REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

PROGRAMME NATIONAL DE SANTE DE LA REPRODUCTION

PNSR

MODULE DE FORMATION DES PRESTATAIRES EN PLANIFICATION FAMILIALE

Version révisée avec l'appui de FHI

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE

fhi Family Health International

*** Mai 2008 ***

REMERCIEMENTS

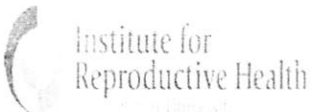
Le PNSR remercie :

- *l'USAID et FHI pour l'appui financier et technique à la révision de ce module ;*
- *tous les membres de l'équipe technique qui ont collaboré à la révision de ce module;*
- *tous les partenaires au développement qui ont participé aux travaux de révision de ce module.*

Un remerciement spécial est adressé à Dr Irina Yacobson et Rose DeBuysscher (Health Services Research, Applied Research Department, FHI/North Carolina) qui ont consacré leur temps à la lecture et à l'enrichissement de ce document.

Avec la collaboration de :

OMS



ABEF - ND

Caritas Développement

MODULE DE FORMATION DES PRESTATAIRES EN PLANIFICATION FAMILIALE

Version révisée avec l'appui de FHI

Tables des matières

Liste des abréviations

ARV	:	antirétroviral
CCV	:	contraception chirurgicale volontaire
COC	:	contraceptif oral combiné
DIU	:	dispositif intra-utérin
FHI	:	Family Health International
IST	:	infection sexuellement transmissible
MAMA	:	méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée
MIP	:	maladie inflammatoire pelvienne
MST	:	méthode sympto-thermique
ND	:	naissances désirables
OMS	:	Organisation mondiale de la Santé
PF	:	planification familiale
PFN	:	planification familiale naturelle
PMA	:	paquet minimum d'activités
PNSR	:	Programme National de Santé de la Reproduction
POP	:	pilule orale progestative
SIDA	:	syndrome d'immunodéficience acquise
SMI	:	santé maternelle et infantile
SR	:	santé de la reproduction
SSP	:	soins de santé primaires
TAR	:	thérapie antirétrovirale
VIH	:	virus de l'immunodéficience humaine
ZS	:	zone de santé

GUIDE DE L'UTILISATEUR

Ce curriculum a été conçu selon l'approche d'apprentissage par compétence en insistant sur les fonctions techniques du prestataire.

La formation est organisée en deux étapes ; la première est théorique et la seconde est pratique. Selon la planification adoptée lors de la préparation, les cours théoriques précéderont le stage.

Le curriculum est présenté en 3 modules portant sur :

- Les généralités sur la planification familiale
- Les méthodes contraceptives
- La gestion des activités de planification familiale

Chaque module comprend des chapitres. Pour chaque chapitre, une introduction précède les objectifs d'apprentissage et les informations.

Ce curriculum peut être utilisé en totalité dans une session ou de façon fractionnée mais un prestataire de PF complet doit avoir la formation sur tous les modules de ce curriculum et les autres qui sont recommandés. (Gestion de commodités, prévention des infections, prise en charge des IST, CCC...).

INTRODUCTION

La Santé de la Reproduction en République Démocratique du Congo est caractérisée, ces dernières années, par une mortalité maternelle et infantile excessive comme le démontrent les différentes enquêtes nationales (ENSEF (1995), ELS (1998), IRC (2000) et MICS2 (2001).

Parmi les pistes potentielles pour contribuer à la réduction de cette mortalité, la planification familiale occupe une place de choix. Et pourtant, la prévalence contraceptive qui a atteint 15% vers les années 1991, est descendue vertigineusement à 4,6% à ce jour pour diverses causes notamment, le manque de personnel qualifié en cette matière et l'indisponibilité des produits contraceptifs.

Ce curriculum a donc été conçu pour développer les compétences des prestataires de PF dans les structures sanitaires et dans la communauté. Il doit permettre une bonne conduite des sessions de formation des participants en insistant sur les connaissances, les attitudes et pratiques nécessaires pour offrir des services de qualité en matière de planification familiale.

Ce curriculum se propose d'être la solution pour la réalisation des tâches auxquelles sont liées les activités clés d'un prestataire de PF :

1) Assurer la communication pour le changement de comportement en matière de PF
2) Administrer en toute sécurité, les méthodes contraceptives, et à
3) Gérer les activités y relatives.

BUT DE LA FORMATION ET OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

0. But

Le présent module de formation vise à développer les compétences des prestataires en planification familiale.

1. Objectifs d'apprentissage

1.1. Objectif général

A la fin de la formation les participants doivent offrir les services de qualité en planification familiale.

1.2. Objectifs spécifiques

Lorsqu'ils seront appelés à offrir les services de qualité en planification familiale, les participants doivent être capables de :

1. Expliquer les généralités sur la PF,
2. Assurer le counseling en PF,
3. Assurer la consultation clinique en PF.
4. Administrer en toute sécurité, les méthodes contraceptives : COC, POP, DMPA, DIU, implants, préservatifs, spermicides, MAMA, MAO et MJF
5. Appliquer le procédé de la contraception d'urgence
6. Répondre aux besoins des clients vivant avec le VIH/sida en matière de PF
7. Assurer la gestion de l'information et des ressources y afférentes.

2. Contenu de la formation

Ce module contient 21 chapitres repartis en trois modules suivants :

- Les généralités sur la planification familiale
- Les méthodes contraceptives
- La gestion des activités de planification familiale

MODULE I : GENERALITES SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE

CHAPITRE 1 : NOTIONS DE BASE SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE

0. INTRODUCTION

Il est important pour un prestataire de service de planification familiale (PF) de se familiariser avec les concepts PF et de connaître la place de cette composante dans le système sanitaire du pays.

1. OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

1.1. Objectif spécifique

A la fin de cette unité, les participants seront capables de situer la PF dans le contexte du système sanitaire du pays.

1.2. Objectifs opérationnels

Lorsqu'ils seront appelés à situer la PF dans le contexte du système sanitaire du pays, les participants devront être capables de :

- Définir les concepts PF, Naissances Désirables (ND),
- Situer la PF dans la Santé Reproductive (SR) et les Soins de Santé Primaires (SSP)

2. INFORMATIONS

2.1. Définition des concepts

2.1.a. Planification Familiale (PF)

Manière de penser et de vivre adoptée volontairement par les individus et les couples, qui en se basant sur des connaissances suffisantes prennent des décisions et se comportent de manière responsable, afin de promouvoir la santé et le bien être du groupe familial et ainsi participer efficacement au développement social d'un pays (OMS, 1985).

Les composantes de la PF sont :

- la contraception
- la lutte contre les IST/VIH/SIDA
- la lutte contre l'infécondité.
- la Communication pour le Changement de Comportement.

2.1.b. Naissances Désirables (ND)

Le terme « Naissances désirables» fait appel à l'idée que les couples peuvent, de leur propre volonté, décider du moment des naissances et du nombre de leurs enfants ainsi que des intervalles entre ces enfants, en vue d'augmenter ou de limiter la taille de leur famille.

2.2. La place de la PF dans la SR et SSP

La conférence internationale d'Alma Ata a retenu 8 composantes des SSP parmi lesquelles la santé maternelle et infantile qui couvre le concept santé de la reproduction.

Définie comme étant le bien être général, tant physique que mental et social de la personne humaine pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités, la SR est constituée de 9 composantes dont la planification familiale.

C'est au niveau opérationnel (ZS) que les activités de PF sont intégrées dans le paquet minimum d'activités (PMA).

Les composantes de la santé de la reproduction

1. Maternité à moindre risque (MMR) : Soins prénatals, accouchement sans risque, soins essentiels en cas de complications obstétricales, soins aux nouveau-nés, soins post-natals et allaitement maternel.
2. Information et services en matière de planification familiale.
3. Prévention et prise en charge de la stérilité et des disfonctionnements sexuels tant chez l'homme que chez la femme.
4. Prévention et prise en charge des complications de l'avortement.
5. Information des hommes en vue de leur implication dans la santé de la reproduction et de leur co-responsabilité pour améliorer le rôle et le statut de la femme.
6. Prévention et prise en charge des infections génitales, notamment les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris les infections à VIH et du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA)
7. Promotion d'un développement sexuel sain à partir de la préadolescence, des rapports sexuels sans danger et responsables durant toute la vie et de l'égalité entre les sexes.
8. Elimination des pratiques néfastes telles que la mutilation sexuelle féminine, le mariage précoce, la violence au foyer et la violence sexuelle à l'encontre des femmes.
9. Prise en charge des états non infectieux de l'appareil génital tels que la fistule génitale, le cancer du col de l'utérus, les complications des mutilations sexuelles féminines et les problèmes de santé de la reproduction associés à la ménopause.

3. REFERENCES

- Curriculum pour la formation des prestataires en PF, Pathfinder International, 2003.
- Curriculum pour la formation des prestataires en SR, PNSR, 2003.
- Guide du formateur sur le Counseling des clients sur la Méthode des Jours Fixes, IRH/Georgetown University
- Module de formation continue en Planification Familiale du Rwanda, Kigali, septembre 2003
- Séries de modules sur la technologie contraceptive et la santé de la reproduction, FHI
- Training Module for Health and Family Planning Service Providers, Linkages Project, Academy for Educational Development, December 2001

CHAPITRE 2 : ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DES ORGANES GENITAUX

0. INTRODUCTION

Ce chapitre vise à rappeler au prestataire les notions de base de l'anatomie et de la physiologie de l'appareil génital, préalables essentiels pour l'assimilation des modes d'action des méthodes contraceptives.

1. OBJECTIF D'APPRENTISSAGE

1.1. Objectif spécifique

A la fin de cette unité, les participants devront être capables d'expliquer l'anatomie et la physiologie des organes de la reproduction.

1.2. Objectifs opérationnels

Lorsqu'ils seront appelés à décrire l'anatomie et la physiologie des organes de la reproduction, les participants devront être capables de :

- Décrire les différentes parties de l'appareil génital externe et interne de l'homme et de la femme et leurs fonctions
- Définir le cycle menstruel
- Calculer la durée du cycle menstruel
- Décrire les deux phases du cycle menstruel
- Donner les caractéristiques de la glaire cervicale aux différentes phases du cycle menstruel
- Décrire le rôle de chaque hormone impliquée dans le cycle menstruel
- Décrire les mécanismes de la fécondation

2. INFORMATIONS

2.1. DIFFERENTES PARTIES DE L'APPAREIL GENITAL FEMININ

2.1.a. LES ORGANES GENITAUX EXTERNES DE LA FEMME

1. **La vulve** comprend :
   - Le mont de venus ou pubis : portion la plus antérieure de la vulve, est une proéminence de la peau, déterminée par une accumulation de graisse qui, à la puberté se couvre de poils.
   - Les grandes lèvres : sont 2 gros replis de la peau qui encadre la vulve d'avant en arrière.
   - ' es petites lèvres : sont deux replis cutanés situés à l'intérieur des grandes lèvres. Leur confluence au sommet du clitoris forme le capuchon du clitoris.
   - Le clitoris : petit organe qui ne mesure que quelques millimètres de long. Il joue un rôle dans la fonction érotique.
   - Le méat urinaire : c'est l'orifice de sortie de l'urètre, provenant de la vessie. Il est situé sous le clitoris, entre les petites lèvres et au-dessus de l'orifice vaginal.

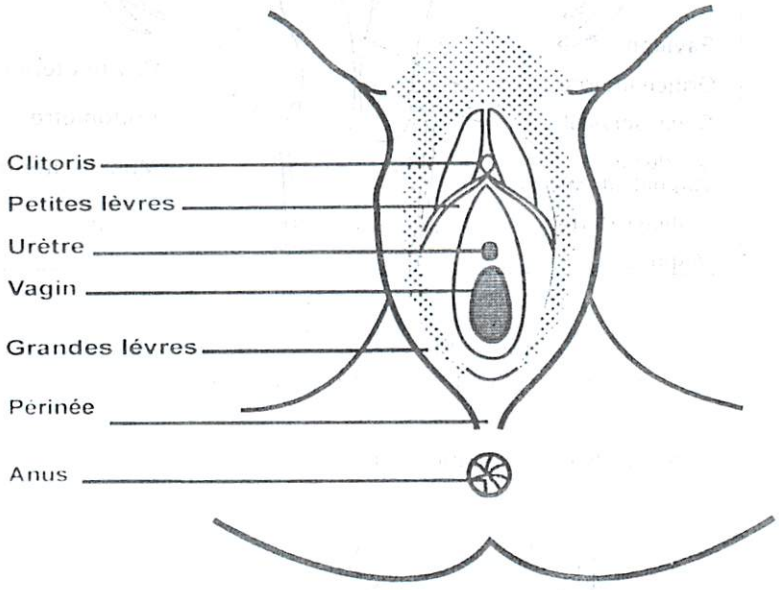
     De part et d'autre du méat urinaire, se trouvent les glandes de Skène.
   - L'orifice vaginal : Chez la jeune fille, cet orifice se présente avec une membrane appelée hymen qui ferme une partie de l'entrée du vagin.
   - Les différentes glandes (Glandes urétrales, de Skene, glande de Bartholin) : secrètent une substance épaisse qui facilite les rapports sexuels.

2. **Le vagin** : C'est l'organe de la copulation, un conduit musculeux, souple, tapissé d'une muqueuse. Il relie la vulve à l'utérus.

3. **Les glandes de Bartholin** : au nombre de deux (droite et gauche) situées au niveau du tiers postérieur des grandes lèvres dont le sécrétions filantes, incolores et lubrifiantes facilitent la pénétration du pénis lors des rapports sexuels.

   Chaque glande mesure 10 à 15 mm de longueur, 8 mm de hauteur et 5 mm d'épaisseur. Elles pèsent environ 4 à 5 grammes.

Figure N° 1 : Organes génitaux externes



2.1.b. LES ORGANES GENITAUX INTERNES (PELVIENS)

Allant de l'extérieur vers l'intérieur, les organes génitaux internes se composent de :

1. **L'utérus :** C'est un muscle triangulaire, creux, situé en arrière du pubis et tapissé d'une muqueuse qu'on appelle endomètre, qui est le site de la nidation.

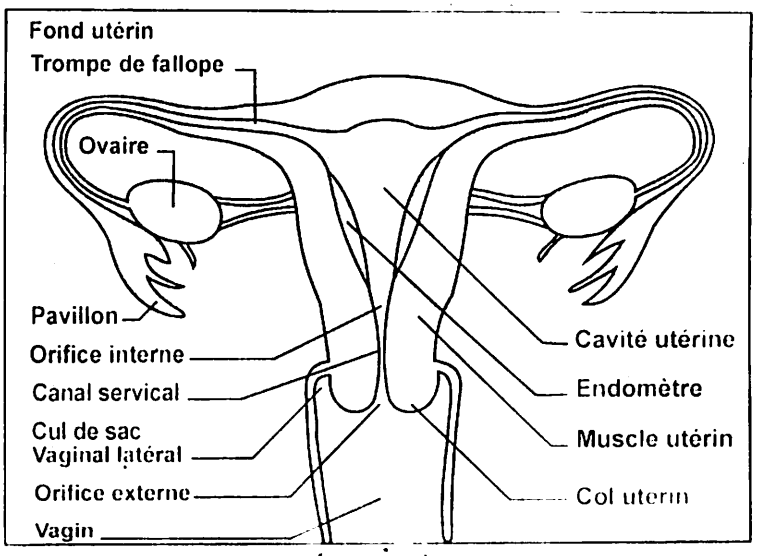
   Il est composé du corps (partie haute, renflée, ouverte par les deux minuscules orifices des trompes).

   L'utérus est entouré des organes suivants : la vessie en avant, le colon pelvien et le rectum en arrière, les anses intestinales en haut, le vagin en bas, les trompes et les vaisseaux utérins latéralement.

2. **Le col** (partie inférieure faisant saillie dans le fond du vagin). L'isthme sépare le corps et le col. Sa taille est de 6,5 cm de profondeur. Sa position est généralement médiane, ante versée ou anté fléchie, il peut être rétro versé. Il est ouvert au maximum lors de l'ovulation. La sécrétion de la glaire cervicale en ce moment devient abondante, transparente et filante, facilitant ainsi l'ascension des spermatozoïdes.

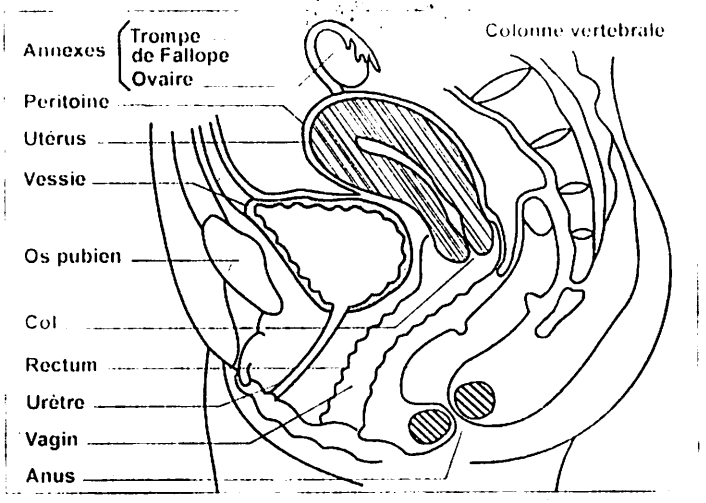
3. **Les trompes utérines ou trompes de Fallope** : Ce sont deux conduits creux longs de 7 à 10 cm, s'attachant à chaque angle de l'utérus jusqu'aux ovaires. Elles véhiculent l'ovule et servent de lieu de fécondation (1/3 externes).

Figure N° 2 : Organes pelviens : coupe frontale



4 **Les ovaires** organes qui produisent les cellules reproductrices de la femme (ovules) ainsi que les hormones féminines (œstrogène et progestérone)

Figure N° 3 : Organes pelviens : coupe sagittale



2.2. ORGANES GÉNITAUX MASCULINS

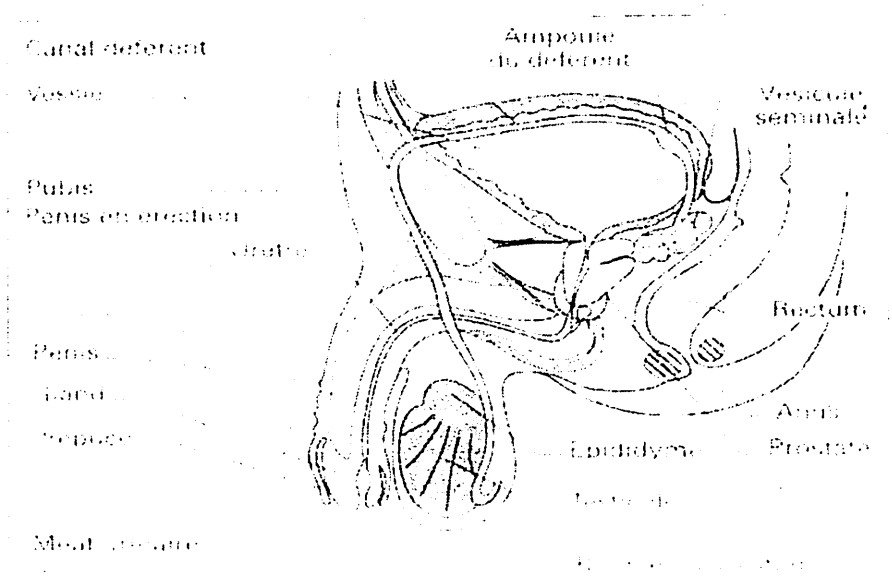
1 **Les testicules** produisent les spermatozoïdes (cellules sexuelles masculines) et la testostérone (hormone sexuelle masculine), de façon constante.

2. **Le scrotum** est une enveloppe cutanée contenant les testicules.

3 **Les épididymes** sont des canaux situés au-dessus et en arrière des testicules. Les spermatozoïdes mûrissent dans les épididymes.

4. **Les canaux** déférents sont deux conduits allant des épididymes à la prostate. Ils s'élargissent en ampoules déférentielles avant de traverser la prostate.
5. **Les vésicules** séminales sont abouchées aux ampoules déférentielles. Elles produisent un suc épais qui protège et nourrit les spermatozoïdes.
6. **La prostate** est une glande située sous la vessie. Elle sécrète un suc qui fournit aux spermatozoïdes un environnement favorable à leur conservation dans le vagin.
7. **Le pénis** est l'organe érectile masculin destiné aux rapports sexuels.
8. **L'urètre,** situé dans le pénis, est à la fois le canal d'éjaculation et le canal urinaire.
9. **Les glandes de Cowper** : sont des petites masses situées au niveau du bulbe urétral, et dont la sécrétion neutralise les restes d'urine pouvant se trouver dans l'urètre avant l'éjaculation.

Figure N°4 : Organes sexuels masculins : coupe sagittale



2.3. Définition du cycle menstruel

Le cycle menstruel est la période qui va du premier jour des règles au dernier jour qui précède les prochaines règles.

2.3.a. Les phases du cycle menstruel suivant le schéma décrit ci-dessous

- Un influx nerveux part de l'hypothalamus et agit sur l'ante hypophyse en déclenchant la sécrétion des hormones hypophysaires : FSH/LH.
- FSH agit au niveau de l'ovaire en stimulant la croissance du follicule ovarien. Celui-ci va secréter les oestrogènes en quantité croissante au fur et à mesure que le follicule mûrit. Ces oestrogènes entraînent la prolifération de l'endomètre. C'est la phase folliculinique ou proliférative ou œstrogénique.

