont des besoins qui doivent être satisfaits également pour leur permettre de satisfaire les clients.

- Besoin de formation
- Besoin d'information
- Besoin d'infrastructure
- Besoin de matériel
- Besoin de directives
- Besoin d'appui
- Besoin de respect
- Besoin d'encouragement
- Besoin de feed-back
- Besoin d'expression.

7- QUELQUES ELEMENTS ET INDICATEURS DU NIVEAU PRESTATION

L'indicateur de qualité est une variable « subjective » qui permet de mesurer, de comparer la dimension qualitative d'une activité.

C'est l'élément qui permet de mesurer le « comment » des choses, alors que l'indicateur quantitatif mesure le « combien ».

<i>ELEMENTS</i>	EXEMPLE D'INDICATEURS DE QUALITE
Choix des méthodes	<ul style="list-style-type: none">- Les méthodes offertes sont disponibles- La gamme est variée par rapport aux standards- Le client reçoit la méthode de son choix- Le prestataire ne limite pas inutilement le choix de la méthode- Le prestataire réfère à un autre service accessible pour les méthodes non disponibles- Les contraceptifs sont bien conservés.
Informations et services de conseil donnés aux clients	<ul style="list-style-type: none">- Matériel IEC disponible et complet- Le prestataire donne une information complète exacte et non biaisée- Le prestataire demande à la cliente de répéter les points principaux concernant la méthode choisie- Le prestataire a une liste qui récapitule les informations à donner- Le prestataire sait bien conseiller la cliente
Compétence technique	<ul style="list-style-type: none">- Le document de protocoles des services SR existe- Le document de politique et standards existe- La description des tâches existe pour chaque poste- Les fournitures et matériel de base sont disponibles en quantité suffisante- La Prise en charge (PEC) des IST est effective- Le prestataire a suivi une formation en tout domaine SR- Le prestataire évite les analyses, les consultations et temps d'attente qui ne sont pas médicalement justifiables- Le prestataire suit les procédures de contrôle des infections- Le prestataire est supervisé régulièrement.

ELEMENTS	EXEMPLE D'INDICATEURS DE QUALITE
Relations entre les clients et le personnel	<ul style="list-style-type: none"> - Le prestataire a été formé en matière de communication interpersonnelle - Le prestataire établit un climat de confiance - Le client déclare se sentir à l'aise et être traité avec respect - L'intimité est respectée pendant le counseling et l'examen
Consultation des services	<ul style="list-style-type: none"> - Le prestataire encourage le client à revenir en cas de besoin - Le prestataire établit un calendrier approprié de visite de suivi - Le prestataire identifie les perdues de vue - Le prestataire contacte les perdues de vue - Le prestataire identifie les raisons pour lesquelles elles ne reviennent pas à la visite de suivi - Le client peut se réapprovisionner facilement - Les services sont disponibles à tout moment
Adéquation et acceptabilité des services	<ul style="list-style-type: none"> - Les bénéficiaires jugent acceptables les infrastructures, les heures de consultations, les temps d'attente, le temps passé avec le prestataire, le personnel, la confidentialité et le respect de leur vie privée - Les bénéficiaires jugent acceptables les coûts des services

CHAPITRE 44 : LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE

1- INTRODUCTION

Pour réussir la mise en œuvre des projets de développement, l'engagement actif de la population locale est indispensable.

La participation communautaire est un processus permanent et continu et non une réaction ponctuelle. C'est une prise de conscience, un engagement délibéré et non un appel ou une sollicitation circonstancielle des populations par les professionnelles.

Le but de la participation communautaire est d'améliorer la qualité de vie spécialement des communautés pourvues ou désavantagées à travers leur auto-promotion.

2- DEFINITION

Processus dans lequel les individus d'une part prennent en charge leur propre santé et leur propre bien être comme ceux de la communauté, d'autre part développe leur capacité de contribuer à leur propre développement comme à celui de la communauté.

2.1- Les dimensions de la participation communautaire

La participation communautaire comporte trois dimensions :

- Participation de la population concernée à l'identification des besoins et des problèmes, au choix des interventions, à la sélection des stratégies et à l'évaluation des résultats,
- Contribution active à l'effort visant au changement, c'est-à-dire la mise en œuvre des activités,
- Participation aux bénéfices résultant du projet.

2.2- Les conditions de réussite de la participation communautaire

- Communauté doit être organisée dans des structures locales formelles de représentation appelées à servir d'interlocuteur,
- Communauté à accès aux informations sanitaires ou du projet de façon permanente,
- Communauté doit être dotée de connaissances, d'aptitudes (compétences) et d'attitude lui permettant de participer et de cogérer les activités de projet,
- Communauté doit être organisée, sensibilisée, formée sur le plan sanitaire ou du développement tout court pour que les populations apportent leur contribution aux actions de promotion de la santé.

2.3- Les types de participations

La participation revêt différentes formes selon le projet de développement et l'environnement des bénéficiaires.

Formes de participations	Degré d'implication de la communauté	Relation de la recherche et de l'action avec la communauté
1. Participation manipulatrice	Des représentants symboliques sont choisis mais n'ont aucun apport ou pouvoir réel	La communauté la subisse
2. Participation passive	Des tâches sont assignées contre motivation matérielle, les professionnels externes déterminent le calendrier et dirigent le processus	Se fait pour elle
3. Participation par consultation	On recueille les opinions des membres de la communauté : les professionnels externes procèdent à l'analyse et décident des actions à entreprendre	Se fait pour et avec elle
4. Participation-coopération	La communauté travaille de concert avec les professionnels externes pour déterminer les priorités. Ce sont à ces derniers qu'incombe la responsabilité de la mise en œuvre	Se fait avec elle
5 . Participation interactive	La communauté et les professionnels externes partagent leurs savoirs pour mettre à jour une nouvelle compréhension et travaillent de concert pour élaborer les plans d'action, les professionnels externes jouent le rôle d'animateur.	Se fait avec et par elle
6. Auto-mobilisation	La communauté établit son propre calendrier et se mobilise pour le mettre en œuvre, en l'absence d'initiateurs externes et d'animateurs.	Se fait par la communauté

2.4- Les étapes du processus de participation communautaire

- Vision : l'idée/rêve peut émaner d'un individu ou d'une organisation,
- Auto sensibilisation : c'est la phase exploratoire qui commence par soi-même et se fait en 3 phases :
 - o Observer la communauté
 - o Ecouter la communauté
 - o Recueillir des informations et des données.
- Protocole : informer les leaders et les autorités sur le projet, son but et ses objectifs, afin d'obtenir leur autorisation pour travailler avec la communauté,
- Sensibilisation de la communauté :
 - o Conseiller les communautés
 - o Approfondir la recherche d'informations
 - o Former les communautés
 - o Commencer certaines activités autonomes

- Identification et priorisation des problèmes
 - Identifier les problèmes avec les communautés
 - Choisir les solutions avec les communautés
 - Identifier et prioriser les ressources disponibles
 - prioriser les problèmes (débuter par les problèmes qu'on peut solutionner dans un bref délai, car c'est un élément de motivation pour les communautés).
- Analyse de la situation :
 - Confirmer les problèmes
 - Identifier leurs causes
 - Déterminer leurs impacts
 - Poser les bases pour une action

But et objectifs

- Formuler le but
- Formuler les objectifs

Planification de l'action

Répondre aux questions : quoi, quand, où, combien, comment, avec quoi et avec qui.

Exécution et supervision

- Donner l'appui conseil
- Développer les capacités et services.

Suivi/évaluation

- Vérifier que les activités sont réalisées selon le plan, les normes et protocoles
- Vérifier que les acteurs jouent pleinement leur rôle par rapport aux objectifs
- Replanifier par rapport aux résultats de l'évaluation.

CHAPITRE 45 : L'ORGANISATION D'UNE SESSION DE FORMATION

La formation est un processus destiné à transmettre des connaissances et des compétences requises par une bonne gestion des projets et programme SR.