- La LH déclenche avec la FSH l'ovulation et transforme le reste du follicule en corps jaune. Ce corps jaune secrète la progestérone, c'est la phase progestéronique ou sécrétoire ou lutéale. En absence de fécondation, le corps jaune dégénère et se décolle de la paroi utérine, les règles apparaissent

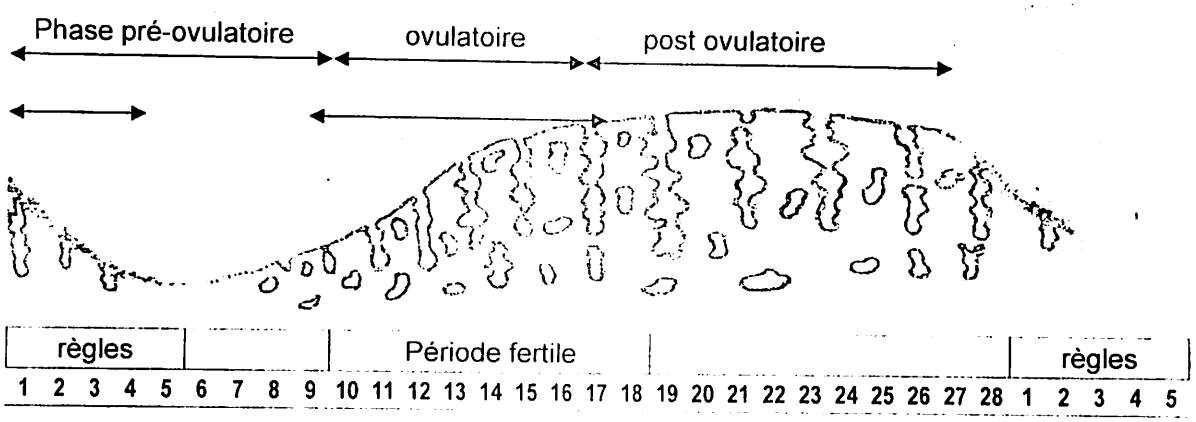


Fig. 4 : Les variations de l'endomètre utérin pour un cycle de 28 jours par exemple (Coupe histologique de l'endomètre au cours des différents cycles

Les organes et leurs fonctions au cours de différentes phases du cycle menstruel

Organes	Phase oestrogénique	Phase progestéronique
Hypophyse antérieure	Production de FSH et LH (Sécrétion de FSH domine)	Production de FSH et LH (Sécrétion de LH domine)
Ovaires	Croissance des follicules Sécrétion d'œstrogène	❖ Production de corps jaune après libération de l'ovule ❖ Sécrétion de progestérone ❖ Vers la fin diminution d'oestrogène et de progestérone.
Endomètre	Prolifération de l'endomètre	❖ Arrêt de prolifération de l'endomètre ❖ Sécrétion de nutriments pour un éventuel ovule fécondé ❖ Destruction des cellules endométriales en cas de manque de fécondation.
Col	❖ Fermé au départ ❖ Augmentation progressive de la quantité de la glaire. Elle devient: claire, élastique, propice au passage des spermatozoïdes.	❖ Fermé ❖ Diminution de la glaire entraînant des pertes collantes, épaisses ❖ Non pénétrable par les spermatozoïdes.
Température basale du corps	Température à son niveau le plus faible	Température légèrement supérieure à la normale jusqu'à la baisse totale des progestérones.

2.3.b. *Les hormones et leur rôle dans le cycle menstruel*

HORMONES	LIEU DE SECRETION	FONCTION PRINCIPALE
GnRF (gonadolibérine)	Hypothalamus	Régule la sécrétion de FSH et LH
FSH (Hormone folliculo-stimulante)	Hypophyse antérieure	Stimule la croissance des follicules ovariens. Stimule la sécrétion d'oestrogène dans les cellules des follicules ovariens
LH (Hormone lutéinisante)	Hypophyse antérieure	Déclenche l'ovulation. Convertit le follicule ovarien dominant en corps jaune après libération de l'ovule. Stimule la sécrétion de progestérone du corps jaune.
Oestrogène	Ovaire (follicule)	Favorise la croissance des vaisseaux sanguins dans l'endomètre et diminue la quantité d'endomètre qui sera évacuée. Favorise la maturation du follicule ovarien. Stimule le développement de la glaire cervicale fertile claire, limpide, élastique et glissante propice à la progression des spermatozoïdes. Les niveaux élevés entraînent une poussée de LH, déclenchant l'ovulation. Des niveaux très faibles poussent l'hypophyse antérieure à produire plus de FSH et LH. Détermine les caractères sexuels secondaires.
Progestérone	Ovaire (corps jaune)	Favorise le développement des vaisseaux sanguins et des glandes de l'endomètre, limite la quantité/volume de l'endomètre. Diminue la quantité de glaire cervicale produite et épaissit la glaire, de sorte que les spermatozoïdes ne puissent pas la pénétrer. Des niveaux élevés inhibent la sécrétion de GnRF et partant de FSH et LH. Soutient une grossesse au début. Protège contre le cancer du sein et de l'endomètre.

2.3.c. *Les hormones impliquées dans le cycle menstruel*

- *Hormones hypophysaires*

1) *FSH* : stimule au niveau de l'ovaire la croissance et la maturation du follicule qui secrète des oestrogènes
2) *LH* : Déclenche l'ovulation, éclosion de l'œuf au niveau de l'ovaire et stimule la sécrétion abondante de la progestérone par le corps jaune.

- *Hormones ovariennes :*

a. *Œstrogène* : Détermine le caractère sexuel féminin et maintient la prolifération de l'endomètre. Favorise la sécrétion de la glaire cervicale. Agit au niveau des seins aux 2 phases du cycle.

b. *Progestérone* : Détermine le caractère sexuel féminin et maintient la prolifération de l'endomètre au repos afin de favoriser la nidation et le développement de l'œuf.

2.3.d. Les mécanismes de la fécondation

La fécondation est un phénomène physiologique caractérisée par l'union de deux gamètes male et femelle pour former un œuf.

Les conditions d'une fécondation

Il y a plusieurs facteurs qui interviennent dans la fécondation, il s'agit de trois éléments importants suivants : ovulation, ovule et spermatozoïde.

1. Ovulation intervient 14 jours avant les prochaines règles ;
2. Ovule : garde son pouvoir d'être fécondé pendant 12 à 24 heures après sa libération ;
3. Le spermatozoïde : le pouvoir fécondant est de 5 jours pour un spermatozoïde.

A cela s'ajoute certains préalables anatomo-physiologiques :

a) Chez la femme
   - Perméabilité des trompes
   - Ovulation normale
   - Vagin capable de recevoir le pénis
   - Glaire cervicale normale et perméable
   - Endomètre réceptif

b) Chez l'homme
   - Spermatozoïde normal : quantité et qualité
   - Erection normale
   - Perméabilité des canaux

2.3.e. La production des spermatozoïdes

Le canal déférent qui s'étend depuis l'épididyme à la prostate transporte les spermatozoïdes. Ces derniers renforcés des secrétions provenant des vésicules séminales, des glandes de Cowper et de la prostate et constituent le liquide séminal du sperme. Le canal éjaculateur relie le canal déférent à l'urètre lequel à son tour évacue le sperme à l'extérieur. Après éjaculation, les spermatozoïdes gardent leur pouvoir de fécondation de l'ovule pendant 5 jours dans les voies génitales féminines.

Caractéristiques du sperme :

* **Le volume** moyen du sperme à l'éjaculation est de 3 à 5 ml. Le sperme a un aspect blanchâtre et lactescent.
* **La numération** de spermatozoïde. On distingue :

- L'azoospermie= absence de spermatozoïdes
- L'oligozoospermie= 1 à 2.000.000 spermatozoïdes
- L'hypozoospemie= 20 à 60.000.000 de spermatozoïdes
- La normozoospermie= 60 à 200.000.000/ml de spermatozoïdes.

* **La durée de vie** du spermatozoïde en moyenne est de 5 jours.
* **La mobilité** des spermatozoïdes est de 60 à 80% au bout de 3 à 6 heures, 10 à 15% après 24 h. Une mobilité de moins de 35% de spermatozoïdes au bout d'une heure indique une asthénospermie.

3. REFERENCES

- PNSR/GTZ, Guide technique de planification familiale, 2003
- Pathfinder, module de PF, 2003

CHAPITRE 3 : LA PLANIFICATION FAMILIALE ET LA COMMUNAUTE

0. INTRODUCTION

La planification familiale contribue à la réduction de la morbi-mortalité maternelle et infantile et au développement d'une nation.

Lorsque les soins de PF sont de bonne qualité, accessibles et durables, ils contribuent au bien-être de la mère, du père, de l'enfant, de la famille et de toute la communauté.

1. OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

1.1. Objectif spécifique

A la fin de cette unité, les participants seront capables d'expliquer au groupe cible les bénéfices et les valeurs de l'espacement des naissances dans l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant.

1.2. Objectifs opérationnels

Lorsqu'ils seront appelés à expliquer au groupe cible les bénéfices et les valeurs de l'espacement des naissances dans l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant, les participants devront être capables de :

- Décrire les avantages sanitaires, économiques et socio-affectifs de la PF sur la santé de la mère, de l'enfant, du père, de la famille et de la communauté,.
- Identifier les autres effets bénéfiques de la PF sur la santé

2. INFORMATIONS

2.1. Les avantages de la planification familiale

Avantages	Sanitaires	Economiques	Socio affectifs
Pour la mère	- Contribue à la réduction de la mortalité maternelle en : - Evitant les sollicitations multiples de la matrice et son épuisement - Permettant à l'organisme de la femme de se reposer et de se reconstituer - Favorisant l'espacement des naissances et évitant des grossesses non désirées et rapprochées - Evitant les complications dues aux grossesses rapprochées : rupture de la matrice, hémorragies, atonie de la matrice, prolapsus utérin, hypertension, etc - Evitant les complications dues aux avortements provoqués	- Permet à la femme de reprendre ses activités professionnelles et économiques - Lui évite des multiples congés de maternité et des absences répétées au travail	- Permet l'épanouissement sur le plan sexuel et sur le bien-être général - Lui permet de consacrer davantage le temps à son instruction et/ou son métier - Dispose du temps pour se faire une beauté - Est respectée et considérée dans le milieu
Pour l'enfant	- Contribuer à la réduction de la mortalité infantile en :	- bénéficie d'un bon encadrement (soins	- Bénéficie de l'affection

	– Réduisant le risque de naître avec un faible poids – Permettant l'allaitement maternel prolongé – Lui évitant des traumatismes – Bénéficiant d'un bon suivi des soins de santé et du calendrier vaccinal – Lui évitant les malformations congénitales (mongolisme)	médicaux, scolarité, alimentation, ...)	maternelle
Pour le père	– Lui garantit la bonne santé mentale – Lui évite la dépression psychique et les crises hypertensives dues à la survenue d'une grossesse non désirée.	– Diminution des dépenses occasionnées par les maladies – Répond aux besoins fondamentaux de la famille – Possibilité d'épargne – Possibilité de réaliser des projets (construire une maison)	– Dispose du temps pour sa famille
Pour la famille	– Garantit la santé familiale	– Permet d'assurer leurs responsabilités (nutrition, scolarité, logement, habillement, soins de santé) – Fait des économies ou améliore le revenu familial – Lui permet d'équilibrer la famille	– favorise l'harmonie conjugale
Pour la communauté / pays / société	– Réduction des taux de mortalité maternelle et infantile – Réduction des complications dues à la grossesse et à l'accouchement – Prévention des grossesses à risque – Réduction des avortements provoqués	– Assure une main-d'œuvre de qualité pour le développement de la communauté – Contribue à l'augmentation de la production	– Diminue les phénomènes sociaux comme « enfants de la rue », enfants « sorciers » – Diminution de la délinquance juvénile

D'une façon générale, les effets bénéfiques de la PF sur la santé peuvent être regroupés comme suit :

- Réduction importante de la mortalité et de la morbidité maternelle liées aux 4 trop :
  - Grossesses survenue trop tôt/ avant 20 ans
  - Grossesse survenue trop tard/ après 35 ans
  - Grossesses trop rapprochées/ intervalle intergénésique de moins de 3 ans
  - Grossesses trop nombreuses/ au delà de 6 enfants

- Réduction de la mortalité et de la morbidité chez les nourrissons et les enfants :
    - Globalement, une estimation de 14,5 millions de bébés et d'enfants au-dessous de 5 ans meurent chaque année principalement de maladies respiratoires et diarrhéiques compliquées par la malnutrition.
    - Plusieurs études faites montrent qu'un intervalle de deux ans au moins entre les naissances peut prévenir au moins 20% de ces morts chez les bébés et diminuer de façon significative, les effets dévastateurs de la morbidité chez ces enfants.

2.2. Autres effets bénéfiques de la PF sur la santé

- La PF sauve des vies
- Des études ont démontré que les contraceptifs oraux combinés (COC) ont d'importants effets bénéfiques non contraceptifs sur la santé. Ils sont connus pour diminuer l'incidence des maladies et troubles suivants :
    - Grossesse ectopique
    - Cancer de l'endomètre
    - Kystes ovariens
    - Maladie bénigne des seins
    - Saignement menstruel excessif et anémie associée
    - Crampes menstruelles, douleur et inconfort
- L'allaitement au sein protège les nourrissons contre la diarrhée et d'autres maladies infectieuses, de même qu'il protège la mère contre l'hémorragie du post-partum.
- Toutes les méthodes de PF aident les femmes qui ont le SIDA à éviter la grossesse et par conséquent, à ne pas parler d'enfants infectés par le VIH.

3. REFERENCES

- Curriculum de formation en IEC intégrée, cercle d'or, janvier 2002.
- Curriculum de formation, Introduction vue d'ensemble, Pathfinder International, novembre 1997.
- Planification familiale, Guide technique, PNSR/GTZ.
- Eléments de la Technologie de la contraception, Populations Reports, octobre 2000.

CHAPITRE 4 : DROITS DES CLIENTS ET BESOINS DES PRESTATAIRES

0. INTRODUCTION

Les services de PF sont un type de service de santé préventive. Par conséquent, les droits des clients de PF devront être vus dans le contexte global des droits des clients de n'importe quel service de santé.

La satisfaction de ces droits doit être une préoccupation majeure des prestataires de PF.

1. OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

1.1. Objectif spécifique

A la fin de cette unité, les participants devront être capables d'expliquer les droits des clients et les besoins des prestataires en matière de PF.

1.2. Objectifs opérationnels

Lorsqu'ils seront appelés à expliquer les droits des clients et les besoins des prestataires, les participants devront être capables de :

- Décrire les droits fondamentaux de tous les clients
- Décrire les besoins de prestataires de PF
- Expliquer les principes d'un programme de PF
- Identifier plusieurs manières de conseiller les hommes
- Aider les hommes à faire des choix responsables.

2. INFORMATIONS

2.1. Introduction aux droits des clients

Il y a plusieurs raisons pour lesquelles des individus ou des couples décident de commencer, de continuer ou d'arrêter de pratiquer la planification familiale :

- Désir de retarder une première naissance,
- Espacer les naissances,
- Avoir seulement le nombre d'enfants désirés.

D'autres personnes peuvent vouloir utiliser les services de PF pas tellement pour se protéger contre une grossesse non planifiée ou non désirée, mais pour d'autres raisons, tel leur désir d'en finir avec la grossesse ou pour la protection de leur santé sexuelle et de la reproduction. La PF a autant des rapports avec la sexualité et la protection de la santé qu'avec les décisions relatives à la procréation.

N'importe quel membre de la communauté en âge de procréer devra être considéré comme un client potentiel de PF qui a des droits à satisfaire.

2.2. Les droits fondamentaux des clients

1. Information : le droit de connaître les bénéfices et la disponibilité de la PF.
2. Accessibilité : le droit d'obtenir des services sans considération de sexe, de croyance, de couleur, d'état civil, ou de situation.
3. Choix : le droit de décider librement de pratiquer la PF et de choisir la méthode à utiliser.
4. Sécurité : le droit d'être capable de pratiquer la PF avec sécurité et efficacité.
5. Intimité : le droit d'avoir un environnement privé lors du counseling ou des services.
6. Confidentialité : le droit d'être assuré que les informations personnelles resteront confidentielles.
7. Dignité : le droit d'être traité avec courtoisie, considération et attention.
8. Confort : le droit de se sentir confortable en recevant les services.
9. Continuité : le droit de recevoir les services et l'approvisionnement en contraceptifs aussi longtemps que le besoin se fait sentir.
10. Opinion : le droit d'exprimer ses points de vue sur les services offerts.

2.3. Les besoins des prestataires

1. Formation : le besoin d'acquérir les connaissances, les compétences théoriques et pratiques approfondies
2. Informations : le besoin de posséder les informations appropriées, précises et complètes à mettre à la disposition des clientes
3. Les produits : le besoin d'avoir le plus grand éventail des méthodes de PF, une gamme variée de bonne qualité et en quantité suffisante
4. Etre guidé : le besoin d'une mise à jour sur les nouvelles technologies et de sa sécurisation professionnelle
5. Bonne infrastructure : le besoin d'être à l'abri des menaces, intempéries en possédant un cadre propre, aéré et confortable
6. Appui : le besoin d'être motivé positivement, de mériter une attention soutenue de la hiérarchie
7. Respect : le besoin de considération et d'être abordé avec égard
8. Encouragement : le besoin d'être félicité, conseillé, supervisé, appuyé et formé
9. Commentaires (feedback) : le besoin d'avoir les informations retour vis-à-vis des rapports fournis, supervisions subies et prestations
10. Opinion : le besoin d'émettre les avis sur le travail, attitudes des clients et qualité d'approvisionnement

2.4. Les principes d'un programme de PF

Un programme de PF valable est celui qui incorpore les quatre principes suivants :

- Le volontarisme,
- Le choix informé,
- Le plus grand éventail possible de méthodes de PF,
- L'intégration au sein d'un programme de service général de SMI.

2.5. Les besoins particuliers des hommes en counseling

Les hommes ont des besoins très particuliers de counseling et devront recevoir une attention spéciale des prestataires afin de les motiver à faire des choix responsables en ce qui a trait aux pratiques de santé reproductive. De même que les femmes préfèrent souvent parler à d'autres femmes au sujet de la planification familiale et des questions sexuelles, les hommes préfèrent souvent parler à d'autres hommes de ces questions.

- Les hommes ont besoin d'être encouragés pour supporter l'utilisation des méthodes de planification familiale par les femmes ou pour utiliser eux-mêmes la planification familiale.
- Les hommes souvent ont moins d'informations ou ont probablement de fausses informations sur les méthodes de planification familiale, l'anatomie mâle et femelle, aussi sur les fonctions reproductives parce qu'ils ont tendance à moins parler de ces questions que les femmes.
- Les hommes ont souvent de sérieuses conceptions erronées et des craintes que les méthodes de planification familiale auront un impact négatif sur leur plaisir sexuel et/ou performance.
- Les hommes souvent craignent que les femmes ne deviennent très libres si elles utilisent la planification familiale.
- Beaucoup d'hommes ne connaissent pas la façon correcte d'utiliser les condoms. Les prestataires devront toujours faire la démonstration de l'utilisation correcte d'un condom, en utilisant un modèle, si possible.
- Les hommes souvent, ne se sentent pas à l'aise pour fréquenter les services de santé, surtout s'ils desservent principalement les femmes. Les prestataires devront essayer de se rendre là où se trouvent les hommes afin de discuter de la planification familiale toutes les fois que cela est possible (par exemple : lieux de travail, bars, événements sportifs ; etc.).
- Il est important de parler aux HOMMES JEUNES (14-18 ans) de relation sexuelle responsable et pratiquée en toute sécurité avant qu'ils ne deviennent sexuellement actifs.

REFERENCES

- Pathfinder International, Module de formation des prestataires en PF, 2003

CHAPITRE 5 : COUNSELING EN PLANIFICATION FAMILIALE

0. INTRODUCTION

Les prestataires de structure de santé doivent être en mesure, non seulement d'appréhender les problèmes qui se posent au niveau de la communauté mais d'aider les clients à prendre conscience de ses problèmes.

Dans le contexte des services de planification familiale, le counseling est un entretien au cours duquel un prestataire aide un(e) client(e) à décider si il/elle veut pratiquer la planification familiale. Ainsi le counseling permet au client de choisir une méthode contraceptive qui lui est personnellement et médicalement appropriée, lui fait comprendre comment l'utiliser, et le rend capable de l'utiliser correctement pour une protection sûre et efficace.

1. OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

1.1. Objectif spécifique

A la fin de cette unité, les participants seront capables de conduire efficacement une séance de Counseling.

1.2. Objectifs opérationnels

Lorsqu'ils seront appelés à conduire une séance de Counseling, les participants seront capables de :

- Expliquer l'importance du Counseling
- Décrire les types de Counseling
- Définir les concepts : choix informé, consentement éclairé, communication
- Expliquer les différentes techniques et étapes de Counseling en PF
- Enumérer les qualités et attitudes d'un bon conseiller

2. INFORMATIONS

2.1. L'importance du counseling

- Satisfaction du client
- Adhérence du client à la méthode
- Assure le support nécessaire pour aider le client à continuer la méthode choisie
- Permet une bonne compréhension du client de toute la gamme des produits PF.

2.2. Les types de counseling en planification familiale

2.2.a. Le Counseling général

- a lieu habituellement à la première visite de planification familiale
- Les besoins des clients sont discutés
- Les craintes des clients sont abordées
- Les informations générales au sujet des méthodes/options sont données
- Les questions sont répondues
- Les conceptions erronées/mythes sont discutés
- La prise de décision, et le choix de la méthode commencent

2.2.b. *Le Counseling spécifique de la méthode*

- La prise de décision et le choix de la méthode sont faits
- Plus d'informations sur la méthode choisie sont données
- Les problèmes et les effets secondaires de la méthode sont discutés
- Le procédé de triage et les procédures sont expliqués
- Les instructions sur la manière et le moment d'utiliser la méthode sont données
- Discuter de ce qu'il faut faire si des problèmes surgissent
- Discuter quand revenir pour un suivi
- Dire au client de revenir à tout moment qu'il y a un problème en dehors du rendez-vous
- Le client devra répéter les instructions clés,
- Donner au client, quand ils sont disponibles, des feuillets/des informations à emporter chez lui
- Pour les méthodes naturelles, l'implication des deux partenaires est capitale pour une utilisation réussie. Le counseling met l'accent sur la gestion des jours féconds et sur l'importance de la communication sur la sexualité au sein du couple.

2.2.c. *Le Counseling de retour/Suivi*

- Les problèmes et les effets secondaires sont discutés et solutionnés
- L'utilisation continue est encouragée à moins d'existence de problèmes majeurs
- Les instructions devront être répétées
- Les questions du client sont répondues et ses craintes sont abordées

2.2.d. *Le Counseling individuel*

- Approprié quand l'intimité et la confidentialité sont nécessaires
- Accueillir d'une manière amicale
- Ecouter la raison de la visite du client
- Interroger le client sur son histoire de santé reproductive et son histoire médicale
- Interroger le client sur ses connaissances en planification familiale et expliquer les méthodes de PF, avec leurs avantages, leurs désavantages et les effets secondaires possibles
- Encourager les questions et aider le client à choisir une méthode
- Expliquer au client comment utiliser la méthode qu'il a choisie
- Demander au client de répéter les informations clés
- Programmer la prochaine visite

2.2.e. *Le Counseling de groupe*

- Approprié quand les clients sont plus à l'aise dans une situation de groupe ou quand un counseling individuel n'est pas possible
- Accueillir les clients d'une manière amicale
- Présenter les bénéfices de la planification familiale
- Susciter et discuter des rumeurs et des craintes concernant la planification familiale
- Discuter des méthodes de planification familiale et encourager les questions et la discussion de groupe
- Discuter sur la manière d'obtenir des méthodes appropriées

2.3. DEFINITION DES CONCEPTS

2.3.a. Le Choix Informé

C'est une partie intégrante du procédé de counseling et signifie qu'un (e) client(e) a le droit de choisir n'importe quelle méthode de planification familiale qu'il/qu'elle désire, choix basé sur une compréhension claire des bénéfices et des risques de toutes les méthodes disponibles, incluant l'option de ne pas choisir ou de ne pas adopter une méthode précise.

Afin de faire un choix réellement informé, le client a besoin de connaître:

* L'éventail de toutes les méthodes disponibles (ce qui suppose qu'une variété de méthodes sont actuellement disponibles, ou qu'un effort est fait dans ce sens)
* Les avantages et désavantages de chaque méthode
* Les effets secondaires possibles et les signes d'alerte
* Les précautions à prendre, basées sur son histoire médicale
* Les informations sur les risques de n'utiliser aucune méthode, tels que les risques associés à la grossesse/accouchement contre les risques associés avec l'utilisation des contraceptifs
* Comment utiliser la méthode choisie sûrement et efficacement.

2.3.b. Le Consentement éclairé

Le consentement éclairé implique qu'un client a été complètement conseillé sur toutes les composantes décrites dans la section du choix informé, et que se basant sur ces informations, il a librement et volontairement consenti à utiliser la méthode qu'il a choisie.

Il est particulièrement important quand un client choisit volontairement la contraception chirurgicale ou n'importe quelle autre méthode pouvant avoir de sérieuses complications pour un client particulier.

2.3.c. La communication verbale/non verbale

La communication est l'échange d'idées, d'informations et de pensées entre un émetteur et un récepteur.

Les prestataires de soins de santé ont besoin d'explorer les différents comportements verbaux et non verbaux qu'ils emploient quand ils communiquent avec les clients.

La communication non verbale est un mélange complexe et souvent inconscient d'actions, de comportements et des sentiments qui révèlent ce que nous ressentons vraiment au sujet de quelque chose.

La communication verbale est spécialement importante parce qu'elle communique aux clients le degré d'intérêt, d'attention, de chaleur et de compréhension que nous ressentons à leur égard.

2.3.d. Les signes positifs non verbaux incluent:

- Se pencher vers le client
- Sourire, ne pas être tendu
- Expression du visage témoignant de l'intérêt et de la sollicitude
- Maintenir le contact du regard avec le client
- Encourager les gestes de soutien comme opiner de la tête

2.3.e. *Les signes négatifs non verbaux incluent:*

- Jeter visiblement des coups d'oeil visibles à sa montre de temps en temps
- Se renfrogner
- S'asseoir les bras croisés
- S'adosser loin de la cliente.

2.4. TECHNIQUES DE COUNSELING

2.4.a. *La méthode « ROLES »*

Les prestataires devront se rappeler de « ROLES »quand ils communiquent avec les clients:

R = **Relaxation.** Détendre la cliente en utilisant des expressions du visage montrant de la sollicitude.
O = **Ouverture.** Délier la langue de la cliente en utilisant un ton de voix chaud et intéressé.
L = **Liaison.** Se pencher vers la cliente, ne pas s'éloigner d'elle.
E = **Encouragement.** Etablir et maintenir le contact du regard avec la cliente.
S = **Sourire**

L'importance d'utiliser l'éloge et l'encouragement.

Faire l'éloge signifie: exprimer son approbation, encourager un bon comportement, trouver les bonnes choses que le client a fait. Par exemple:

- Complimenter le client.
- Montrer que vous l'admirez et que vous vous souciez de son bien-être.
- Chercher quelque chose à approuver plutôt que quelque chose à critiquer.

Encouragement signifie: donner du courage et de l'assurance.

Donner de l'encouragement signifie: faire savoir au client que vous croyez qu'il/elle peut surmonter ses problèmes. Par exemple:

- Signaler les possibilités prometteuses.
- Rappelez-lui qu'il/elle s'aide déjà en venant à la clinique.

2.4.b. *La méthode « CLAIRE »*

Les prestataires devront toujours se rappeler d'être CLAIRE.

C = **Clair.** Etre **clair** et **simple**.
L = **Langage.** Utiliser un langage que la cliente peut comprendre.
A = **Attention.** Prêter attention à ce que la cliente est en train de dire.
I = **Information.** Demander la rétro-information a la cliente et reconnaître que ses craintes et opinions sont valables.
R = **Répéter.** Faire répéter aux clients les points clés dont vous leur aviez parlé, sur l'utilisation de la méthode.
E = **Encourager.** Encourager les clients en leur disant qu'ils seront capables d'utiliser la méthode contraceptive avec de bons résultats.

On n'insistera jamais assez sur l'importance d'utiliser un langage clair et simple.

Se rappeler de discuter des messages les plus importants en premier et en dernier lieu parce que de cette façon le client les retiendra mieux.

2.4.c. BERCER

Les étapes ci-dessous énumérées constituent la démarche du counseling, qui correspond à l'acronyme **BERCER**.

Etape 1 : Bienvenue

- Saluer avec respect et sympathie, offrir le siège ;
- Se présenter par son nom et qualification ;
- Dire à la personne que l'entretien est confidentiel.

Etape 2 : Entretien

- Demander d'exposer la raison de la visite ;
- Ecouter attentivement le client ;
- Encourager le client à continuer à parler ;
- Poser des questions pour mieux comprendre le problème du client ;
- Essayer de comprendre sans juger, garder la neutralité ;
- Ne pas interrompre le client quand il parle.

Etape 3 : Renseigner sur la méthode

- Demander à la personne de citer les méthodes qu'elle connaît ;
- Présenter les différentes méthodes contraceptives ;
- Montrer et donner à toucher les échantillons des méthodes citées ;
- Informer sur les méthodes disponibles au niveau du volontaire PF, des CS et au niveau des cliniques PF ;
- Dire si nécessaire les limites de ses compétences.

Etape 4 : Aider à choisir

- Demander la méthode que la personne voudrait utiliser.

Etape 5 : Expliquer l'utilisation

- Expliquer les notions essentielles pour l'utilisation ;
- Demander à la personne de répéter ce qu'elle a compris ;
- Vérifier ce qui n'est pas compris ;
- Reprendre avec patience les informations qui ne sont pas comprises ;
- Donner une documentation à emporter chez soi ;
- Dans le cas du condom, faire la démonstration avec le mannequin.

Etapes 6 : Retour et renforcement/Référer

- Référer si nécessaire le client ;
- Rappeler sa disponibilité pour une autre rencontre ;
- Remercier de l'entretien ;
- Ranger le matériel qui a servi pour le counseling.

2.5. Qualités et Attitudes d'un bon conseiller

2.5.a. Qualités

Un bon conseiller doit être capable de :

- Avoir des aptitudes à la communication interpersonnelle et connaître les techniques de counseling (BERCER)
  Etre accessible, et savoir gérer les réactions des gens
  Développer des capacités d'empathie : pouvoir s'identifier à quelqu'un, et ressentir ce qu'il ressent.
- Etre cohérent et exact
- Savoir connaître ses limites

2.5.b. Attitudes

Un bon conseiller doit observer les attitudes suivantes :

- S'intéresser au bien-être des autres ;
- Avoir du respect pour autrui (ponctualité, politesse...) ;
- Maîtriser les techniques d'écoute (contact visuel, attention, paraphrase, résumé...)
- Maîtriser les techniques d'expression (adaptation du niveau de langage, utilisation des questions ouvertes, expression de motivation.)
- Assurer la confidentialité ;
- Etre honnête et franc ;
- Mettre en confiance et avoir confiance en soi ;
- Etre ouvert et tolérant ;
- Faire preuve d'empathie, mais pas nécessairement de sympathie ;
- Etre clair et ferme ;
- Se mettre à jour régulièrement ;
- Respecter les croyances, les attitudes et les valeurs des autres ;
- Savoir remercier pour la confiance accordée.

3. REFERENCES

- Curriculum de formation des prestataires PF, Pathfinder International
- Curriculum de formation en IEC intégré des équipes de qualité des sites cercles d'or ; Raphaël Medang & Habibau Ouedrago, Janvier 2002.
- Curriculum de formation en SR, PNSR, 2003.

CHAPITRE 6 : CONSULTATION CLINIQUE POUR LA PLANIFICATION FAMILIALE

0. INTRODUCTION

Ce chapitre prépare le prestataire de services en planification familiale à assurer une meilleure prise en charge des clients suivant les étapes recommandées (BERCER) en PF.

1. OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

1.1. Objectif spécifique

A la fin de cette unité, les participants seront capables de conduire une consultation clinique en PF.

1.2. Objectifs opérationnels

Lorsqu'ils seront appelés à conduire une consultation clinique en PF, les participants devront être capables de :

- Conduire une anamnèse,
- Expliquer la pertinence de l'examen physique général et gynécologique en PF,
- Effectuer un examen physique général et un examen gynécologique,
- Expliquer à la cliente l'auto examen des seins

2. INFORMATIONS

La consultation clinique permet d'identifier les indications et les contre-indications à l'utilisation des méthodes contraceptives et d'assurer le suivi des clients.

2.1. Anamnèse

Il consiste à poser des questions au client sur son identité et à recueillir les renseignements en rapport avec sa santé actuelle et passée en se servant de la fiche de consultation PF.

Essentiellement il faut rechercher :

- L'identité du client
- Le motif de sa visite
- Les antécédents
- Le statut du client
- La méthode choisie

2.2. Examen physique et gynécologique

Certaines méthodes contraceptives exigent au préalable un examen physique et ou gynécologique. Dans ce cas, les prestataires doivent examiner les clients qui viennent pour la première fois en PF, les éléments sur lesquels ils doivent focaliser son attention sont :

2.2.a. Examen physique

- Observer l'état général ;
- Vérifier le poids et la tension artérielle et noter sur la fiche de consultation,
- Décrire brièvement les différentes étapes de l'examen au client

- Rechercher un éventuel handicap physique
- Examiner les conjonctives : recherche l'anémie, la jaunisse ou une exophtalmie
- **Examiner des seins** :

  Il est important d'expliquer à la cliente la périodicité de l'examen de seins au moment de l'enregistrement et chaque année et la fréquence de l'auto-examen (environ tous les mois après les règles).

  Technique de l'examen des seins

  a. La cliente est en position assise : les bras le long du corps, puis au dessus de la tête.

  a.1. Inspection : dimension (indique l'effet des oestrogènes), contour (ombres ou fossettes supposent la présence des masses) et mamelons (forme et secrétions)

  a. 2. La palpation des zones suspectes est faite quand la patiente est assise, s'il n'y en a pas, elle se fait alors quand la femme est couchée.

  b. La cliente en position couchée :

  - faire en sorte que la patiente soit confortable et couverte de la taille aux pieds ; placer le bras gauche de la patiente au dessus de la tête et examiner le sein gauche, en notant les ombres ou les rétractions ;
  - faire une division imaginaire du sein en quadrants ;
  - utiliser les parties plates de l'extrémité des doigts pour palper le tissu mammaire ;
  - utiliser les paumes des mains pour des larges zones du sein contre la cage thoracique ;
  - si le sein est flasque, examiner le tissu mammaire entre les deux mains ;
  - comprimer doucement le mamelon pour démontrer la présence ou l'absence de sécrétion, de lactation ou du sang ;
  - ramener le bras gauche de la cliente le long du corps et chercher sous le muscle pectoral, au niveau de l'aisselle, un nodule lymphatique élargi.
- Examiner l'abdomen à la recherche des cicatrices opératoires, distension ou masse abdominale, voir pilosité pubienne, palpation.
- Examiner les jambes : recherche d'œdèmes, des varices, de glandes inguinales, palper la zone inguinale pour vérifier un grossissement des glandes. Si elles ont grossi, en vérifier les causes, c'est-à-dire lésions sur les membres inférieurs et les organes génitaux.

2.2.b. *Examen gynécologique*

1. <u>Inspection des organes génitaux</u>

- Noter les traces de saignement, pertes vaginales, irritations, éruption (dartres, vésicule condylomes et folliculites), cicatrices, condylomes ou hypertrophie des glandes de Bartholin
- Séparer les grandes lèvres des petites lèvres
- Examiner la vulve pour voir s'il n'y a pas de gerçures, des pertes ou saignements, kystes de Bartholin ou autres enflures.
- Ecarter les petites lèvres, vérifier l'hymen. Si la cliente est vierge, ne vous préparez pas à effectuer l'examen au spéculum ou le toucher vaginal.
- Inspecter l'orifice urétral pour voir s'il n'y a pas de pertes ou des signes d'inflammation.

2. Examen au spéculum

A. Technique

1. Lubrifier le spéculum avant de l'introduire. Se servir uniquement de l'eau si on compte faire un frottis pour la cytologie ou la culture pour les gonorrhées. Autrement, tout lubrifiant peut être utilisé.
2. Tenir le spéculum fermé entre l'index et le majeur d'une main. Avec l'autre main, écarter les lèvres.
3. Introduire le spéculum de sorte qu'il glisse en oblique entre les lèvres vers le conduit vaginal.
4. Eviter d'appuyer sur le clitoris et l'urètre du fait de leur sensibilité. Soyez particulièrement prudent et éviter de pincer la peau et les poils entre les valves du spéculum.

   Quand les valves se trouvent à mi-chemin du conduit vaginal, le retourner dans le plan horizontal comme à l'habitude. Ouvrez doucement les valves à la recherche du col, en effectuant une petite pression vers le bas, sur la fourchette.
5. Avancer le spéculum doucement et lentement en direction du col. Lorsque les valves sont placées dans le cul-de-sac antérieur et postérieur, et qu'on aperçoit bien le col, visser le spéculum pour le maintenir en place.
6. Inspecter le col et la muqueuse vaginale pour voir

B. Investigation

- Etat du Col : lacération, ulcération, polypes, vésicules, coloration, pertes endocervicales ou saignement éventuel.
- Forme de l'orifice cervical externe : nullipare ou multipare
- Muqueuse vaginale : coloration, masse, pertes, odeur

  Aspect : mousseux, caséeux

  Couleur : jaunâtre, verdâtre et blanchâtre.

  La muqueuse vaginale sera examinée beaucoup plus soigneusement et de façon plus complète, lors du retrait du spéculum.

3. Toucher vaginal

A. Technique et investigations

1. Ecarter les lèvres avec les 2 doigts d'une main
2. Introduire les 2 doigts de la main qui examine bien au fond du vagin.

   N.B. : il est préférable d'introduire d'abord le médius qui appuie légèrement sur la fourchette postérieure ; puis l'index.
3. Demander à la cliente de tousser, chercher s'il y a incontinence d'urine éventuelle ou perte d'urine ou tuméfaction au niveau de la paroi antérieure ou postérieure (cystocèle ou urothrocèle)
4. A l'aide d'une pression vers le haut, avec les deux doigts qui examinent, exposer la paroi postérieure du vagin et demander à la cliente de tousser. Observer en même temps s'il y a une protubérance de la paroi vaginale, ce qui pourrait faire penser à un rectocèle.
5. Essayer de palper les glandes de Bartholin entre le pouce et les deux doigts introduits dans le vagin en balayant les doigts de la main effectuant le toucher le long de la base de la grande lèvre.

6. La paume de la main vers le haut, les 2 doigts introduits dans le vagin parcoure la muqueuse vaginale antérieure et s'enfoncent dans le cul-de-sac antérieur pour localiser le col.
7. Sentir le col avec la main qui examine, en marquant la position, taille, consistance et la dilatation.
8. Reconnaître toutes déchirures antérieures et la présence de kystes ou polypes aperçus lors de l'examen au spéculum.
9. Placer l'autre main sur l'abdomen et déplacer doucement vers le bas de l'abdomen au dessus de la symphyse pubienne et exercer une pression régulière vers le bas, le rôle de cette main est de maintenir les organes pelviens, afin de pouvoir les amener au contact avec les doigts placés dans le vagin.
10. A l'aide des doigts, situés à l'avant du col, soulever doucement la main vers l'autre main posée à la base de l'abdomen pour sentir la position de l'utérus, si elle est antérieure au col.
11. Si on ne sent pas l'utérus entre les deux mains, il peut se trouver tourné vers l'arrière et placé dans le Douglas. Dans ce cas, vous devez sentir l'utérus avec la face supérieure des doigts logés dans le cul-de-sac postérieur. Explorer soigneusement cette partie.
12. Si l'utérus n'est pas là, palper à l'avant puis placer les doigts introduits dans le vagin à l'arrière du col et soulever doucement le col (et l'utérus) vers la main placée sur l'abdomen. Ce mouvement peut identifier la posture de l'utérus comme étant en position antérieure ou médiane.
13. Dès que la position de l'utérus est identifiée, séparer les deux doigts en V, et à l'aide de ces deux doigts placés de part et d'autre du col, essayer de déterminer la configuration de l'utérus, en bloquant le corps de l'utérus avec la main placée à la base de l'abdomen.
14. Remarquer la taille, la forme, la consistance, la mobilité et la sensibilité éventuelle de l'utérus ou sa déviation vers la droite ou la gauche.
15. Poursuivre l'examen.
16. Avec les doigts dans l'un des culs-de-sac latéraux, pousser le col du côté opposé, si la cliente ressent une douleur, cela signifie qu'il y a une inflammation dans l'annexe. Manipuler soigneusement le col dans tous les sens pour déceler toute anomalie.
17. Retirer les doigts du vagin doucement et palper l'urètre contre la face interne de la symphyse pubienne. Exercer une pression vers le bas et vers l'extérieur pour exprimer toutes les sécrétions des glandes de Skène et l'urètre, effectuer un frottis ou une culture au cas où il y aurait des sécrétions.

2.2.c. Après les examens

- Enregistrer tous les constats de l'examen physique sur la fiche. Inscrire en rouge ou souligner toutes les anomalies constatées.
- Demander les examens complémentaires si nécessaire
- Informer la cliente des résultats des examens et l'aider à faire un choix informé des contraceptifs puis administrer la méthode appropriée.
- Enregistrer la méthode contraceptive appropriée et tout traitement avec des médicaments dans la colonne traitement de la fiche d'enregistrement.
- Fixer le RDV ou référer chez le médecin ou à l'échelon supérieur pour tous cas d'anomalie.

3. REFERENCES

- Pathfinder International, Consultation en PF Module des prestataires, 2000.
- PNSR-GTZ, Guide technique de PF.
- PNSR-UNFPA, Module de formation en SR, 2003

CHAPITRE 7 : CONSULTATION POUR INFECONDITE ET STERILITE

0. INTRODUCTION

L'infécondité constitue l'une des causes fréquentes de consultation en gynécologie, *environ 10%* des couples sont affectés. Cette affection se retrouve souvent dans la tranche d'âge de 20 à 30 ans, période où les femmes sont les plus aptes à procréer.

1. OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

1.1. Objectif spécifique

A la fin de cette unité, les participants doivent être capables d'identifier et d'orienter des cas d'infécondité, infertilité et/ou de stérilité.

1.2. Objectifs opérationnels

Lorsqu'ils seront appelés à prendre en charge les cas d'infécondité et/ou de stérilité, les participants devront être capables de :

- Définir les concepts,
- Identifier les causes de l'infécondité, infertilité et de stérilité,
- Référer les cas si nécessaire.

2. INFORMATIONS

2.1. Définition des concepts

2.1.a. Stérilité :

Absence de conception pendant un an chez un couple ayant des rapports sexuels non protégés et effectués correctement sur le plan technique et à intervalles normaux.

a. Primaire : de naissance
b. Secondaire : acquise après un accouchement ou un avortement, IST chez la femme et chez l'homme.

2.1.b. Infécondité :

Quand une femme ne parvient pas à mener sa grossesse à terme

2.1.c. Infertilité :

Impossibilité pour une femme de mener une grossesse jusqu'au terme de la viabilité fœtale (aux environs de la 28ème semaine). Il s'agit donc de femmes qui ont présenté des fausses couches dans leurs antécédents, ou des accouchements prématurés. En clinique, la durée de la stérilité sera précisée, et en ce qui concerne l'infertilité, le nombre de fausses couches (avortements spontanés) consécutives.