1- ACTIVITES AVANT LA FORMATION

- Déterminer la date, la durée et lieu de la formation,
- Répondre aux demandes d'inscription et d'information,
- Remplir les formulaires d'identification et d'analyse des besoins de formation,
- Adresse des lettres d'invitation aux participants,
- Identifier les sites d'hébergement et de stage,
- Négocier les conditions de la salle de cours et de secrétariat,
- Préparer le budget,
- Acheter les fournitures,
- Identifier les formateurs et co-formateurs et les personnes ressources,
- Adresser des lettres d'invitation aux personnes ressources en précisant les sessions qu'elles doivent animer,
- Réunir les modules de formation,
- Organiser une réunion de coordination avec les formateurs et les personnes ressources,
- Préparer le contrat avec les personnes ressources,
- Choisir les supports didactiques,
- Choisir les documents à utiliser et réaliser les transparents,
- Préparer les diplômes des participants,
- Préparer les classeurs (chemises) des participants : emploi du temps, objectifs du cours, pré-test, post-test, bics, stylos, gommes, crayons, taille-crayon, bloc note,
- Préparer la salle de cours,
- Préparer la salle de secrétariat,
- Préparer les sorties de détente,
- Accueillir et installer les participants.

2- OUVERTURE OFFICIELLE

- Prévenir les responsables et les média (préparer un discours si besoin),
- Accueillir les invités,
- Faire venir les média,
- Prévoir le rafraîchissement.

3- ACTIVITES PENDANT LA FORMATION

- Présenter les participants et les formateurs,
- Donner les informations administratives et discuter l'emploi du temps,
- Faire le pré-test,
- Recueillir les attentes,
- Animer les sessions,
- Organiser les stages et les visites de terrain si nécessaire,
- Recueillir chaque soir les fiches d'évaluation journalières, les analyser et les discuter le lendemain avec les participants,
- Faire la revue de la journée chaque soir entre les formateurs,
- Remplir la fiche de suivi et d'appréciation des participants,
- Faire le post-test.

4- CEREMONIE DE CLOTURE

- Inviter les personnalités et les médias,
- Organiser la salle,
- Accueillir les personnalités et les médias,
- Prononcer les discours,
- Distribuer les diplômes.

5- APRES LA FORMATION

- Assurer le départ des participants,
- Libérer les salles de cours, d'hébergement et de secrétariat,
- Ranger et assurer le transport des matériels de bureau,
- Préparer le rapport technique et financier,
- Envoyer une lettre de remerciement aux institutions de financement,
- Organiser le suivi de la formation.

CHAPITRE 46 : LA RECHERCHE OPERATIONNELLE

1- INTRODUCTION

Pour apporter des changements au sein d'une population en matière de Santé de la Reproduction il est indispensable de déterminer des approches appropriées. Pour cela il faut obtenir des informations détaillées et précisées sur les besoins de cette population, les mesures recommandées et leurs conséquences. La recherche opérationnelle est le moyen utilisé pour obtenir ces informations en vue d'élaborer un processus décisionnel informé.

2- DEFINITION

La recherche est un processus de collecte, d'analyse et d'interprétation systématiques des données visant à répondre à une question ou à résoudre un problème.

3- TYPES DE RECHERCHE

- Recherche fondamentale ou pure orientée vers les domaines fondamentaux d'une discipline,
- Recherche appliquée (recherche opérationnelle) et recherche action.

4- METHODES DE RECHERCHE OPERATIONNELLE

- Méthodes qualitatives,
- Méthodes quantitatives.

5- ETAPES

- Identifier le problème de départ :
- Percevoir et décrire les faits prioritaires,
- Se fixer et décrire une référence,
- Vérifier si la différence entre la référence et le vécu est significative ou non et tirer une conclusion négative,
- Rechercher les causes,
- Rechercher les conséquences possibles au problème,
- Formuler le problème,
- Analyser le problème en établissant la hiérarchie des problèmes (ou arbre des problèmes). Cette analyse se présente sous forme d'un diagramme où les effets sont placés au-dessus et les causes au-dessous du problème.
- Définir le but pratique de la recherche qui doit rappeler au chercheur ce pourquoi il entreprend la recherche,
- Formuler la question de recherche pour répondre à la question quoi rechercher ?
- Choisir et élaborer les instruments de recherche en répondant à la question comment rechercher ? (analyse documentaire, observation, interview individuel ou de groupe, focus groupe),

- Collecter les données à l'aide d'instrument préconçu,
 - o Choisir l'unité statistique,
 - o Déterminer comment les unités vont être tirées (sondage probabiliste, ou non probabiliste),
- Analyser les données,
- Faire le dépouillement.