2.2. Les causes de l'infécondité et de la stérilité

2.2.a. Chez la femme

Les causes se situent à tous les niveaux de la reproduction, c'est-à-dire de l'axe hypothalamo-hypophyso-ovarien ainsi que sur la voie génitale, ces causes peuvent être d'ordre mécanique (15%), trouble de l'ovulation (20%), insuffisance cervicale fonctionnelle (10%) et l'endométriose (5-15%).

Il existe également d'autres facteurs :

1. *Facteurs vulvo-vaginaux*
   - Mécanique : aplasie vaginale, imperforation hyménale, cloisonnements transverses, dyspareunie.
   - Chimique : acidité anormale du vagin
   - Infection vaginale

2. *Facteurs cervicaux*
   - Mécanique : sténose cervico-isthmique, corrisation, curetage abrasif de l'endomètre
   - Infection : la glaire infectée et peu abondante, opaque, impropre à la pénétration des spermatozoïdes.

3. *Facteurs utérins*
   - Malformations utérines (utérus bicorne, utérus didelphe..)
   - Hypoplasie utérine
   - Fibrome utérin
   - Synéchies utérines (d'origine tuberculeuse ou post-curetage)
   - Destruction de l'endomètre – endométrite
   - Adénomyose = endométriose interne du myomètre
   - Polypes

4. *Facteurs tubaires*
   - Endosalpingite post-IST ou post-partum ou abortum
   - endométriose tubaire
   - adhérences péri tubaires et péri ovariennes
   - obstructions tubaires (gonococcique, tuberculeuse)

5. *Facteurs endocriniens*
   - Agénésies hypoplasie ovarienne
   - Destruction ovaire (ovariectomie, irradiation)
   - Tumeurs endocrines de l'ovarienne
   - Iatrogènes : absorption de certains médicaments (COC, DMPA, Sulfamides....)
   - Maladie de cushing
   - Hyperandrogénies surrénales congénitales
   - Insuffisances thyroïdiennes ou surrénales
   - obésité
   - toute maladie générale débilitante
   - hyperprolactinémie

2.2.b. Chez l'homme

Elles se situent à tous les niveaux de la reproduction, c'est-à-dire dans tout l'axe hypotalamo-hypophyso-testiculaire ainsi que sur la voie génitale excrétrice.

Elles sont regroupées en 4 classes :

1) Causes génétiques (aberration chromosomique)
2) Causes endocriniennes (hypogonadisme hypogonadotrophique, hyperplasie surrénalienne congénitale, diabète sucré)
3) Causes infectieuses : infections génitales (IST, oreillons), tuberculose.
4) Causes diverses (chaleur excessive et prolongée au niveau des testicules, irradiation, drogues : tabac, stress, impuissance)

Théoriquement, le nombre des facteurs responsables de la stérilité est très nombreux. En réalité, quelques causes reviennent plus souvent que d'autres.

Ainsi, l'infertilité féminine dans nos pays est dominée à plus de 75% par les obstructions tubaires secondaires aux infections sexuellement transmissibles tandis que l'infertilité masculine est souvent causée par l'insuffisance testiculaire.

Dans 25 à 30% des couples non fertiles, il n'existe pas seulement une cause d'infécondité mais plusieurs chez l'un ou les 2 partenaires.

2.3. INVESTIGATION EN CAS D'INFECONDITE ET DE STERILITE

Plusieurs investigations peuvent être réalisées en cas d'infécondité et de stérilité. Dans le cadre de consultation en PF, le prestataire a pour rôle d'identifier l'infertilité et la stérilité raison pour laquelle pour une meilleure orientation par le prestataire, nous nous limitons aux aspects ci-après ;

1. Etablir l'anamnèse :
   - Identité (âge,...)
   - Antécédents médicaux (chirurgicaux, gynécologiques, obstétricaux)
2. Faire un examen physique complet de l'homme et de la femme :
   - Examen général
   - Examen gynéco obstétrical : sein, vulve, vagin, col, utérus, annexes.
   - Pénis, testicule
   - Massage prostatique
3. Procéder aux examens para cliniques
   - Tests inflammatoires
   - Spermogramme (2 x)
   - Sédiment urinaire
4. Traiter les cas d'infécondité et de stérilité

   Les propositions de conduite thérapeutique peuvent commencer après l'examen clinique. Un traitement anti-infectieux peut être instauré (Cf. Guide de prise en charge des IST)
5. Référer les cas d'infécondité

   Selon le plateau technique, référer à la maternité de référence ou à l'Hôpital Général de Référence pour une meilleure prise en charge.

3. REFERENCES

- Pratique et gestion de la planification familiale dans les pays en voie de développement, E.WOLLAST et M. VEKEMANS, De Boeck, 1993

MODULE II : LES METHODES CONTRACEPTIVES

CHAPITRE 1 : GENERALITES SUR LES METHODES CONTRACEPTIVES

0. INTRODUCTION

L'offre d'un grand choix de méthodes de planification est essentielle à tout programme de planification familiale qui essaie de procurer des services de qualité à ses clients

Chaque méthode a son propre mécanisme d'action, son efficacité, ses avantages et désavantages ainsi que le profil des utilisateurs. En se familiarisant avec ces méthodes, les prestataires de services peuvent offrir un large éventail des services et des références à leurs clients.

1. OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

1.1. Objectif spécifique

A la fin de cette unité, les participants doivent être capables d'expliquer les généralités sur les méthodes contraceptives.

1.2. Objectifs opérationnels

Lorsqu'ils seront appelés à expliquer les généralités sur les méthodes contraceptives, les participants devront être capables de :

- Identifier les types de méthodes contraceptives
- Enumérer les différentes méthodes pour chaque type identifié;

2. INFORMATIONS

2.1. Types des méthodes contraceptives

- Méthodes traditionnelles
- Méthodes modernes

2.2. Les différentes méthodes contraceptives

2.2.a. Méthodes traditionnelles

- Abstinence périodique
- Coït interrompu

2.2.b. Méthodes modernes

2.2.b.1. <u>Méthodes naturelles</u>

- Méthode d'allaitement maternel et aménorrhée
- Méthode des jours fixes
- Méthodes d'auto observation :
  - Méthode de calendrier
  - Glaire cervicale
  - Palpation du col
  - Température basale

2.2.b.2. <u>Méthodes artificielles</u>

1. Méthodes hormonales

1. Contraceptifs oraux combinés
   - Combinés normodosés
   - Combinés faiblement dosés
   - Combinés fortement dosés
   - Combinés monophasiques
   - Combinés biphasiques
   - Combinés triphasiques
2. Contraceptifs oraux progestatifs ou minipilules
3. Contraceptifs progestatifs injectables et implantables
   - DMPA (Acétate de medroxyprogésterone retard).
   - NET EN (énanthate de norethistérone ou énanthate de norethindrone),
   - Implants : Norplant, Jadelle, Implanon

2 Dispositif intra utérin ou stérilet

- Dispositif intra utérin T en cuivre, T Cu -380 A,
- DIU au lévonorgestrel
- Boucle de Lippes (DIU inerte)

3. Condoms (condom masculin et condom féminin)

4. Les spermicides

- Comprimés spermicides
- Crème et gelée spermicides
- Mousse spermicide
- Les ovules vaginaux

5. Contraception chirurgicale volontaire (CCV)

- ligature des trompes ou ligature tubaire
- vasectomie

3. REFERENCES

- Family Planning: A global handbook for providers. OMS/USAID, 2007

CHAPITRE 2 : LES CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINES (COC)

0. INTRODUCTION

Les femmes qui emploient des contraceptifs oraux avalent chaque jour une pilule pour empêcher la survenue de la grossesse. Les contraceptifs oraux combinés renferment des hormones analogues aux hormones naturelles sécrétées par la femme un œstrogène et un progestatif

PRESENTATION

- Plaquettes de 28 comprimés dont 21 comprimés actifs contenant des hormones et 7 comprimés contenant du fer en grandeurs différentes.
- Plaquette de 21 ou 22 pilules sans comprimés en fer.

1. OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

1.1. Objectif spécifique

A la fin de cette unité, les participants doivent être capables d'administrer en toute sécurité les contraceptifs oraux combinés dans une clinique ou dans un service à base communautaire.

1.2. Objectifs opérationnels

Lorsqu'ils auront à administrer les contraceptifs oraux combinés, les participants devront être capables de :

- Expliquer les messages clés relatifs aux COC ;
- Décrire le mécanisme d'action, l'efficacité et les interactions médicamenteuses des COC ;
- Expliquer les avantages et désavantages des COC ;
- Citer les indications d'utilisation des COC ;
- Décrire les conditions influant sur l'utilisation des COC
- Identifier les COC généralement disponibles ;
- Utiliser la liste de contrôle des COC pour le bilan des clientes ;
- Identifier et prendre en charge les effets secondaires et les signes d'alerte associés aux COC ;
- Répondre aux questions les plus courantes sur les COC ;
- Donner des instructions aux nouvelles utilisatrices
- Effectuer des visites de suivi

2. INFORMATIONS

2.1. Messages clés

0. La satisfaction augmente chez les utilisatrices de COC quand les clientes participent activement au procédé de counseling.
1. Les COC sont sans danger, efficaces et réversibles.
2. Les avantages non contraceptifs des COC sont significatifs. Les règles sont moins abondantes et de courte durée, les crampes menstruelles diminuent et parfois l'anémie s'améliore.

3. Les COC peuvent être utilisés pendant toute la vie reproductive des femmes aussi longtemps qu'elles n'ont pas de conditions médicales ou autres caractéristiques interdisant l'utilisation
4. Les COC ne protègent pas contre les IST/VIH/SIDA.
5. Les COC ne sont pas recommandés aux femmes allaitantes pendant les 6 premiers mois d'allaitement.

2.2. Mécanisme d'action, efficacité, avantages, désavantages et effets secondaires

Mécanisme d'action	♦ Inhibe l'ovulation ♦ Epaissit la glaire cervicale, en empêchant ainsi le passage des spermatozoïdes
Efficacité	99,7 %
Avantages	• Très efficace • Sans danger pour la plupart des femmes • Réversible • offre d'autres avantages non contraceptifs
Désavantages	• Prise quotidienne • Peut entraîner les effets secondaires • Réduit la quantité du lait maternel • N'offre aucune protection contre les IST/VIH-SIDA
Effets secondaires	• Maux de tête légers, nausée, parfois vomissement, léger gain de poids, engorgement des seins • Très rarement : coagulation sanguine
Signes d'alarme	• Maux de tête graves • Troubles visuels • troubles de la parole • Jaunisse au niveau des yeux • Parfois crises épileptiques • Douleur à la poitrine • Parfois on peut cracher le sang • Fortes douleur abdominale • Lourdeur des mollets à la jambe • Faiblesse d'un coté de l'organisme • Gain exagéré du poids

2.3. Profil de l'utilisatrice

Une femme :

- Désirant une méthode efficace et réversible ;
- Qui n'allaite pas ;
- Qui allaite un bébé de plus de 6 mois ;
- Qui a des antécédents de kyste ovarien fonctionnel bénin ;
- Ayant des antécédents familiaux de cancer ovarien ;
- Qui a des graves symptômes du cycle menstruel ;
- Ayant des cycles menstruels irréguliers ;

2.4. Critères d'éligibilité (conditions influant sur l'utilisation)

Poser à l'éventuelle (cliente) utilisatrice de COC des questions suivantes :

1. Avez-vous un retard des règles ou pensez-vous être enceinte ?
2. Allaitez-vous actuellement un bébé âgé de moins de 6 mois ?
3. Avez-vous des graves problèmes de cœur ou des vaisseaux sanguins?
4. Fumez-vous et avez-vous plus de 35 ans ?
5. Avez-vous des maux de tête sévères qui provoquent des troubles de vision ou une perte de vision temporaire ?
6. Souffrez-vous de l'hypertension ?
7. Avez-vous des varices aux membres inférieurs et ou des troubles cardiaques ?
8. Souffrez- vous du diabète (taux élevé de sucre dans le sang) ?
9. Avez-vous déjà souffert d'un cancer du sein ?
10. Souffrez-vous de fois de l'ictère (jaunisse) ?
11. Etes-vous sous traitement contre la tuberculose, l'épilepsie ou contre les mycoses ?

    Si la cliente répond **oui** à une des questions posées, la référer et lui donner les condoms ou les spermicides qu'elle pourra utiliser en attendant sauf pour la question 2 et 4.

    Si la cliente répond non à toutes les questions sus mentionnées, continuer avec les questions ci après :

12. Avez-vous des saignements inhabituels entre les règles ou après les rapports sexuels?

    Si la cliente répond oui, elle peut utiliser les COC, mais il faut la référer à la clinique/médecin pour une évaluation plus poussée des ces saignements. Continuer avec les questions :

13. Vos dernières règles ont-elles commencé au cours des 7 derniers jours ?
14. Avez-vous déjà eu vos règles depuis l'accouchement ?
15. Vous êtes-vous abstenue de rapports sexuels depuis vos dernières règles ou depuis que vous avez accouché ?
16. Avez-vous accouché au cours des 4 dernières semaines ?
17. Avez-vous fait une fausse couche ou subi un avortement au cours de 7 derniers jours ?
18. Utilisez vous une méthode contraceptive fiable d'une manière correct et systématique ?

Si la cliente répond **oui** à l'une des questions 13 à 18 et qu'elle ne présente aucun signe ou symptôme de grossesse, vous pouvez être raisonnablement sure qu'elle n'est pas enceinte et peut utiliser les COC. Si la cliente dit NON à toutes les questions 12 à 18, on ne peut pas écarter la possibilité d'une grossesse. La cliente devra attendre ses règles ou passer un test de grossesse.

2.5. Contre-indications

1. Absolues
   - Grossesse
   - Saignements vaginaux inexpliqués avant évaluation.

2. Relatives
   - Femme qui fume et qui a plus de 35 ans ;
   - Femme qui allaite avant six mois post-partum ;
   - Femmes ayant des antécédents des maladies cardio-vasculaires ;
   - Saignements vaginaux inexpliqués avant évaluation ;
   - Cancer du sein actuel et passé ;
   - Hépatite virale évolutive ;
   - Cirrhose et tumeur du foie ;
   - Interactions médicamenteuses : médicaments agissant sur les enzymes du foie (rifampicine, phénytoine, carbamazepine, barbituriques, primadone).

2.6. Prise en charge des effets secondaires et quelques signes d'alerte

Problèmes	Prise en charge
Nausée	* Proposez de prendre la pilule le soir avant de se coucher.
Maux de tête non graves	* Proposez de prendre du paracétamol, l'aspirine ou ibuprofène.
Maux de tête graves	* Prenez la tension artérielle et cessez de lui donner les pilules combinées et offrez-lui une autre méthode comme : les mini pilules, les injections, le DIU, spermicides, condoms, implants...
Aménorrhée	* Est-elle sûre de ne pas avoir oublié des pilules et vérifiez si elle n'est pas enceinte. Si elle a pris ses pilules chaque jour, rassurez-la qu'elle n'est sans doute pas enceinte, et continuez la pilule. * Si elle a oublié de prendre les pilules, elle peut être enceinte, et il faut faire un test de grossesse ou un examen pelvien. Si elle ne présente aucun signe ou symptôme de grossesse, dis lui de continuer la pilule. Si il est impossible de vérifier qu'elle est enceinte, dis lui d'arrêter la pilule et d'utiliser une autre méthode comme le condom et/ou un spermicide jusqu'à ce qu'elle ait ses règles. Une fois qu'elle a ses règles elle peut continuer avec une nouvelle plaquette de COC.
Saignements au milieu du cycle qui ennuient la femme	* Demandez si elle a oublié de prendre la pilule ou si elle a eu des vomissements ou la diarrhée, insister qu'elle continue la prise du COC normalement * Mais cela peut aussi arriver à une femme qui a pris ses pilules tous les jours, apprécier l'importance du saignement et la rassurer
Tension artérielle au-dessus de 150/100 mm Hg	* Cessez de lui donner les pilules combinées et offrez-lui une autre méthode comme : les mini pilules, les injections, le DIU, spermicides, condoms,...

2.7. Contraceptifs oraux combines disponibles

NOMENCLATURE	OESTROGENE	PROGESTERONE
Néogynon.	0,05 mg	0,25 mg
Microgynon.	0,03 mg	0,15 mg
Duofem (Confiance)	0,03 mg	0,3 mg
Lofemenal	0,03 mg (éthynyl estradiol)	0,3 mg (norgestrel)
Ovral	0,05 mg (éthynyl estradiol)	0,5 mg (norgestrell)

2.8. Mode d'emploi

Prendre un comprimé chaque jour en commençant par le premier comprimé clair et en suivant la direction de la flèche jusqu'au comprimé brun.

Moment de commencer le COC

N'importe quel moment du cycle pourvu qu'on s'assure que la femme n'est pas enceinte :

1. Femme qui a ses règles ;
   - durant les 7 premiers jours après le début des règles.
2. Femme qui allaite ;
   - Six mois après l'accouchement
   - Après avoir cessé d'allaiter
3. Femme après accouchement mais qui n'allaite pas
   - 3 à 6 semaines après accouchement
   - Après 6 semaines n'importe quel moment si elle n'est pas enceinte
4. Femme après avortement ;
   - Durant les 7 premiers jours après avortement
   - Plus tard à n'importe quel moment si elle n'est pas enceinte
5. Femme qui arrête une autre méthode contraceptive, peut commencer immédiatement.

3. REFERENCES

- Family Planning: A global handbook for providers, OMS/USAID, 2007
- PNSR/GTZ, Guide technique de planification familiale, 2003
- Guide de formation et de référence à l'emploi de la Liste de contrôle pour commencer l'usage des COC, Family Health International, 2008

CHAPITRE 3: LES PILULES ORALES PROGESTATIVES

0. INTRODUCTION

Les contraceptifs oraux progestatifs renferment de très petites quantités d'une seule hormone, un progestatif. Ils ne renferment pas d'œstrogène, on les appelle aussi minipilules.

PRESENTATION : Plaquette de 28 comprimés de mêmes grandeurs et de mêmes couleurs

1. OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

1.1. Objectif spécifique

A la fin de cette unité, les participants devront être capables d'administrer en toute sécurité les pilules orales progestatives (POP) dans une clinique PF ou dans un service à base communautaire.

1.2. Objectifs opérationnels

Lorsqu'ils seront appelés à administrer les POP, les participants devront être capables de :

- Décrire le mécanisme d'action et l'efficacité des POP ;
- Expliquer les avantages et désavantages des POP ;
- Citer les indications d'utilisation des POP ;
- Décrire les conditions qui affectent l'utilisation des POP ;
- Expliquer les messages clés relatifs aux POP
- Identifier et prendre en charge des effets secondaires et les signes d'alerte associés aux POP ;
- Répondre aux questions les plus courantes sur les POP ;
- Donner des instructions aux nouvelles utilisatrices
- Effectuer des visites de suivi

2. INFORMATIONS

2.1. mécanisme d'action, efficacité, avantages, désavantages et effets secondaires

Mécanisme d'action	• Inhibition de l'ovulation, mais pas dans tous les cycles • L'épaississement de la glaire cervicale, qui empêche le transport du spermatozoïde. • Rend l'endomètre impropre à la nidation
Efficacité	• Les POP sont efficaces à 99%. • L'efficacité augmente avec la prise de la pilule à la même heure chaque jour; • Il est important de signaler que l'oubli de prendre même une seule pilule peut rendre la méthode inefficace pour le cycle concerné ; • Le POP est efficace si sa prise commence dans les 5 premiers jours du cycle et aucune protection additionnelle n'est requise ; Si on commence la prise après le 5ème jour du cycle, le POP ne sera efficace qu'après sept jours de prise, d'où la cliente doit prendre une autre méthode complémentaire pendant 7 jours (i.e. préservatif) ou s'abstenir des relations sexuelles.
Avantages	• Hautement efficace quand l'utilisation est correcte ; • N'affecte pas l'allaitement au sein ; • N'augmente pas les risques de coagulation de sang ; • Diminue la douleur et le flux sanguin menstruel ; • Peut-être utilisé chez les femmes âgées de plus de 35 ans et qui fument ou

	chez les femmes hypertendues.
Désavantages	• Doit être pris chaque jour et à la même heure ; • Ne protège pas contre les IST/VIH-SIDA ; • Ne protège pas contre les kystes ovariens.
Effets secondaires	• Aménorrhée ; • Maux de tête, mais moins fréquents ; • Gain ou perte de poids ; • Changement d'humeur ; • Nausées, • Sensibilité des seins, moins fréquent). • Saignement fréquent chez les femmes qui n'allaitent pas. • Spotting

2.2. Indications

- Allaitantes après 6 semaines post-partum ;
- Souffrant d'effets secondaires liés à l'œstrogène des COC ;
- Souffrant d'hypertension ;
- Agées de plus de 35 ans, qui fument et qui veulent utiliser une méthode orale ;
- Souffrant d'anémie falciforme.

2.3. Contre-indications

a) Contre-indications absolues
- Grossesse confirmée ou soupçonnée
- Tumeur maligne de sein confirmé ou soupçonné.

b).Contre-indications relatives
- Allaitement au sein <6 semaines après l'accouchement
- Thrombose veineuse profonde/embolie pulmonaire
- Usages des médicaments anticonvulsifs ou anti-tuberculose.
- Jaunisse ou cirrhose du foie, hépatite virale
- Saignements vaginaux non expliqués avant évaluation

2.4. Prise en charge des effets secondaires et quelques complications

Problèmes	Prise en charge
Nausée	- Counseling - Demander à la cliente de prendre la pilule au coucher ou pendant le repas.
Maux de tête non graves	Rechercher des causes associées : paludisme, hypertension artérielle, sinusite, etc.
Sensibilité des seins	Counseling pour rassurer la cliente que la situation va passer avec le temps
Aménorrhée	Investiguer : exclure une grossesse ; si pas de grossesse faire le counseling.
Changement d'humeur	Counseling

2.5. POP Disponibles

Nomenclature	Dosage
Ovrette (Confiance)	0,075 mg
Exluton	0,50 mg
Microluton	0,03 mg

2.6. Mode d'emploi

Prendre un comprimé chaque jour à la même heure en suivant la direction des flèches.