Dépouillement manuel :

- Lister de façon horizontale les variables et les types de réponses prévus pour chaque variable,
- Donner un numéro chronologique pour chaque sujet observée ou enquête avec l'instrument,
- Cocher ou reporter sur un tableau (voir modèle ci-après) les réponses obtenues au niveau de chaque variable.

Modèle de fiche de dépouillement des données d'un instrument standardisé

Variable N° cas / Observation	Variable 1 Sexe			Variable 2 Age	Variable 3 X x X		
	M	F	Pas de réponse		Oui	Non	Ne sait pas		

- Réponses "je ne sais pas"
- Cas où la réponse est tout à fait absente
- Cas où la question n'était pas applicable en fonction d'une réponse antérieure

Selon le cas il faut impliquer ces paramètres dans le numérateur et le dénominateur / ou seulement dans le dénominateur / ou les exclure.

- Regrouper les données par sous-groupes (par exemple hommes / femmes, vieux / jeunes, ...), compter à l'intérieur de chaque sous-groupe et comparer les résultats des sous-groupes

Dépouillement informatisé

- Analyse quantitative :
- Elaborer le masque de saisie, reproduire le questionnaire à l'écran de saisie (Epi Info),
- Faire la saisie des données : entrer les informations du questionnaire dans le masque de saisie, cela débouche sur le fichier de saisie (Epi Info),
- Faire le nettoyage / Apurement du fichier de saisie : rechercher sur le fichier de saisie les anomalies ou incohérence et les corriger (Epi Info ou SPSS ou STATA),
- Faire la tabulation : interprétation des résultats, on pourra procéder à ce niveau à certains croisements qui permettent d'avoir des précisions pour répondre à certains objectifs de l'étude, âge / sexe, méthodes de planification familiale (Epi Info ou SPSS ou STATA),
- Rédiger rapport d'Etude,
- Etude quantitative :
- Transcrire les informations enregistrées,
- Saisir les données : on réalise la segmentation des informations saisies (fréquence d'apparition des variables),
- Interpréter les résultats,
- Regrouper les données pas sous-groupes (par exemple hommes / femmes, vieux / jeunes, etc.), compter à l'intérieur de chaque sous-groupe et comparer les résultats des sous-groupes.

Pour être utilisables, les résultats bruts d'une recherche doivent être interprétés en fonction de leur fiabilité et de la manière dont a été réalisée la collecte des données. y a plusieurs instruments ont été utilisés, il faut faire une analyse par instrument, avant de comparer et de synthétiser les résultats de plusieurs instruments.

Pendant l'analyse relative aux instruments il faut d'abord chercher à comprendre ce que les données brutes veulent exactement dire. Ceci dépend beaucoup de la situation de leur collecte et de l'échantillon (personnes, ménages, temps et lieu de la collecte). En ce moment, il faut en effet éviter de voir les données déjà sous l'angle de la question de recherche.

Ensuite on peut interpréter ces résultats sous l'angle de la question de recherche et notamment dans le cas d'une recherche exploratoire et de techniques quantitatives, sous l'angle des précisions de la question de recherche qui ont été faites pendant la collecte de données.

- Répondre à la question de recherche. Il faut :
 - o Résumer fidèlement les résultats de la collecte des données,
 - o Déduire les réponses à la question de recherche,
- Formuler les conclusions pratiques.

NB : Une Recherche Opérationnelle doit avoir deux sorties de conclusions :

- Une conclusion au niveau d'un gain de savoir,
- Et des conclusions au niveau des actions qu'on peut envisager à l'aide de ce gain de savoir.