Moment de commencer : A n'importe quel moment si on est sure qu'elle n'est pas enceinte :

1. *Femme avec règles :*
   - Durant les 5 premiers jours,
   - Si après 5 jours utiliser les préservatifs ou autre méthode non hormonale pendant les 2 jours suivant,

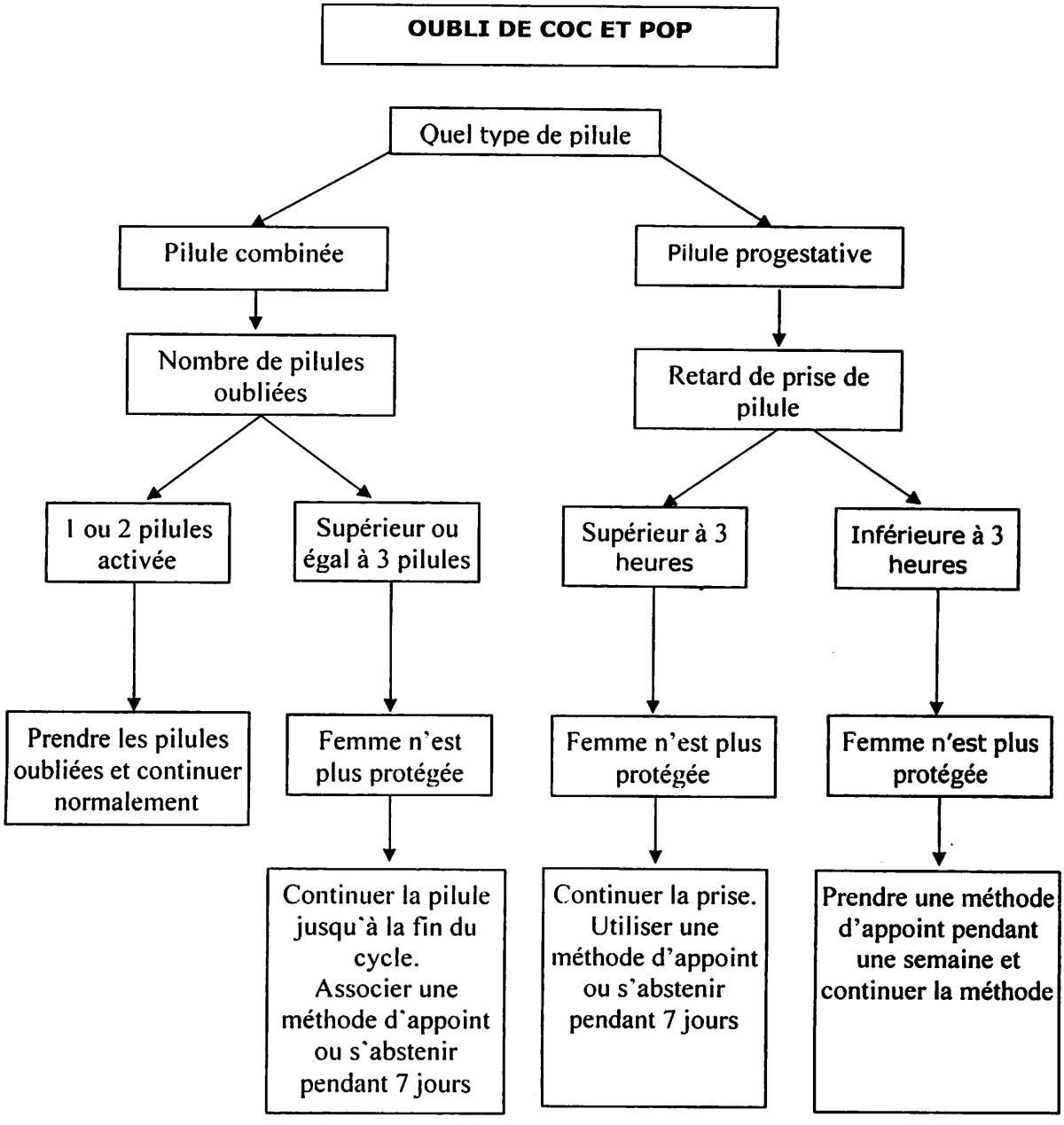
2. *Femme qui allaite :*
   - Dès 6 semaines après l'accouchement

3. *Femme qui a accouchée mais qui n'allaite pas :*
   - Immédiatement après l'accouchement
   - A n'importe quel moment durant les 4 premières semaines (Pas besoin d'attendre les règles,
   - Après 6 semaines rassurez vous q'elle n'est pas enceinte.

4. *Femme après accouchement :*
   - Immédiatement après l'avortement
   - Durant les 7 premiers jours depuis l'avortement,
   - Plus tard si pas de grossesse.

5. *Femme qui vient d'arrêter une autre méthode*
   - Peut commencer immédiatement

2.7. CONDUITE A TENIR DEVANT LES SITUATIONS SUIVANTES



3. REFERENCES

- Family Planning: A global handbook for providers, OMS/USAID, 2007

CHAPITRE 4: LA CONTRACEPTION D'URGENCE

0. INTRODUCTION

La contraception d'urgence est un moyen permettant d'éviter une grossesse après un rapport sexuel non protégé.

Ce procédé a un potentiel énorme pour être utilisé en tant que contraception post-coïtale sûre et efficace dans des situations spécifiques.

1. OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

1.1. Objectif spécifique

A la fin de cette unité, les participants doivent être capables d'administrer la contraception d'urgence en toute sécurité.

1.2. Objectifs opérationnels

Lorsqu'ils auront à administrer la contraception d'urgence, les participants devront être capables de :

- Définir le concept contraception d'urgence
- Décrire les deux méthodes hormonales utilisées en contraception d'urgence.
- Identifier les utilisatrices de la contraception d'urgence
- Conduire un counseling spécifique en contraception d'urgence.

2. INFORMATIONS

2.1. METHODES

2.1.a. COC

1. Mécanismes d'action

- Peuvent bloquer l'ovulation
- Peuvent modifier la motilité tubaire
- Modifient l'endomètre (mélange du mode de prolifération/sécrétion)

2. Efficacité

- Prévention de 98% des grossesses potentielles

3. Innocuité

- Pas de problèmes à long terme chez presque toutes les femmes
- Nausée (et vomissements) sont les effets secondaires à court terme les plus communs (dus à l'œstrogène)

4. Instructions d'utilisation comme contraception d'urgence

Préférablement :

Dose 1: Prendre 4 pilules d'un COC à faible dose (30 à 35 µg ethinylestradiol) par voie orale dans les 120 heures (5 jours) suivant un rapport sexuel non protégé (le plus tôt possible).

Dose 2: Prendre 4 pilules de plus 12 heures après la première dose.

Total = 8 pilules

Alternative :

Dose 1: Prendre 2 pilules d'un COC à dose élevée (50 µg ethinylestradiol) par voie orale dans les 120 heures suivant un rapport sexuel non protégé, (le plus tôt possible).

Dose 2: Prendre 2 pilules de plus 12 heures après la première dose.

Total = 4 pilules

2.1.b. *Pilule orale Progestative (POP)*

1. Mécanismes d'action

- Peuvent bloquer l'ovulation partielle
- Modifient l'endométriome (mélange du mode de prolifération/sécrétion)
- Peuvent modifier la motilité tubaire

2. Efficacité

- Prévention de 99% des grossesses potentielles

3. Innocuité

- Pas de problèmes à long terme chez presque toutes les femmes
- Moins de nausée (et vomissements) qu'avec les COC.

4. Instructions d'utilisation comme contraception d'urgence

Dosage: Prendre 2 pilules (750 µg de levonorgestrel, chacune) par voie orale dans les 120 heures suivant le rapport sexuel non protégé, le plus tôt possible.

Expliquer que la menstruation (saignement vaginal) peut survenir une semaine plutôt ou une semaine plus tard que prévu. Si elle est en retard avec ses règles de plus d'une semaine, la cliente devrait consulter la clinique ou le prestataire de services pour déterminer la présence possible d'une grossesse.

2.2. Profil des utilisatrices

La contraception d'urgence peut être utilisée en cas d'une relation sexuelle non protégée :

- en cas de viol
- en cas d'inceste
- au cas où l'état mental de la mère ne permet pas l'encadrement de la grossesse ni de la croissance de l'enfant
- en cas de déchirure du préservatif

2.3. Contre-indications

- Les femmes enceintes ou que l'on suspecte être enceintes.

2.4. Avantages

- Procure une protection contre la grossesse après des rapports sexuels non protégés.

2.5. Limitations

- La contraception d'urgence est efficace seulement si elle est utilisée dans les 120 heures (5 jours) qui suivent le rapport sexuel non protégé
- L'efficacité de contraception d'urgence diminue avec le temps ; c'est-à-dire elle devient moins efficace le cinquième jour après les rapports sexuels non- protégés que le lendemain après les rapports non protéges.
- Pas de protection contre les IST/VIH/SIDA

3. REFERENCES

- Family Planning: A global handbook for providers, OMS/USAID, 2007

CHAPITRE 5: LES CONTRACEPTIFS INJECTABLES

0. INTRODUCTION

Les contraceptifs injectables sont des contraceptifs à base de progestatifs à libération prolongée. Il existe deux types de contraceptifs injectables : l'acétate de medroxyprogestérone retard (DMPA) et énanthate de norethistérone ou énanthate de norethindrone (NET-EN).

Le DMPA est administré tous les 3 mois et renferme un progestatif analogue à l'hormone naturelle que produit la femme. L'hormone est libérée lentement dans le sang.

Le NET-EN (énanthate de norethistérone ou énanthate de norethindrone), est administré tous les 2 mois. Une grande partie des informations qui s'appliquent au DMPA s'appliquent aussi au NET EN.

1. OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

1.1. Objectif spécifique

A la fin de cette unité, les participants devront être capables d'administrer, en toute sécurité, le contraceptif hormonal injectable DMPA et NET EN dans une formation sanitaire.

1.2. Objectifs opérationnels

Lorsqu'ils seront appelés à administrer le contraceptif hormonal injectable DMPA et NET EN, les participants devront être capables de :

- Discuter des caractéristiques du DMPA et NET EN ;
- Expliquer le mécanisme d'action et l'efficacité du DMPA et NET EN ;
- Citer les avantages et les désavantages du DMPA et NET EN
- Citer les indications d'utilisation du DMPA et NET EN
- Identifier les précautions et autres considérations d'utilisation du DMPA et NET EN
- Enumérer les effets secondaires communs du DMPA et NET EN ainsi que les signes d'alerte;
- Informer du moment de la première injection
- Exécuter la technique d'injection du DMPA et NET EN
- Connaître quand commencer le DMPA et NET EN

2. INFORMATIONS

2.1. Présentation et mode d'administration

- Présentation

- Suspension stérile en flacon, contenant 150 mg d'acétate de medroxyprogestérone dans 1 ml, prêt à être utilisé (dose standard).
- Ampoule de 200mg d'énanthate de norethistérone (produit huileux) dans 1 ml.

- Mode d'Administration

- **Matériel et produits nécessaires :**
  - une dose de DMPA (150 mg) ou une ampoule de 200mg de NET EN ;
  - une seringue de 2 ou 5 ml et
  - un antiseptique,

- de l'ouate/coton hydrophile,
- savon et essuie tout
- paire dès gants.

- **Site d'injection :** muscle deltoïde et fessier

- **Technique d'injection :**
  - S'assurer de 4 justes
    - Avertir la cliente
    - Aspirer le produit
    - Délimiter le cadran et repérer le site
    - Désinfecter le site
  - Faire l'injection (terminer sans masser le site)
  - Jeter le matériel utilisé dans la poubelle imperméable

2.2. Mécanisme d'action, efficacité, avantages, effets secondaires

Mécanisme d'action	• Principalement en arrêtant l'ovulation (libération des ovocytes des ovaires) • Epaissit la glaire cervicale, ce qui rend difficile le passage des spermatozoïdes • Inhibe la nidation.
Efficacité	• Efficace à 99,7 % (pour utilisation correcte et systématique)
Avantages	• Très efficace ; • Pas d'effet sur la lactation ;; • Réduit le risque de l'anémie ferriprive ; • Prévient les crises douloureuses de l'anémie SS • Peut rendre moins fréquentes les convulsions chez les femmes épileptiques ; • Confidentiel et réversible ; • Peut être employé à tout âge de procréation; • Aucun effet secondaire du à un œstrogène ; • Réduit le risque des grossesses ectopiques, fibromes utérins et le cancer des ovaires
Désavantages	• Modification du cycle menstruel et du flux sanguin, • Peut occasionner un retard de retour de la fécondité de 3 à 4 mois après l'arrêt de la méthode, • Complication liée à l'injection, • Une fois injecté la méthode n'est peut pas être immédiatement interrompue
Effets secondaires	• Aménorrhée ; • Spotting ; • Saignements abondants • Un léger gain de poids (1 à 2 kg par an) • Changement d'humeur ; • Peut causer des légers maux de tête, des seins sensibles, des nausées ; une diminution de libido (dans ce cas conseiller le NET EN); • Acné chez certaines femmes

2.3. indications

- Femme en âge de procréer ;
- Femme allaitante dès 6 semaines après accouchement;
- Patiente de la drépanocytose ;
- Contre-indications relatives des autres méthodes ;
- Femme avec plusieurs antécédents d'oubli de la prise quotidienne des pilules;
- Femme avec hypertension légère.

2.4. Contre-indications

- Grossesse établie ou soupçonnée ;
- Cancers du sein ou des organes génitaux ;
- Saignements utérins non diagnostiqués (saignements anormaux) ;
- Femme avec jaunisse, hépatite virale, cirrhose grave, tumeurs hépatiques,
- Diabète avec complication vasculaire ou diabète installe depuis plus de 20 ans;
- Cardiopathie ischémique en cours et antécédents de cardiopathie ischémique
- Accident vasculaire cérébral
- TA >160/100
- Allaitement au sein : <6 semaines après l'accouchement

2.5. Prise en charge des effets secondaires

Problèmes	Prise en charge
Aménorrhée	- La rassurer que l'aménorrhée est normale pour les utilisatrices de DMPA et n'est pas dangereuse. La femme n'est ni stérile ni enceinte. - Lui expliquer que cela peut aider à empêcher l'anémie. - La rassurer : l'aménorrhée ne veut pas dire qu'elle ne peut pas devenir enceinte après avoir cessé de prendre le DMPA ni qu'elle a atteint la ménopause
Saignotement ou saignement	- Rassurer que le saignotement ou le saignement entre les règles est normal et très commun pendant les 3 premiers mois d'emploi du DMPA. - Si problème gynécologique soigner et continuer le DMPA

Saignement abondant ou prolongé (deux fois plus longtemps que ses règles ordinaires).	- Peut rarement survenir pendant la première année d'utilisation, rassurer la femme.
	- Si le saignement n'a sans doute pas d'autre cause et si rien n'élimine l'hypothèse d'un œstrogène :
	  - Recommander les aliments riches en fer, vitamine C ou E;
	  - Un contraceptif oral combiné à raison d'un comprimé par jour pendant 7 à 21 jours.
	  - Remarque : un curettage est interdit en cas d'hémorragie due au DMPA.

Prise de poids	- Rassurer la femme ; - Conseiller sur les habitudes alimentaires
Maux de tête sévères avec vision floue (Migraines)	- Si elle a développé des migraines durant l'utilisation de DMPA, arrête les injections et aidez la femme à choisir une autre méthode convenable.
Diminution de libido	- Rassurer la femme - Si elle insiste après conseils et n'est pas heureuse lui proposer une autre méthode convenable. - Deuxième possibilité de correction s'il n'y a pas d'insistance de la cliente, proposer le NET EN ou les oestroprogestatifs.

2.6. Contraceptifs disponibles

Contraceptif injectable	Rythme d'injection
DMPA (Depo-Provera) 150 mg dans 1 ml	Injection trimestrielle
NET EN (Noristerat) 200 mg dans 1 ml	Injection bimensuelle

Moment de commencer : A n'importe quel moment si on est sure qu'elle n'est pas enceinte :

1. *Femme avec règles :*
   - Durant les 7 premiers jours,
   - Si après 5 jours utiliser les préservatifs ou autre méthode non hormonale pendant les 2 jours suivant,

2. *Femme qui allaite :*
   - Dès 6 semaines après l'accouchement

3. *Femme qui a accouchée mais qui n'allaite pas :*
   - Immédiatement après l'accouchement
   - A n'importe quel moment durant les 4 premières semaines (Pas besoin d'attendre les règles,
   - Après 6 semaines rassurez vous q'elle n'est pas enceinte.

4. *Femme après avortement :*
   - Immédiatement après l'avortement
   - Durant les 7 premiers jours depuis l'avortement,
   - Plus tard si pas de grossesse.

5. *Femme qui vient d'arrêter une autre méthode*
   - Peut commencer immédiatement

3. REFERENCES

- Family Planning: A global handbook for providers, OMS/USAID, 2007
- Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives, OMS, 2005
- PNSR/GTZ, Planification familiale, Guide technique, 2003
- Guide de formation et de référence à l'emploi de la Liste de contrôle pour commencer l'usage de DMPA, Family Health International, 2008

CHAPITRE 6: LES IMPLANTS

0. INTRODUCTION

Les implants sont des contraceptifs sous forme des capsules ou bâtonnets renfermant un progestatif de la deuxième génération, analogue à une hormone naturelle produite par la femme. L'hormone est libérée très lentement par les capsules. Dans ces conditions, les capsules fournissent, à un rythme constant, une très faible dose. Les implants ne renferment pas d'œstrogène.

1. OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

1.1. Objectif spécifique

A la fin de cette unité, les participants seront capables d'administrer les contraceptifs implants en toute sécurité.

1.2. Objectifs opérationnels

Lorsqu'ils seront appelés à insérer les implants, les participants devront être capables de :

- Définir le concept des implants
- Décrire le mécanisme d'action
- Enumérer les avantages et les désavantages
- Identifier les effets secondaires et les signes d'alerte possibles
- Assurer la prise en charge des effets secondaires
- Insérer et retirer les implants en toute sécurité

2. INFORMATIONS

2.1. Type et présentation des implants

a) Type

Il y a 4 types, actuellement en RDC nous avons 3 types d'implants :

- Norplant
- Implanon
- Jadelle

b) Présentation

1. ***Norplant*** : Une méthode contraceptive utilisant un progestatif diffusé lentement à travers 6 capsules insérées sous la peau du bras avec une durée d'action de 5 à 7 ans.
2. ***Implanon :*** Une méthode contraceptive utilisant un progestatif diffusé lentement à travers 1 bâtonnet inséré sous la peau du bras avec une durée d'action de 3 à 4 ans.
3. ***Jadelle*** : Une méthode contraceptive utilisant un progestatif diffusé lentement à travers 2 bâtonnets insérés sous la peau du bras avec une durée d'action de 3 à 5 ans.

2.2. Compositions

1. ***Norplant*** est composé de levonogestrel 36mg
2. ***Implanon*** est composé d'éthonogestrel 68mg
3. ***Jadelle*** est composé de levonogestrel 75mg

2.3. Mécanisme d'action

- Empêche l'ovulation
- Epaissit la glaire cervicale
- Modifie l'endomètre

2.4. Efficacité : 99,9%

2.5. Avantages

- Très efficace,
- Longue durée d'action,
- Réversible avec retour immédiat de la fertilité,
- Peut être utilisé par les femmes allaitantes (plus de 6 semaines de post-partum)
- N'altère pas la qualité et la quantité du lait maternel

2.6. Désavantages

- Nécessite un prestataire de service formé pour l'insertion et le retrait
- Modification des règles (commune aux progestatifs)
- N'offre aucune protection contre les IST/VIH
- Peut occasionner un léger gain de poids
- Douleurs au site d'insertion

2.7. Contre indications

- Grossesse établie ou soupçonnée
- Interférence avec certains médicaments (antituberculeux, anti-inflammatoires, antiépileptiques)
- Femmes allaitantes (moins de 6 semaines de post-partum)
- Saignements vaginaux inexpliqués et non diagnostiqués
- Cf. contre indications des autres contraceptifs progestatifs

2.8. Effets secondaires

- Troubles des règles (spotting, aménorrhée, règles prolongées)

2.9. Prise en charge des effets secondaires et quelques complications

Problèmes	Prise en charge
Saignements irréguliers, surtout au début	Rassurez la femme que les règles irrégulières sont tout à fait normales chez les femmes qui utilisent les implants.
Saignements prolongés et excessifs	• Apprécier l'importance du saignement et examiner la femme. • Une plaquette des COC jusqu'à 3 cycles au maximum • Référer si nécessaire
Aménorrhée	- Rassurez-la femme, expliquer-lui que c'est normal pour une femme de ne pas avoir de règles pendant qu'elle utilise les implants. - Si elle veut absolument voir ses règles, enlever les bâtonnets de l'implant et l'aider à choisir une autre méthode.
Maux de tête graves avec troubles de vue ou difficultés pour parler. (Migraine avec aura)	• Arrêter la méthode • L'aider à choisir une autre méthode • Référer si nécessaire

Elle se plaint d'une douleur dans son bras au site où les implants sont insérés.	Envoyez-la à la personne qui a inséré les implants - s'il n'y a pas d'infection, mettez un bandage et rassurez-vous qu'il ne soit pas trop serré et donnez l'aspirine pendant quelques jours. - si le site est infecté mais il n'y a pas d'abcès : n'enlevez pas les bâtonnets des implants mais donnez un antibiotique pendant 7 jours et demandez à la femme de revenir dans une semaine. Si pas d'amélioration enlevez les implants. - s'il y a un abcès : incisez et drainez l'abcès et enlevez les implants. Donnez un antibiotique pendant 7 jours.
Elle a eu ses implants jusqu'à l'expiration de la durée de protection	• Retirer les implants • Insérer les nouveaux implants ou l'aider à choisir une autre méthode Remarques : si retrait difficile l'ancien implant peut rester dans son bras il n'est pas obligatoire de l'enlever
Douleur du bas-ventre	Examinez pour présence de kystes des ovaires, tumeurs, infection pelvienne, grossesse extra utérine, appendicite. - Si douleur à cause d'une grossesse extra utérine référez la femme et enlevez les implants - Si douleur à cause des kystes d'ovaires il n'est pas nécessaire d'enlever les implants. Rassurez la femme et dites-lui que les kystes ne sont pas une contre indication.

2.10. Techniques d'insertion

a) Insertion

a.1) Matériel

- Plateau stérile
- Champ stérile
- Champ fenêtre stérile
- Implants
- Anesthésie (xylocaïne 1% ou 2% sans adrénaline)
- Seringues 5 ml (2)
- Gants stériles
- Bistouri
- Compresses stériles
- Trocart
- Ciseaux
- Eventail + marker
- Désinfectant
- Godet stérile
- Bassin réniforme ou poubelle
- Sparadrap/bande
- Soutien du bras
- Eau propre, savon et essuie tout

a.2) Technique

a.2.1) Préparation

1. Demander si la cliente est allergique au produit anesthésique
2. Vérifier que tout le matériel est apprêté et stérile
3. Aider la cliente à laver soigneusement son bras et sa main avec de l'eau et du savon et à se mettre sur la table
4. Mettre un linge sec et propre sous le bras de la cliente (soutien du bras)
5. Déterminer l'endroit de l'insertion en mesurant 6 à 8 cm au dessus du pli du coude
6. Marquer des points sur les bras pour l'insertion et dessiner les ponts à l'aide de l'éventail
7. Ouvrir les emballages stériles des instruments et des implants et déposer les implants sur le champ stérile

a.2.2) Insertion

1. Se laver les mains avec de l'eau propre et du savon et les essuyer
2. Mettre les gants stériles
3. Séparer les capsules ou bâtonnets des implants
4. Désinfecter le site d'insertion en badigeonnant avec une solution antiseptique allant vers l'extérieur en mouvements circulaires sur 8 à 13 cm et laisser sécher à l'air
5. Placer le champ fenêtré stérile sur le bras
6. Injecter un anesthésique local juste sous la peau à l'endroit de l'incision
7. Avancer l'aiguille d'environ 4 cm sur les lignes de l'éventail et injecter 1 ml d'anesthésique local tout au long de la ligne (NB : utiliser les lignes 1, 3, 5 pour le Norplant)
8. Masser doucement pour disperser l'anesthésie et vérifier s'il y a effet anesthésique
9. Faire une incision superficielle de 2mm avec le bistouri juste sous la peau
10. Insérer le trocart à angle faible en soulevant la peau et en suivant les lignes de l'éventail jusqu'à la marque (1) près de la garde du trocart
11. Charger la première capsule dans le trocart et la pousser doucement vers le bouton du trocart à l'aide d'un mandrin jusqu'à ce qu'on sente une résistance
12. Tenir le mandrin fermement en place avec une main et retirer le trocart vers l'incision jusqu'à ce que la garde arrive au manche du mandrin et veiller à ce que la marque (2) près du bout du trocart apparaisse dans l'incision (ne pas retirer le trocart de l'incision)
13. Retirer le mandrin et changer la direction du trocart sur la ligne suivante d'environ 15 degré en suivant les marques sur la peau puis recharger une capsule et appliquer la même technique jusqu'à épuiser les capsules ou bâtonnets sur toutes les lignes de l'éventail
14. Ne pas retirer le trocart de l'incision tant que toutes les capsules ne sont pas insérées
15. Palper les capsules pour vérifier qu'elles sont toutes insérées et palper l'incision pour vérifier que les capsules sont éloignées de l'incision
16. Comprimer l'incision avec de la gaze pour arrêter les saignements
17. Faire un pansement et refermer avec un sparadrap
18. Donner à la cliente des instructions pour les soins de la plaie et autres situations nécessitant son retour au service PF

b) Retrait

b.1) Matériel

Se référer au matériel décrit au point II.10.a.1.

b.2) Technique

b.2.1) Préparation

1. Vérifier que tout le matériel est apprêté et stérile
2. Se laver soigneusement les mains et aider la cliente à laver soigneusement son bras et sa main avec de l'eau et du savon et à se mettre sur la table
3. Mettre les gants stériles
4. Préparer le site de retrait en en badigeonnant avec une solution antiseptique allant vers l'extérieur en mouvements circulaires sur 8 à 13 cm et laisser sécher à l'air
5. Injecter une petite quantité d'anesthésique local (2 à 3ml) juste sous la peau à l'endroit de l'incision et sous l'extrémité des capsules
6. Vérifier qu'il y a effet anesthésique

a.2.2) Retrait proprement dit

1. Faire une petite incision de 3 à 4 mm avec un bistouri au bout des capsules
2. Localiser la capsule la plus facile à retirer et la pousser doucement vers l'incision jusqu'à ce que le bout soit visible
3. Saisir l'extrémité de la capsule avec une pince anatomique pointue
4. Ouvrir l'enveloppe fibreuse avec de la gaze, la pince ou le bistouri pour exposer l'extrémité de la capsule
5. Saisir la capsule exposée avec la seconde pince et la retirer de l'enveloppe fibreuse et appliquer la même technique pour toutes les capsules
6. Après avoir retiré toutes les capsules, faire un pansement et le refermer à l'aide du sparadrap
7. Donner les instructions pour les soins de la plaie

3. REFERENCES

- Family Planning: A global handbook for providers, OMS/USAID, 2007
- Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives, OMS, 2005
- PNSR/GTZ, Planification familiale, Guide technique, 2003
- Carnet de stage pour le Norplant à l'intention des participants, JHPIEGO, 1993
- Carnet de stage pour le Norplant à l'intention des formateurs, JHPIEGO, 1993

CHAPITRE 7: LE DISPOSITIF INTRA-UTERIN

0. INTRODUCTION

Le dispositif intra-utérin (DIU) ou stérilet est un petit matériel ou dispositif flexible en plastic enroulé de cuivre et muni de fil qu'on insère dans la cavité utérine en passant par le vagin. C'est un moyen contraceptif d'une efficacité démontrée, réversible, peu contraignant avec durée d'action de 10 à 12 ans.

1. OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

1.1. Objectif spécifique

A la fin de cette unité, les participants devront être capables de prendre correctement en charge en toute sécurité les clientes ayant choisi le DIU comme méthode d'espacement de naissances.

1.2. Objectifs opérationnels

Lorsqu'ils seront appelés à insérer le contraceptif DIU, les participants devront être capables de :

- Donner la définition opérationnelle de DIU
- Citer les types de DIU
- Décrire le mécanisme d'action et l'efficacité
- Enumérer les avantages et les désavantages
- Enumérer les contre indications
- Enumérer les effets secondaires et les signes d'alerte
- Assurer la prise en charge des effets secondaires et signes d'alerte
- Insérer et retirer correctement le DIU

2. INFORMATIONS

2.1. Types de DIU :

Il existe 2 types de DIU : le DIU inerte (sans médicaments) et le DIU avec médicaments.

a) **Le DIU inerte (sans médicaments)** : Ils sont généralement en plastiques et/ou en acier inoxydable (Ex : Boucle de Lippes)

b) **Le DIU avec médicaments** : Ils sont en cuivre ou avec hormones (Ex : TCu 380A, TCu 220 c, 7 en Cu, Novat)

La plupart des DIU ont un ou deux fils qui leur sont rattachés. Ces fils qui sortent hors du col font office des « fils témoins »

N.B. Dans ce chapitre nous aborderons essentiellement le TCu-380A actuellement utilisé dans nos programmes.

TCu-380 A :

2.2. Présentation :

- T : forme
- Cu : Cuivre
- 380 : la surface du cuivre qui entoure le T
- A : Argent

2.3. Mécanisme d'action

- Empêche la fécondation
- Empêche la nidation
- Diminue la motilité des spermatozoïdes
- Diminue les effets péristaltiques des trompes
- Modifie l'environnement utérin en tuant les spermatozoïdes

2.4. Efficacité : 99,6%

Le TCu- 380A protège durant 10 à 12 ans

2.5. Indications

Femme :

- En âge de procréer qui désire une méthode contraceptive très efficace
- Qui allaite
- Obèse
- Qui fume aussi
- Qui ne tolère pas les hormones (l'œstrogène)
- Qui vient d'avorter, si pas preuve d'infections
- Sous antibiotiques/anticonvulsif
- Contre indiqué relativement aux hormones

2.6. Contre indications

- Les IST actuelles
- MIP aigues actuelles ou au cours de 3 derniers mois
- Ecoulement vaginal purulent actuel
- Couple à risque des IST
- Saignements vaginaux inexpliqués et non investigués
- Malformation utérine
- Post abortum septique
- Post partum de 48 heures à 6 semaines

2.7. Avantages

- Très efficace
- Longue durée d'action
- Peu coûteux
- Réversible
- N'interfère pas avec les rapports sexuels
- Pas d'interactions médicamenteuses
- N'altère pas le lait maternel

2.8. Désavantages

- Ne protége pas contre les IST/VIH SIDA
- Trouble des règles (Augmentation du flux menstruels et de la durée des règles pendant les 3 premiers mois, saignement ou saignotement entre les règles)
- Crampes utérines
- Expulsion
- Exige un prestataire formé pour l'insertion et le retrait
- Parfois perforation utérine
- Exige l'attention de la cliente pour la vérification des fils des temps en temps

2.9. Effets secondaires

- Douleur lors de l'insertion
- Saignement abondant pendant les règles et douleurs dans les 3 premiers mois de l'insertion
- Crampes utérines et saignements entre les règles.

2.10. Complications

- Grossesse ectopique
- Perforation utérine
- Maladies inflammatoires pelviennes (MIP)
- Syncope pendant l'insertion (choc vagale) et, bradycardie
- Adhérence du DIU

Signes d'alarme

- Saignement anormal : abondant, spotting, caillots
- Absence des règles
- Retard des règles
- Pertes vaginales
- Douleur ; dyspareunie
- Fièvre : frissons ou malaise général
- Disparition de fils
- Cassure des fils
- Aménorrhée
- Saignements abondants
- Ecoulement vaginal après quelques semaines de pose de DIU
- Expulsion du

2.11. Mode d'emploi

- Insertion dans l'utérus à l'aide d'un applicateur ou inserteur

3. TECHNIQUE PROPREMENT DITE

INFORMATIONS IMPORTANTES :

- Respecter l'asepsie, pour cela la technique de pose de DIU « sans toucher » est préférable
- Pour éviter le choc vagal (syncope pendant l'insertion), clamper le col entre 10h -14h ou 8h-16 h en considérant que le col utérin se présente comme un cadrant de la montre.
- Se rassurer du modèle de DIU à l'insertion et au retrait.

1. Insertion du DIU

a) Matériel

- Gants stériles
- Spéculums
- Pince sans dents ou pince porte tampon
- Désinfectant (la teinture d'iode, le chloroxylenol)
- Godet
- Compresses stériles
- Pince de Pozzi
- Hystéromètre
- Paire des ciseaux
- Plateau inoxydable
- Garniture stérile

b) Les séquences d'insertion

- Rassurez-vous que tout le matériel a été préparé (vérifier)
- Demandez à la cliente de vider la vessie
- Lavez vos mains à l'eau propre et au savon en ôtant tout ce qui orne vos mains, même l'avant bras
- Essuyez vos mains avec une serviette propre (respecter l'asepsie, pour cela la technique de pose de DIU « sans toucher » est indiquée)
- Portez les gants stériles
- Inspectez la vulve
- Désinfectez la vulve
- Effectuer un examen complet du bassin afin de :
  - déterminer la position et la taille de l'utérus
  - écarter la possibilité de grossesse, présence d'anomalies visibles et palpables, incluant les infections, les masses et les tumeurs, etc. normalement, nous commençons par l'inspection externe puis examen au spéculum (inspection interne) et enfin l'examen bimanuel. notez que dans cette technique l'examen au spéculum peut se faire après l'examen bimanuel pour deux raisons : limiter l'usage des spéculums et ne pas fatiguer la cliente
- Placez le spéculum (en allant en oblique d'abord puis bien ajuster, visualiser le col et le fixer en place)
- Désinfectez et badigeonnez le col et le vagin
- Clampez le col à la partie supérieure de l'orifice à l'aide de la pince de Pozzi d'un coup sec pour éviter le choc vagal

- Sonder le fond utérin à l 'aide de l'hystéromètre en alignant doucement et avec beaucoup de prudence vers vous
- Sortir l'hystéromètre et lire
- Chargez le DIU dans l'emballage, si le DIU au cuivre.
- Superposez le tube à !'Hystéromètre aux mesures se trouvant sur le papier à instructions dans l'emballage
- Ajustez le sondeur bleu à la hauteur du fond utérin sur tube chargé
- Insérez le DIU dans le fond utérin par la technique du retrait ou de poussée (selon votre maîtrise)
- Enlevez d'abord le piston, puis le tube inserteur
- Enlevez doucement le tenaculum sans blesser la femme
- Coupez le fils (pas trop court par rapport à l'orifice cervical)
- Si saignement aux endroits où était clampé la pince de Pozzi, tamponnez au désinfectant:
- Enlevez le spéculum:
- Demandez à la cliente comment elle se sent, et si elle a des vertiges en position assise, lui proposer de se reposer pendant 5 à 10 minutes. Les crampes ne vont probablement pas durer longtemps:
- Rassurez la femme si tout s'est bien passé
- Placez une garniture stérile
- Donnez des conseils et des instructions pour éviter les infections:
  - observer les mesures d'hygiène
  - ne pas introduire dans le vagin du coton enroulé ou compresse
  - observer la bonne fidélité sexuelle
- Donnez à la cliente une carte indiquant le mois et l'année de pose de DIU et le mois et l'année où il doit être retiré:
- Fixer rendez-vous dans 1 mois, puis contrôle tous les 3 ou 6 mois
- Revenir en cas de problème
- placer le matériel en métal dans une solution désinfectant
- Nettoyer et ranger le matériel

c) Moment d'insertion du DIU

- A n'importe quel moment du cycle menstruel, si vous êtes raisonnablement sûr que la cliente n'est pas enceinte.
- Pratiquer l'insertion et le retrait de DIU pendant ou immédiatement après les règles puisqu'en ce moment une grossesse est peu probable et la pose de DIU est facile. Les crampes de l'utérus seront moins remarquées.
- Au post-partum, immédiatement après expulsion du placenta ou une césarienne ou dans les 48 heures. Ceci nécessite une formation spéciale car le taux d'expulsion est élevé.
- dans les 6 semaines post-partum
- Au post-abortum, immédiatement après un avortement spontané ou pendant les 7 jours qui suivent si l'utérus n'est pas infecté. Cette technique nécessite une formation spéciale.

2. Retrait du DIU

a) Raisons possibles d'un retrait

Les agents ne doivent pas imposer le refus ou un délai quand la cliente demande le retrait de DIU, que ce soit pour des raisons personnelles.

- les effets secondaires y compris les douleurs amènent la cliente à vouloir retirer son DIU
- une raison médicale :
  - Salpingite aigue ou endométrite
  - Expulsion partielle du DIU
  - La cliente est exposée aux IST
  - Tumeur maligne de l'endomètre ou du col de l'utérus
  - Saignement anormal très abondant avec anémie remarquée
  - Évidence d'une anémie marquée
  - Le DIU dans l'utérus a expiré de sa durée d'efficacité (DIU au Cu et le DIU libérateur d'hormone)
  - Femme ménopausée (au moins un an après ses dernières règles)
  - Maladies inflammatoires pelviennes connues ou suspectées
  - Douleurs intenses
- Désir exprimé d'avoir une grossesse

b) Moment de retirer le DIU

D'ordinaire, le retrait du DIU est une simple technique. Il peut être effectué :

1. A n' importe quel moment du cycle menstruel

   N.B. Certains cliniciens préfèrent enlever le DIU pendant les règles parce que le col est dilaté (ouvert) et que la patiente ne sera pas inquiétée si elle a un saignement.

2. Quand la cliente le demande pour une raison ou une autre.

c) Technique de retrait

Matériels :

- Gants stériles
- spéculum
- pince porte tampon ou pince sans dents
- godet
- désinfectant
- compresses stériles
- garniture stérile.

Séquences de la technique de retrait

- Rassurez—vous du modèle de DIU que la femme porte et de sa durée dans l'utérus et même du moment de l'insertion ;
- Rassembler le matériel
- Lavez les mains

- Portez les gants stériles
- Désinfectez la vulve
- Placez le spéculum selon la technique jusqu'à visualiser le col et fixer le spéculum en place
- Désinfectez le canal vaginal et le col
- A l'aide de la pince, tenez les deux fils le plus proches du col
- Tire lentement et doucement les fils avec la pince
- Une fois le DIU retiré, montrez-le à la cliente pour la rassurer ;
- Placer la garniture stérile
- Enlevez le spéculum et placez le matériel en métal dans une solution décontaminante pendant 10 minutes
- Enlevez les gants et lavez les mains.

d) Visites de suivi

Elle devra être organisée dans les 3 ou 6 semaines qui suivent l'insertion pour :

- Un examen général et un examen du bassin afin de vous rassurer que le DIU est resté en place et qu'il n'y a pas d'infection
- S'assurer qu'elle sait le genre de DIU qu'elle porte et qu'elle doit dire aux agents de santé qui la consultent qu'elle porte un DIU
- Vérifier si elle a quelques crampes douloureuses, des règles abondantes, un saignement irrégulier et si elle sent les fils du DIU
- Vérifier si les fils du DIU gênent le partenaire sexuel de la cliente ;
- Demander aussi à la cliente si elle a quelques questions à poser autour du DIU
- Demander si elle est satisfaite du DIU et si elle a des problèmes (lui donner des informations et l'aide dont elle a besoin et l'inviter à revenir à n'importe quel moment si elle a des questions, des craintes, des peurs ou des soucis) ;
- Lui rappeler combien de temps le DIU continuera à fonctionner et quand il doit être retiré, comment vérifier si le DIU est en place (se laver les mains, s'accroupir, enfoncer aussi profondément que possible 1ou 2 doigts dans son vagin jusqu'à ce qu'elle touche les fils sans les tirer sinon, elle pourrait déloger le DIU)
- Lui demander si elle a eu des problèmes de santé depuis sa dernière visite:
- Se laver de nouveau les mains.

Remarques :

- après une pose post-partum, les fils ne ressortent pas toujours dans le col;
- en cas de crampes douloureuses un ou deux jours après la pose, elle peut prendre de l'aspirine, du paracétamol ou de l'ibuprofène
- en cas de saignement irrégulier ou abondant, on peut donner l'ibuprofène ou d'autres anti-inflammatoires non stéroïdiens (mais pas l'aspirine) pour l'aider à atténuer, sinon, retirer et aider à choisir une autre méthode.

2.12. Prise en charge des problèmes

Problèmes	Prise en charge
Présence d'un effet secondaire ordinaire quelconque	• Tenir compte des inquiétudes • La rassurer si elle veut continuer avec la méthode (c'est passager et sans danger)

Saignement irrégulier prolongé ou abondant (saignement prolongé = plus de 8 jours ; abondant = volume double de l'ordinaire)	• Si il n'y a aucune preuve d'infections ou autres anomalies effectuer un examen pelvien pour rechercher une maladie du col, grossesse ectopique ou salpingite : elle peut continuer à porter son DIU pendant que sa condition est évaluée. • S'il n'y a aucune preuve d'infection ou d'autre anomalie moins de 3 mois depuis la pose du DIU, et le saignement reste dans la norme : • Rassurer que ces changements de saignements menstruels sont normaux et s'atténuent sans doute avec le temps ; • Recommander une alimentation riche en fer ou donner des comprimés de fer (sulfate de fer jusqu'à 200 mg) 3 fois par jour pendant 3 mois. • Lui demander si elle veut conserver son DIU ; dans l'affirmative, lui demander de revenir dans 3 mois environ pour l'examen de suivi. Sinon, retirer le DIU et l'aider à choisir une autre méthode • Proposer une antibiothérapie et des anti-inflammatoires.
Le partenaire se plaint des fils de DIU	• Vérifier si le fil est long et le raccourcir si possible • Rassurer • Retirer en cas d'insistance • Proposer d'autres méthodes
Règles plus longues et abondantes	• Examen de contrôle de DIU et rechercher la cause • Labo : Dosage d'Hb • Référer pour éventuelle prise en charge
• Fortes crampes et douleurs durant les règles • Infections pelviennes	• Rassurer la cliente • Faire un examen de contrôle de DIU • Donner l'ibuprofène + antibiotiques • Soigner le partenaire ou le couple
• Disparition du fil témoin • Perforation de la paroi utérine (très rare)	• S'assurer d'une rétraction du fil en dedans du canal ou d'un délogement de DIU en effectuant un examen pelvien soigneux • Rechercher le fil si le prestataire est rodé sinon référer • Référer pour éventuelle prise en charge
• Expulsion partielle du DIU • Expulsion totale du DIU	• Rassurer la cliente, rechercher la cause du délogement • Faire le retrait total et réinsérer un autre DIU si possible • Refaire le counseling pour obtenir un consentement sur une réinsertion ou changement de la méthode
• Grossesse	• Ne jamais retire le DIU et dire à la cliente si elle veut, elle doit continuer sa grossesse. Bien lui indiquer qu'elle court un risque d'avortement spontané et d'infections. Sa grossesse doit être suivie de près elle doit voir une infirmière ou un médecin si elle a un saignement, des crampes, des douleurs un écoulement vaginal anormal ou de la fièvre

3. REFERENCES

- Family Planning: A global handbook for providers, OMS/USAID, 2007
- Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives, OMS, 2005
- PNSR/GTZ, Planification familiale, Guide technique, 2003
- Guide de formation et de référence à l'emploi de la liste de contrôle pour commencer l'usage du DIU, Family Health International, 2008

CHAPITRE 8: LES PRESERVATIFS

0. INTRODUCTION

Un préservatif est un fourreau ou une enveloppe conçue pour recouvrir le pénis en érection, ou les parois internes du vagin On lui donne également le nom de capote ou de condom. Il se vend sous une multitude de noms de marque. La plupart des préservatifs sont en caoutchouc mince et en polyuréthane. Certains sont revêtus d'un lubrifiant sec ou d'un spermicide. Ils existent en grandeurs, formes, couleurs et textures différentes.