ANNEXES

ANNEXE I : LISTE DES PARTICIPANTS REVISION PNP SR PF IST

KPALIME – INFA DE TOVE DU 12 AU 16 OCTOBRE 2009

N°	NOM ET PRENOMS	PROVENANCE	QUALIFICATION	CONTACTS	ADRESSE E-MAIL
1	N'GANI Simtokina	DSF-Lomé	Chargé de la planification	223-33-70/910-99-38	ngani001@yahoo.fr
2	ABALO-TCHAMDJA Laure	PNLS /Lomé	Chargée des IST		abalokla@yahoo.fr
3	APALOO Yawo Egbli	CHP/Kpalimé	Gynécologue	997-33-72	apaluc@yahoo.fr
4	TOUSSA-AHOSSU Sénam	ATBEF/Lomé	Gynécologue	905-46-00	solangetoussa@yahoo.fr
5	BOTCHI Djababou	SNSJA/Lomé	Médecin	902-36-60	dbotchi@yahoo.fr
6	DEGBEVI Akoua	DSF/Lomé	SF/SP chargée des indicateurs SR	997-23-10/223-33-70	akouadegbevi@yahoo.fr
7	AGBEKPONOU Kangni	PNLP/Lomé	Médecin	079-25-88	agbejub77@yahoo.fr
8	TSOLENYANU Enyonam	CHU Tokoin/Lomé	Pédiatre	905-66-06/232-36-33	tsolenyanu_enyonam@yahoo.fr
9	BALAKA Bahoura	CHU Campus/Lomé	Pédiatre/Pr Agr. FMMP		jbbalak@yahoo.fr
10	NAMOROU Abdil-Daim Daou	CHR /Atakpamé	Gynécologue obstétricien	9180878	dnamoro@yahoo.fr
11	AGOSSOU Abram Amétépé	Assahoun	Pédiatre de SP/DPS Avé		agossouabram@yahoo.fr
12	NAMADOU Mako	DSF/Lomé	Sage femme	858-45-89	t_mako2006@yahoo.fr
13	TCHEGRE Awa	PSI/Lomé	Coordinatrice Projet POMEFA	903-23-55/222-71-37	

14	TAGBA-PELEI Tchilalou	Lomé	Médecin/DDS N° 5	910-68-71	marysetagba@yahoo.com
15	AQUEREBURU A.C.	Lomé	Médecin	915-70-15/222-71-37	
16	AGBA-ALFA Mahéza	Lomé	DPLET	925-65-90	-
17	DJOFFON-ELITSA Opportune	Sec Nutrition/Lomé	Médecin de SP	908-48-85	opportune@yahoo.fr
18	DAMESSI Yawo Mensah	DSF/Lomé	Resp. SIS et Logistique	910-90-94/223-33-70	bdamessi@yahoo.fr
19	AGBERE A. Diparidé	Lomé	PCIMNE	928-75-68	abdouagbere@yahoo.fr
20	TOKE Yaovi Temfan	Atakpamé	Médecin/DRS Plateaux	919-68-08	tokeyaovi@hotmail.com
21	TCHAGAFUOU Moukaila	Lomé	Médecin/Consultant	915-70-42/234-29-39	mklitchagafou7@gmail.fr
22	AGBOBLI-APETSIANYI Elise	OMS/Lomé	Pédiatre/Conseillère Prog.	904-54-42/221-33-60	agboblief@tg.afro.who.int
23	N'TAPI Kassouta	DSF/Lomé	MD,MPH/ Chef DSF	223-33-70/916-25-36	ntapi22@yahoo.fr
24	AGBIGBI Yao	UNFPA/Lomé	Médecin de SP	907-45-55/223-22-05	agbigbi@unfpa.org
25	GAGLI Simone	Lomé	Médecin de SP	3389943	gagli48@hotmail.com
26	AKPADZA Koffi	Lomé	Chef dép. Gynéco FMMP		akpadja@yahoo.fr
27	BADABADI E.David	Lomé	Gestionnaire DSF	9215701	tetoudavid@yahoo.fr
28	Mme YAKOUBOU Jamilatou	Lomé	Secrétaire	9172715	ijamilatou@yahoo.fr