Les condoms offrent aussi une protection contre les IST et en diminuent les taux de transmission.

1. OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

1.1. Objectif spécifique

A la fin de cette unité, les participants seront capables d'offrir les préservatifs comme une méthode de contraception et une méthode de protection contre la transmission des infections sexuellement transmissibles, incluant le VIH/SIDA.

1.2. Objectifs opérationnels

Lorsqu'ils seront appelés à offrir les préservatifs, les participants devront être capables de :

- Expliquer les messages clés relatifs aux préservatifs
- Décrire les avantages et désavantages, le mécanisme d'action ainsi que l'efficacité des préservatifs
- Expliquer les indicateurs et la raison fondamentale de l'utilisation des préservatifs
- Conseiller les hommes et les femmes sur l'utilisation correcte des préservatifs
- Démontrer la technique de port correct du préservatif

2. INFORMATIONS

Messages clés

1. L'utilisation des préservatifs encourage la participation des hommes dans la contraception
2. Les préservatifs sont la méthode de contraception qui protège le plus efficacement contre le VIH/SIDA et les autres infections sexuellement transmissibles.
3. Quand ils sont utilisés systématiquement et correctement, les préservatifs fournissent une protection contre la grossesse et les infections sexuellement transmissibles.
4. Les préservatifs aident à protéger les femmes contre le cancer du col utérin et des infections pelviennes.
5. Les préservatifs devront toujours être fournis simultanément avec une autre méthode à un(e) client(e) :
   - qui peut être exposé aux infections sexuellement transmissibles
   - qui utilise des contraceptifs oraux au cas où elle oublierait de prendre une ou plusieurs pilules
   - qui a subi une vasectomie en attendant que l'azoospermie survienne
   - qui pour une raison ou une autre, peut avoir besoin de préservatifs

A. LE PRESERVATIF MASCULIN

Les condoms sont des dispositifs de contraception (méthodes de barrière) qui couvrent le pénis et empêchent le spermatozoïde de s'unir à l'ovule

Réitérer les messages-clés aux clients :

1. S'assurer d'avoir un préservatif avant d'en avoir besoin
2. Utiliser un préservatif à chaque rapport sexuel (ne pas utiliser un préservatif plus d'une fois)
3. Ne pas utiliser un préservatif s'il est expiré, sec et friable ou très poisseux.
4. Ne pas l'utiliser au même moment avec le préservatif féminin

2.1. Avantages

- Convient mieux pour la contraception à court terme,
- Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs sont efficaces dans la protection contre les IST/VIH et la prévention des grossesses,
- Faciles à utiliser, immédiatement disponibles à plusieurs endroits, relativement peu coûteux,
- Le seul contraceptif mâle réversible,
- Très utiles en tant que méthode complémentaire et temporaire.
- Permet aux hommes de partager plus de responsabilités dans la PF.
- Aide certains hommes qui ont une éjaculation prématurée à maintenir l'érection
- Facile à transporter.

2.2. Désavantages

- Interrompt le coït
- Forte probabilité d'utilisation incorrecte ou irrégulière
- Peuvent se détériorer si l'entreposage n'est pas fait correctement
- Non accepté par certaines religions
- Liés au coït
- Certains hommes se plaignent d'une diminution de sensation
- Ils peuvent glisser, se déchirer et le sperme peut se répandre, surtout chez les utilisateurs inexpérimentés
- L'utilisateur doit être motivé pour l'utiliser systématiquement et correctement
- Certains hommes ne peuvent maintenir une érection avec un préservatif.
- Il a une efficacité relative en pratique courante
- Il exige l'assentiment du partenaire
- Doit être immédiatement disponible

2.3. Mécanisme d'action

Comme méthode de barrière, les préservatifs bloquent physiquement le spermatozoïde pour l'empêcher de s'unir à l'ovule. Les préservatifs empêchent aussi tout organisme pathogène de pénétrer dans le pénis.

2.4. Efficacité

Les condoms se classent entre : assez efficaces et hautement efficaces, dépendant d'un nombre de variables (l'âge de l'utilisateur, la fréquence de l'acte sexuel, son utilisation avec un spermicide, son utilisation correcte et régulière, etc.). Utilisés avec régularité et correctement, les condoms ont un taux approximatif de grossesse de 3%. Les taux de grossesse d'utilisation typique sont aux environs de 12%.

2.5. Présentation

Caoutchouc coloré ou non, avec ou sans réservoir pour l'éjaculation, avec ou sans lubrifiant.

2.6. Technique de port et de retrait des préservatifs

1. Dérouler le préservatif sur le pénis en érection avant que celui-ci ne touche le vagin :

- en tenant le sachet par le bord, l'ouvrir en pratiquant une déchirure le long d'une nervure
- tenir le préservatif de telle sorte que le bord enroulé soit en face du pénis
- tirer le prépuce en arrière si le pénis n'est pas circoncis
- placer le préservatif sur le pénis
- dérouler le préservatif jusqu'à la base du pénis. Le préservatif devant se dérouler facilement. S'il ne le fait pas, il a probablement été placé à l'envers. Si on dispose d'autres préservatifs, jeter celui-ci et employer un nouveau. Si c'est le seul préservatif disponible, le mettre à l'envers et poser de nouveau.

2. Après l'éjaculation, maintenir le bord du préservatif sur la base du pénis pour qu'il ne glisse pas. L'homme doit retirer son pénis du vagin avant d'avoir complètement perdu son érection.
3. Enlever le préservatif sans répandre de sperme sur l'ouverture du vagin.
4. Jeter le préservatif dans les latrines à fosse (toilette), le brûler ou l'enterrer. Ne pas laisser là où les enfants pourront le trouver et s'en servir pour jouer. Ne pas employer un préservatif plus d'une fois.

Si un préservatif se déchire,

Utiliser la contraception d'urgence (dans les 120 heures, le plus tôt possible) et l'approche syndromique de prise en charge des IST,

Indications pour prendre soin des préservatifs

1. Conserver les préservatifs dans un endroit frais et sombre. La chaleur, la lumière et l'humidité dégradent les préservatifs.
2. Si possible, employer des préservatifs lubrifiés vendus sous emballages et enveloppés de manière à être à l'abri de la lumière. La lubrification peut empêcher les déchirures.
3. Manipuler les préservatifs avec soin les ongles et les bagues peuvent les déchirer.
4. Ne pas dérouler les préservatifs avant de s'en servir, car cela peut les affaiblir en plus un préservatif déroulé est difficile à poser.
5. Employer toujours un autre préservatif si celui que vous avez :
   - a un emballage déchiré ou endommagé,
   - porte sur son emballage une date de fabrication vieille de plus de 5 ans,
   - est rugueux ou a changé de couleur
   - est cassant au toucher, desséché ou très collant.

2.7. Effets secondaires :

Démangeaison chez les personnes allergiques au latex (caoutchouc).

2.8. Profil des utilisateurs

Les condoms peuvent être un choix approprié pour :

- Les hommes qui ont besoin d'une méthode de contraception,
- Les individus ou les couples exposés aux IST/VIH,
- Les clients en attente d'une décision de choix d'une méthode de contraception.

2.9. Critères d'éligibilité

En règle générale, n'importe qui peut employer les préservatifs sans danger et avec efficacité, en l'absence d'une allergie au latex. Une seule situation médicale «forte allergie au latex» empêche l'emploi des préservatifs (forte rougeur, démangeaisons, tuméfaction après emploi du préservatif).

On peut prendre conscience de cet état de chose en posant des questions au client. Il n'est pas nécessaire d'effectuer des tests ou des examens.

2.10. Prise en charge des problèmes éventuels

Si le client signale un problème à propos des préservatifs :

- Ne pas ignorer les soucis et plaintes du client ou ne pas les prendre à la légère.
- Si le client n'est pas satisfait après une consultation, l'aider à réfléchir à propos des risques des IST. Si le client a ou pourrait avoir une IST, l'encourager à continuer à se servir de préservatifs. Sinon, conseiller à son partenaire à choisir une autre méthode, s'il le souhaite.

B. PRESERVATIF FEMININ

Le condom féminin est un mince fourreau en polyuréthane (plastique mou), transparent et assez lubrifié, utilisé par les femmes comme méthode de protection contre la grossesse et les IST, y compris le VIH/SIDA.

Avant les rapports sexuels, la femme place le préservatif dans son vagin. Pendant les rapports, le pénis de l'homme pénètre dans le condom féminin.

Réitérer les messages-clés aux clients :

1. Le condom est à usage unique
2. Eviter d'utiliser la vaseline ou autre lubrifiant pour le réemploi
3. Ne pas utiliser un préservatif s'il est expiré, sec et friable ou très poisseux.
4. Il n'est pas conseillé de l'associer au condom masculin.

2.11. Avantages

- Simple et efficace,
- Lorsqu'ils sont utilisés correctement et régulièrement, les préservatifs sont efficaces dans la protection contre les IST/VIH et la prévention des grossesses,
- Réversibilité immédiate,
- Peut être porté avant les rapports sexuels,
- Très utiles en tant que méthode complémentaire et temporaire.
- Affecte moins le plaisir sexuel

2.12. Désavantages

- Forte probabilité d'utilisation incorrecte ou irrégulière
- Peuvent se détériorer si l'entreposage n'est pas fait correctement
- Non accepté par la religion.
- L'utilisatrice doit être motivée pour l'utiliser systématiquement et correctement
- Il a une efficacité relative en pratique courante
- Il exige l'assentiment du partenaire
- Doit être immédiatement disponible

2.13. Mécanisme d'action

Comme méthode de barrière, les préservatifs bloquent physiquement le spermatozoïde pour l'empêcher de s'unir à l'ovule. Les préservatifs empêchent aussi tout organisme pathogène de pénétrer dans le vagin.

2.14. Efficacité

Les condoms se classent entre : assez efficaces et hautement efficaces, dépendant d'un nombre de variables (l'âge de l'utilisateur, la fréquence de l'acte sexuel, son utilisation avec un spermicide, son utilisation correcte et régulière, etc.). Utilisés avec régularité et correctement, les condoms ont un taux approximatif de grossesse de 3%. Les taux de grossesse d'utilisation typique sont aux environs de 12%.

2.15. Présentation

Dispositif ressemblant à un sac ayant la forme d'un tube en polyuréthane, résistant et élastique.

2.16. Technique de port et de retrait

1. Vérifier l'endroit indiqué pour ouvrir l'emballage (vous verrez une flèche sur l'emballage)
2. Ouvrir l'emballage et retirer le condom
3. Bien étendre le condom de façon à ce que le l'anneau interne soit au bout fermé du condom
4. Presser l'anneau interne en formant un « 8 » avec l'anneau à la main droite
5. Surélever la jambe pour faciliter l'introduction de l'anneau interne jusqu'au fond du vagin
6. Introduire un doigt pour bien arranger le condom de sorte que l'anneau externe soit sur la vulve et que tout le condom soit à l'intérieur du vagin
7. Après l'acte sexuel, retirer le condom en tenant sur l'anneau externe
8. Jeter le condom dans un endroit loin de la portée des enfants ou le brûler

Si un préservatif se déchire,

Utiliser la contraception d'urgence (dans les 120 heures, au plutôt possible)

2.17. Profil des utilisatrices

Les condoms peuvent être un choix approprié pour :

- Toute femme désirant la méthode,
- Les femmes qui sont contre indiquées aux autres méthodes
- Les femmes ou les couples exposés aux IST/VIH,
- Les femmes en attente d'une décision de choix d'une méthode de contraception.
- Les femmes allaitantes pour lesquelles un contraceptif est nécessaire,
- Les femmes qui ont besoin d'une méthode complémentaire.

3. REFERENCES

- Family Planning: A global handbook for providers, OMS/USAID, 2007
- Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives, OMS, 2005
- PNSR/GTZ, Planification familiale, Guide technique, 2003
- Pathfinder International, module de formation en PF, 2003

CHAPITRE 9 : LES METHODES VAGINALES

0. INTRODUCTION

Les méthodes vaginales sont des contraceptifs qu'une femme place dans son vagin peu avant les rapports sexuels. Il existe plusieurs méthodes vaginales entre autres :

1. Les spermicides, qui comprennent les comprimés ou ovules moussants, les ovules fondants, la mousse, le film, la gelée et la crème spermicides.
2. Le diaphragme, dôme en caoutchouc souple qui recouvre le col, doit être employé avec une gelée ou crème spermicide.
3. La cape cervicale, ressemble au diaphragme, en plus petit.

Dans la suite de l'unité, nous allons parler plus des spermicides qui sont plus utilisés dans notre programme.

1. OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

1.1. Objectif spécifique

A la fin cette unité, les participants seront capables d'offrir les spermicides comme une méthode de contraception efficace.

1.2. Objectifs opérationnels

Lorsqu'ils seront appelés à offrir les spermicides comme une méthode contraceptive, les participants devront être capables de :

- Expliquer les messages clés relatifs à l'utilisation des spermicides,
- Décrire le mécanisme d'action et l'efficacité des spermicides,
- Expliquer les facteurs qui influent sur l'efficacité des spermicides,
- Décrire les avantages et désavantages de l'utilisation des spermicides,
- Décrire les indications d'utilisation des spermicides,
- Faire la démonstration de l'insertion correcte des spermicides en mousse, comprimés, crème/gelée, et ovules,
- Fournir aux hommes et aux femmes les instructions d'utilisation correcte des spermicides.

2. INFORMATIONS

2.1. Messages clés

- Les méthodes vaginales sont des méthodes sur lesquelles les femmes exercent un contrôle et qu'elles peuvent employer quand elles en ont besoin.
- Les méthodes vaginales doivent être employées correctement à chaque occasion pour obtenir la meilleure protection. Les méthodes vaginales n'ont qu'une efficacité proportionnelle à l'emploi qu'en font la plupart des femmes.
- Placer les comprimés, la mousse, les ovules, crèmes et gelées au moins 10 minutes avant les rapports sexuels.
- L'efficacité des spermicides peut se maintenir jusqu'à 1 heure après son introduction dans le vagin.
- Ne pas prendre de douche vaginale pendant au moins 6 à 8 heures après les rapports sexuels.
- Revenir chercher les spermicides avant d'en manquer.

2.2. Présentation

- Mousse
- Crème.
- Comprimés,
- Ovule,
- Gelées.
- Film.

2.3. Mode d'utilisation

- Se laver les mains avec de l'eau propre et du savon doux si possible
- La femme introduit le spermicide au fond du vagin, près du col et attend 10 minutes avant le rapport sexuel
- Elle ajoute un spermicide supplémentaire et attend toujours 10 minutes
- Elle ne fait pas de douche vaginale pendant au moins 6 à 8 heures après le dernier rapport sexuel.

2.4. Mécanisme d'action

Les spermicides neutralisent et tuent les spermatozoïdes et les empêchent de se diriger vers l'ovocyte.

2.5. Efficacité 70 à 80%

L'efficacité des spermicides est fonction de la régularité avec laquelle une femme les emploie à l'occasion de chaque rapport sexuel.

2.6. Avantages

- Méthodes sans danger, placées sous le contrôle de la femme et que peuvent utiliser presque toutes les femmes.
- Ces méthodes offrent la contraception au moment même où on en a besoin.
- Elles empêchent efficacement les grossesses si l'on s'en sert correctement à l'occasion de chaque rapport sexuel.
- Pas d'effets secondaires imputables aux hormones
- Aucun effet sur la composition du lait maternel
- Peuvent être arrêtées à n'importe quel moment
- Facile d'emploi avec un peu de pratique

2.7. Désavantages

- Moins efficaces si utilisés seuls,
- Méthode exigeante (10 minutes d'attente avant le rapport sexuel).
- A déconseiller chez la femme qui trouve la manipulation génitale gênante.
- Peuvent augmenter la lubrification vaginale et la chaleur (sensation de chaleur dans le vagin)

2.8. Effets secondaires

- Les spermicides peuvent causer une irritation chez la femme ou son partenaire, notamment si l'on s'en sert plusieurs fois par jour.
- Les spermicides peuvent provoquer des réactions allergiques locales (rarement) chez la femme ou son partenaire.
- Peuvent rendre plus fréquentes les infections des voies urinaires.

2.9. Indications

- Femmes ayant les contre-indications aux autres méthodes
- En cas de protection temporaire.

2.10. Contre-indications

- Allergie au produit chimique
- Manque de désir d'utiliser les spermicides.
- Irritations vaginales
- Pertes vaginales
- IST/VIH/sida

2.11. Attitudes du prestataire

Si la cliente signale des problèmes causés par les méthodes vaginales :

- Ne pas ignorer ses inquiétudes ou ne pas les prendre à la légère.
- L'aider à résoudre ses problèmes. Si elle veut continuer l'emploi de la méthode, l'encourager à s'en servir à l'occasion de chaque rapport sexuel.
- Si elle n'est pas satisfaite après les consultations et les conseils, l'aider à choisir une autre méthode, si elle le souhaite.

2.12. Prise en charge des complications

Problèmes	Prise en charge
Réaction allergique ou sensibilité au spermicide (brûlure ou prurit vulvaire)	- Vérifier la présence d'infection (signes : écoulement vaginal anormal, rougeur et/ou tuméfaction du vagin et prurit vulvaire) et soigner ou recourir à un service extérieur - S'il n'y pas d'infection, suggérer un autre type ou une autre marque de spermicide.
Infection des voies urinaires	- Soigner aux antibiotiques, tels que l'ampicilline, ou le cotrimoxazole pendant 10 à 14 jours. - Suggérer aussi qu'elle boive beaucoup de liquides, urine souvent et mange des aliments renfermant de la vitamine C, tels qu'oranges, pamplemousses et citrons.
Forte fièvre soudaine, érythème, vomissements, diarrhée, vertiges et douleurs musculaires (très rares)	- La femme doit être amenée immédiatement au Centre de Santé le plus proche. Elle peut souffrir d'un syndrome de choc toxique. Un traitement aux antibiotiques et aux fluides intraveineux est très efficace et doit être effectué immédiatement

3. REFERENCES

- Family Planning: A global handbook for providers, OMS/USAID, 2007
- Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives, OMS, 2005

CHAPITRE 10: LES METHODES CHIRURGICALES

0. INTRODUCTION

Compte tenu du caractère permanent et irréversible de méthodes chirurgicales, il faut particulièrement veiller à ce que le client ou la cliente qui se décide de se faire stériliser le fasse librement et en toute connaissance de cause.

Il faut également porter une attention toute particulière aux cas des personnes jeunes, des femmes nullipares ou des hommes qui n'ont pas encore eu d'enfants ainsi qu'aux clients souffrant des problèmes mentaux, y compris les états dépressifs.

Enfin, il faudra tenir compte de la législation nationale et des normes en vigueur concernant les méthodes de stérilisation.

Il n'existe aucune raison médicale qui empêche formellement une personne de se faire stériliser. Il peut néanmoins y avoir des états ou des circonstances qui imposent certaines précautions.

1. OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

1.1. Objectif spécifique

A la fin de l'unité, les participants devront être capables de prendre en charge les clients ayant opté pour la stérilisation.

1.2. Objectifs opérationnels

Lorsqu'ils seront appelés à prendre en charge les clients ayant opté pour la stérilisation, les participants devront être capables de :

- Définir la contraception chirurgicale volontaire
- Enumérer les différents types d'interventions pour réaliser la stérilisation féminine et masculine
- Donner l'efficacité, le mécanisme d'action, les indications, les avantages, les inconvénients, les effets secondaires et les complications de la stérilisation volontaire
- Décrire les instructions à donner aux couples accepteurs de la stérilisation volontaire.
- Orienter les clients pour les services.
- Reconnaître et prendre en charge les effets secondaires et les complications possibles.

2. INFORMATIONS

2.1. Définition des concepts

2.1.a. Stérilisation féminine

La stérilisation féminine est une méthode de contraception permanente pour les femmes qui ne veulent plus avoir des enfants.

C'est une intervention simple et sans danger. On peut en général, la faire sous simple anesthésie locale et légère sédation. Il faut suivre les modalités prescrites de prévention de l'infection. Les 2 méthodes les plus employées sont la mini laparotomie et la laparoscopie.

La stérilisation féminine est également connue sous les appellations de contraception chirurgicale volontaire (CCV), de ligature tubaire (LT), ou ligature des trompes.

2.1.b. Stérilisation masculine ou vasectomie

La stérilisation masculine ou vasectomie offre un moyen de contraception permanent aux hommes qui décident de ne plus vouloir d'enfants.