LISTE DES PARTICIPANTS VALIDATION PNP PF IST

KPALIME – INFA DE TOVE DU 23 AU 24 NOVEMBRE 2009

N°	NOM ET PRENOMS	PROVENANCE	QUALIFICATION	CONTACTS	ADRESSE E-MAIL
1	N'GANI Simtokina	DSF-Lomé	Chargé de la planification des activités	223-33-70/910-99-38	ngani001@yahoo.fr
2	Mme ABALO-TCHAMDJA	PNLS /Lomé	Chargée des IST		abalokla@yahoo.fr
3	Dr APALOO Yawo Egbli	CHP/Kpalimé	Gynécologue	997-33-72	apaluc@yahoo.fr
4	Dr TOUSSA-AHOSSU Sénam	ATBEF/Lomé	Gynécologue	905-46-00	solangetoussa@yahoo.fr
5	Dr BOTCHI Djababou	SMI/PF Lomé	Médecin	902-36-60	dbotchi@yahoo.fr
6	Pr AKPADZA Koffi	CHU Tokoin/Lomé	Chef dép. Gynéco FMMP		akpadja@yahoo.fr
7	Pr AGBERE A. Diparidé	CHU Tokoin/Lomé	Point Focal PCIMNE	928-75-68	abdouagbere@yahoo.fr
8	Dr TSOLENYANU Enyonam	CHU Tokoin/Lomé	Pédiatre	905-66-06/232-36-33	tsolenyanu_enyonam@yahoo.fr
9	Pr BALAKA Bahoura	CHU Campus/Lomé	Pédiatre, Directeur ENSF		jbbalak@yahoo.fr
10	Dr NAMOROU Abdil-Daim Daou	CHR /Atakpamé	Gynécologue obstétricien	9180878	dnamoro@yahoo.fr

11	Dr AGOSSOU Abram Amétépé	HP/Assahoun	Pédiatre, DPS Avé		agossouabram@yahoo.fr
12	Dr AGBA-ALFA Mahéza	Lomé	DPLET	925-65-90	
13	Dr DJOFFON-ELITSA	Sce de Nutrition	Médecin de SP	908-48-85	opportune@yahoo.fr
14	Dr TOKE Yaovi Temfan	Atakpamé	Médecin/DRS Plateaux	919-68-08	tokeyaovi@hotmail.com
15	Dr TCHAGAFOU Moukaila	Lomé	Médecin/Consultant	915-70-42/234-29-39	mklitchagafou7@gmail.fr
16	Dr AGBOBLI-APETSIANYI Elise	OMS/Lomé	Pédiatre/Conseillère/Prog.	904-54-42/221-33-60	agboblie@tg.afro.who.int
17	Dr N'TAPI Kassouta	DSF/Lomé	MD, MPH/ Chef DSF	223-33-70/916-25-36	ntapi22@yahoo.fr
18	PADJOUDOUM Koffi	DRS K	AMSP	914 2379	padjoudoumko@yahoo.fr
19	Dr AYEISSOU Akouété	DSF Lomé	Médecin de SP		Oyakou143@yahoo.fr
20	MODJOM Mako	DSF Lomé	Société Civile	990 93 62	mjolie2@yahoo.fr
21	Kelèm Yvette	PNLS Lomé	Médecin de SP	2209430	ybolen@yahoo.fr
22	TAKO Laure	PNNP	SF	9163553	
23	NAMOROU Abdil-Daim Daou	CHR /Atakpamé	Gynécologue obstétricien	9180878	dnamoro@yahoo.fr
24	WOTOBE Kokou	Bassar	Médecin	9304310	
25	SAYA Kouami	DGS	AMSP	9095057	
26	ATTISSO Kossi	SNMT	Médecin	9094290	

ANNEXE II : LISTE DES PERSONNES RESSOURCES

N°	NOM ET PRENOMS	PROVENANCE	QUALIFICATION	CONTACTS	ADRESSE E-MAIL
01	Pr AGBERE A. Diparidé	CHU Tokoin	Agrégé Point Focal PCIMNE	928-75-68	abdouagbere@yahoo.fr
02	Pr AKPADZA Koffi	CHU Tokoin	Agrégé Chef dép. Gynéco FMMP		akpadja@yahoo.fr
03	Pr BALOGOU Agnon A. Koffi	CHU Campus	Agrégé Sce Neurologie	904-72-31	
04	Pr BOKO Essohanam	CUH Campus	Agrégé ORL		
05	Dr TOKOFI Georges	SOS Dentiste/Lomé	Chirurgien Dentiste	904-00-71	gtokofai@tg.refèr.org