C'est une intervention chirurgicale simple et rapide. On peut la réaliser dans un dispensaire ou un cabinet de médecin disposant des bons moyens de prévention de l'infection.

La vasectomie n'est pas la castration, elle ne touche pas les testicules et ne compromet pas la performance sexuelle.

2.2. Mode d'action

- Empêche la rencontre de l'ovule et des spermatozoïdes par la ligature et la section des canaux déférents ou trompes de fallope.

2.3. Technique

La stérilisation féminine et la vasectomie sont toutes deux des interventions chirurgicales relativement simples et sûres.

La stérilisation féminine consiste à obturer les canaux de Fallope par la ligature, les clips ou les bandes afin d'empêcher au spermatozoïde et à l'ovule de s'unir.

La vasectomie consiste à obturer les canaux déférents pour empêcher le passage du spermatozoïde dans le sperme. Les canaux sont atteints en pratiquant deux petites incisions dans le scrotum. Elle agit en obturant les canaux déférents et empêche ainsi les spermatozoïdes de se mêler au sperme.

2.4. Efficacité : 99,90%

Les taux de grossesse de la stérilisation féminine sont inférieurs à 1% dans la première année, et la grossesse est encore moins fréquente dans les années subséquentes. Les taux de grossesse de la vasectomie sont aussi inférieurs à 1%. Aucune de ces interventions n'affecte la performance sexuelle, et sont toutes deux hautement efficaces.

Il faut souligner lors de counseling de la vasectomie qu'après l'intervention, la vasectomie ne sera pleinement efficace qu'après 3 mois; il devra utiliser le condom pendant chaque acte sexuel pendant cette période. La stérilisation féminine et la vasectomie sont toutes deux permanentes et irréversibles.

2.5. Indication

- Limitation des naissances
- Couple qui ne veut plus des enfants
- Pour des raisons médicales

2.6. Avantages (tant pour l'homme que pour la femme)

- Sûr, pratique, hautement efficace
- Permanente

- Peu coûteuse à la longue
- Risque minime de complications
- Pas d'effets à long terme sur la santé
- Ne nécessite qu'une seule intervention
- L'opération est relativement rapide (quelques minutes pour les hommes, habituellement moins de 30 minutes pour les femmes)

2.7. Inconvénients (tant pour l'homme que pour la femme)

- nécessite une intervention chirurgicale
- nécessite des prestataires de services entraînés
- permanente, difficile à inverser
- ne protège pas contre les IST/VIH

2.8. Effets secondaires et complications

Chez la femme	Chez l'homme
• Hémorragie • Infection de la plaie • Perforation utérine • Lésion de vessie • Stress, regrets s'il n'y a pas eu consentement.	• Tuméfaction • Hémorragie • Sensation d'inconfort • Douleurs • Stress, regrets s'il n'y a pas eu consentement.

2.9. Prise en charge des effets secondaires et éventuelles complications

Problèmes	Prise en charge
Stress	- Rassurer le (la) cliente - Organiser les visites de suivi - Poser des questions : demander au client ou cliente si il/elle a des questions, s'il elle veut parler de quoique ce soit et si il/elle est satisfait(e), donner les informations et l'aide répondant au besoin et inviter à revenir à n'importe quel moment si questions ou problèmes. - Si durant le rétablissement et la guérison, il y a apparition des vives douleurs, un échauffement, un gonflement ou une rougeur dans l'incision ou autour de celle-ci. Examiner pour déceler une éventuelle complication.
Infection	- Nettoyer le site au savon et à l'eau ou à l'antiseptique - Administrer des antibiotiques par voie buccale pendant 7 à 10 jours
Abcès	- Nettoyer le site à l'antiseptique - Inciser l'abcès et vider - Soigner la blessure - Administrer les antibiotiques pendant 7 à 10 jours
Douleurs	Vérifier s'il y a des caillots de sang dans le scrotum

2.10. Critères d'éligibilité

Poser les questions ci-après, et prendre les précautions qui s'imposent en cas de réponse positive

1) Avez-vous des pathologies ou problèmes de gynécologie obstétrique tels que : grossesse, infection, cancer ?
2) Avez-vous des problèmes cardiovasculaires, tels que : cardiaques, attaque tension artérielle élevée ou complications cardiovasculaires ?
3) Etes-vous atteinte de maladies chroniques ou d'une autre pathologie ?
4) Avez-vous des problèmes concernant vos parties génitales, tels que des infections, tuméfaction, lésions ou bosses au pénis ou scrotum ?
5) Avez-vous d'autres pathologies ou infections ?

2.11. Profil des utilisateurs

L'homme et la femme qui ne désirent plus avoir d'autres enfants.

3. REFERENCES

- Family Planning: A global handbook for providers, OMS/USAID, 2007
- Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives, OMS. 2005
- PNSR/GTZ, Planification familiale, Guide technique, 2003
- Pathfinder International, Module de formation des prestataires en PF, 2002

CHAPITRE 11: LA METHODE DE L´ALLAITEMENT MATERNEL ET DE L´ AMENORRHEE

0. INTRODUCTION

La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) est une méthode contraceptive qui repose sur l'exploitation de la période d'infécondité entraînée par l'allaitement maternel intensif. Trois critères permettent aux femmes de déterminer leur risque de grossesse au cours de cette phase naturelle d'infécondité associée à l'allaitement :

- les règles n'ont pas repris,
- le bébé a moins de 6 mois,
- le bébé est nourri exclusivement au sein maternel

Les lignes directrices sur la MAMA insistent sur la nécessité de remplir les trois conditions voulues. Lorsque ces trois critères sont respectés, la MAMA assure une protection de plus de 98 % contre la grossesse.

1. OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

1.1. Objectif spécifique

A la fin de cette unité les participants devront être capables de conseiller aux clientes ayant choisi la MAMA comme méthode d'espacement des naissances sur la manière efficace de l'utilisation.

1.2. Objectifs opérationnels

Lorsqu'ils seront appelés à conseiller la MAMA aux clientes, les participants devront être capables de :

- Définir la Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA),
- Expliquer le mécanisme d'action de base ainsi que les raisons de l'efficacité de la MAMA
- Dresser la liste des avantages, désavantages, indications et contre indications de la méthode,
- Identifier les clientes susceptibles d'utiliser la méthode,
- Conseiller des clientes sur les situations particulières pouvant affecter l'utilisation de la MAMA,
- Guider ou conseiller les clientes qui sont prêtes à faire la transition vers une autre méthode de contraception
- Décrire les façons optimales d'agir en matière d'allaitement

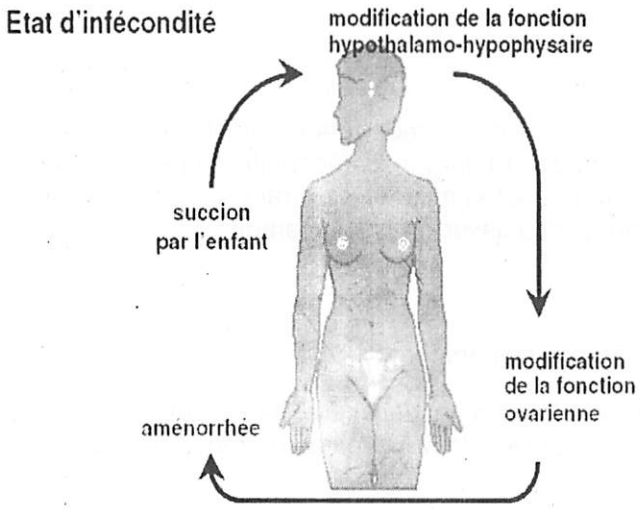
2. INFORMATIONS

2.1. Définition des Concepts

La méthode d'allaitement maternel et d'aménorrhée (MAMA) consiste à utiliser l'allaitement au sein comme méthode temporaire de planning familial. « Maternel » rappelle le rôle de la mère et « aménorrhée » indique l'absence des règles.

La MAMA est une méthode de planification familiale basée sur la suppression hormonale de l'ovulation causée par l'allaitement.

2.2. Mécanisme d'action



Chez la femme qui donne le sein, la stimulation mammaire provoquée par l'enfant qui tête envoie des impulsions à l'hypothalamus de la mère, lequel réagit en modifiant la production des hormones hypophysaires. Ces hormones sont indispensables à la stimulation de l'ovulation.

Si cette stimulation n'a pas lieu, les ovaires ne vont pas produire d'ovule ni préparer l'utérus à une grossesse éventuelle. Il existe donc une période de temps au cours de laquelle les femmes qui allaitent n'ovulent pas et n'ont pas leurs règles.

On parle alors d'« aménorrhée de lactation », ce qui correspond à l'arrêt des règles imputable à l'allaitement. L'absence des règles est généralement un signe d'infécondité temporaire.

C'est la succion du nourrisson qui déclenche l'état d'aménorrhée de lactation chez les mères qui allaitent. En allaitant de manière intensive, les femmes qui choisissent la MAMA comme méthode contraceptive maintiennent cette aménorrhée de lactation et l'infécondité qui y est associée.

2.3. Efficacité de la MAMA

Il y a 3 préalables pour utiliser efficacement la MAMA :

- Le bébé est allaité exclusivement au sein maternel
- Les règles ne sont pas encore revenues
- Le bébé a moins de 6 mois.

Lorsque ces 3 critères sont respectés la MAMA assure une protection de plus de 98% contre la grossesse.

TOUTES LES 3 conditions doivent être remplies pour qu'une femme soit éligible pour utiliser la MAMA. Dès qu'au moins une seule de trois conditions n'est pas remplie la méthode ne fonctionnera plus.

2.4. Indications

Toute femme au cours du post-partum et qui remplit les 3 préalables :

- Le bébé est allaité exclusivement au sein maternel
- Les règles ne sont pas encore revenues
- Le bébé a moins de 6 mois.

2.5. Contre-indications

- Lorsque l'un de 3 préalables n'est pas rempli.

Lorsque n'importe lequel de 3 préalables n'est plus rempli, la femme doit commencer à utiliser une autre méthode de planification familiale.

2.6. Avantages

- Encourage l'allaitement
- La MAMA est à la disposition universelle de toutes les femmes qui allaitent.
- Son efficacité est d'au moins 98 %.
- Elle assure une protection dès le début du post-partum.
- Bonne pour la santé de la mère et de l'enfant
- Aucuns produits ou fournitures ne sont nécessaires à son utilisation.
- La MAMA peut être utilisée à titre temporaire pendant qu'une femme décide ou non d'adopter une autre méthode de contraception.
- La MAMA est acceptée par les pratiques religieuses et culturelles établies.
- Enseignement et utilisation faciles

2.7. Désavantages de la MAMA

- Difficile à utiliser pour certaines femmes (telles que femmes travailleuses et commerçantes)
- La durée d'efficacité de la méthode est limitée à une période de six mois post-partum (rarement plus de 6 mois)
- Exclusivement utilisée par les femmes qui allaitent
- Aucune protection pour les IST et le VIH.

2.8. Utilisation ou mode d'emploi de la MAMA

1. Nettoyer le sein avant chaque tétée
2. Prendre une position confortable
3. Bien orienter l'auréole dans la bouche de l'enfant
4. Disposer de tout son temps pour allaiter suffisamment l'enfant

2.9. Façons optimales d'agir en matière d'allaitement

1. Permettre au nouveau-né de téter aussi tôt que possible après la naissance et de rester avec la mère au moins pendant quelques heures après l'accouchement.
2. Allaiter fréquemment, chaque fois que le bébé à faim, jour et nuit.
3. L'intervalle de tétée ne doit pas dépasser 4 heures.
4. Allaiter exclusivement durant les six premiers mois.
5. Apres les six premiers mois, lorsque le bébé reçoit des aliments supplémentaires, il faudra allaiter chaque fois avant de lui donner à manger.
6. Encourager la mère à allaiter jusqu'à 2 ans ou plus.

Continuer à allaiter même si la mère ou l'enfant tombe malade.
Eviter l'utilisation des biberons, tétines, ou autres mamelons artificiels.
es mères doivent manger et boire en quantités suffisantes.

2.10. Gestion des problèmes lors de l'allaitement maternel

Problèmes	Prise en charge
Abcès	- Examiner le sein - Soigner : pansement, antibiotiques - Conseiller
Mastite, crevasse, engorgement mammaire (seins douloureux)	- Conseiller - Pansement humide - Soigner avec les anti-inflammatoires - Vider les seins en cas d'engorgement mammaire
Mamelon rétracté	Ressortir le mamelon avec une poire ou seringue sans embout
Pas suffisamment du lait ou absence de lait les premiers jours	Conseiller la mère, faire téter fréquemment son bébé, car les tétés fréquents augmentent la production de lait. Juste après l'accouchement, elle doit donner les seins en essayant au moins une fois toutes les 3 heures. Recommander le repos. Faire une éducation diététique.
Etat critique de la mère allaitante	Référer
Sevrage précoce	Conseiller la mère sur l'utilité de l'allaitement prolongé.

Si la cliente signale des problèmes posés par l'utilisation de la MAMA :

- Ne pas ignorer ses inquiétudes ou ne pas les prendre à la légère.
- lui donner aide et conseils au sujet de la technique d'allaitement au sein, le cas échéant, et l'encourager à continuer à donner le sein aussi bien pour protéger la santé de l'enfant que pour se protéger elle-même contre la grossesse.
- Si la femme n'est pas satisfaite de la MAMA après la consultation et les échanges de vue, l'aider à choisir une autre méthode si elle le souhaite.
- L'encourager à continuer à donner le sein, même si elle choisit une autre méthode de PF.

2.11. Visite de suivi/contrôle

1. **Vérifier** si la MAMA s'applique toujours ; puisqu'on sait que le nourrisson a moins de 6 mois, vérifier si la mère allaite complètement et si ses règles ne sont pas revenues.

   Si la MAMA ne s'applique plus, passer à la transition de la MAMA à une autre méthode de PF

2. **Vérifier** l'intention de la mère d'allaiter complètement jusqu'à ce que le bébé ait 6 mois et de poursuivre la MAMA. Au cas contraire, passer à la visite au cours du sixième mois.

3. **Rappeler** comment les pratiques favorisant l'allaitement retardent la fertilité.

4. **Faire connaître** votre disponibilité pour toute question, tout doute, toute difficulté relative à l'allaitement, tant de la part de l'homme que de la femme.

2.12. Planification familiale après la MAMA : transition vers une autre méthode de PF :

- Mettre l'accent sur la nécessité de commencer <u>immédiatement</u> l'utilisation d'une autre méthode après la MAMA.
- Suggérer une méthode qui n'est pas en conflit avec la MAMA.
- Continuer l'allaitement
- Donner les informations sur les méthodes contraceptives.

3. REFERENCES

- Family Health International, contraceptive Technology Update services, Module, novembre 1994
- Georgetown University. Video: "breastfeeding: Protecting a natural resource".
- Hatcher, RA, Trussel, J., Stewart, F. et al/ Postpartum contraception and Lactation. In: Contraceptive Technology. 16th ed. New York, Irvington Publishers inc. 1994: 433-446.
- IMPACT, Population Reference Bureau, Breastfeeding.
- Institute for Reproductive health. Guidelines for breastfeeding in Family Planning Programs and Chil Spacing Programs. Georgetown University, 1992.
- INTRAH, Guideline for Clinical Procedures in Family Planning and lactational amenorrhea Method (LAM). Institute for reproductive health, 1994.
- Rodriguez-Garcia, R; Schaefer, L.A. and Yunes, HJ; Eds, Lactation Education for Health Professionals. PAHO.
- Perez A., Vela, P. Masnick, G; and Potter, R. First ovulation after childbirth: The Effect of breastfeeding. American journal obstetrics and Gynaecology 114: 1041, 1972.
- Technical guidance/competence working Group. Recommendations for updating selected Practices in contraceptive Use Vol. II. Draft, 1997.
- Labbok M., Koniz-Booher, and coll, lignes directrice pour l'allaitement maternel dans le programme de planification familiale et de survie de l'enfant, IRH 1994
- Odia Mwangula Berthe, module de formation PFN, Conduite de la Fécondité, 2005.

CHAPITRE 12: LA METHODE DES JOURS FIXES

0. INTRODUCTION

Le Collier du cycle est l'outil utilisé dans la Méthode des Jours Fixes qui est une méthode de planification familiale basée sur la connaissance de la fécondité. Le Collier du Cycle aide les programmes à élargir les options en matière de planification familiale et à répondre à la demande pour une méthode naturelle, simple et à prix abordable.

1. OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

1.1. Objectif spécifique

A la fin cette unité, les participants seront capables d'offrir le Collier du Cycle comme support de la méthode des jours fixes.

1.2. Objectifs opérationnels

Lorsqu'ils seront appelés à offrir le Collier du Cycle, les participants devront être capables de :

- Décrire la Méthode des Jours Fixes
- Définir les composantes essentielles de la MJF
- Décrire le collier du cycle
- Reconnaître les critères d'éligibilité du Collier du Cycle.
- Reconnaître les critères de démarrage de l'utilisation du Collier du Cycle.
- Expliquer l'utilisation correcte du Collier du Cycle,
- Soutenir les couples dans la gestion des jours féconds
- Identifier les questions principales à traiter pendant ou lors de la visite de suivi.

2. INFORMATIONS GENERALES SUR LA METHODE DES JOURS FIXES

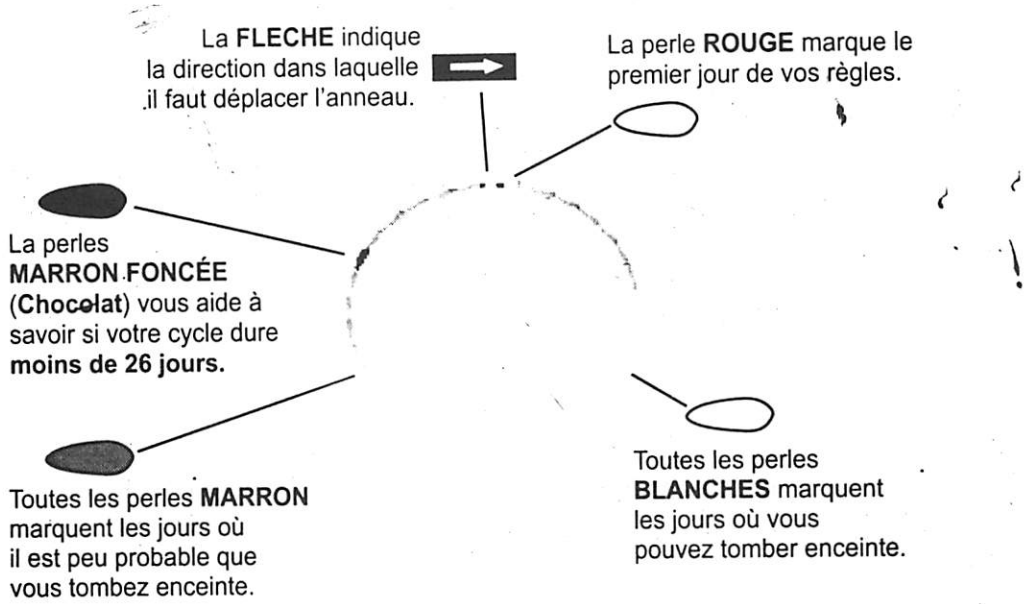
2.1. Définition

La Méthode des Jours Fixes est une méthode de planification familiale basée sur la connaissance de la fécondité qui convient aux femmes qui ont des cycles qui durent de 26 à 32 jours. La MJF utilise comme support le Collier du cycle pour aider les femmes à utiliser correctement la méthode.

2.2. Description du collier du cycle

Le Collier du cycle compte 32 perles de 4 couleurs différentes, un anneau en caoutchouc et un cylindre avec une flèche.

Que signifient les couleurs?



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

2.3. Bases physiologiques :

- La Méthode des Jours Fixes est complètement naturelle. La méthode est basée sur la connaissance du cycle menstruel de la femme. Le Collier du cycle aide à identifier la période allant du 8ème au 19ème jour (inclus) du cycle menstruel comme étant les jours féconds pour une femme ayant des cycles qui varient dans l'intervalle de 26 à 32 jours. Durant ces jours la probabilité de tomber enceinte en cas de rapports sexuels non protégés est très élevée.
- Les recherches sur la méthode ont montré que l'ovule garde son pouvoir d'être fécondé 12 à 24 heures après l'ovulation tandis que le spermatozoïde garde son pouvoir de fécondation jusque à 5 jours avant l'ovulation.
- La fenêtre de fertilité (de 8ème au 19ème jour) a été mise au point en combinant diverses bases de données liées à la probabilité. La probabilité de grossesse par rapport aux jours autour de l'ovulation et la probabilité d'ovulation par rapport au milieu du cycle menstruel.

2.4. Efficacité : L'efficacité est à 95% (théoriquement) si la méthode est utilisée correctement dans le respect des instructions. En cas d'utilisation typique, le taux d'efficacité est de 88% (pratiquement).

2.5. Avantages :

Accepté par plusieurs religions
Sert dans le traitement de l'infertilité
Pas d'effets secondaires locaux ni systémiques
Retour immédiat de la fécondité
Coût financier très bas pour les utilisateurs
Permet une certaine connaissance du système reproducteur féminin par le couple
Peut améliorer la communication dans le couple
La méthode est simple à enseigner et à apprendre

2.6. Désavantages

- Exige une période d'abstinence ou l'utilisation d'une autre méthode pour les 12 jours fertiles
- Nécessite un engagement et une motivation soutenue du couple
- Pas de protection contre les IST/VIH/SIDA
- Difficiles à utiliser chez les femmes qui ont des cycles menstruels de moins de 26 jours ou plus de 32 jours.

2.7. Critères d'éligibilité

2.7.a. Critères biologiques

a. Cas général : Les femmes avec des cycles menstruels qui durent 26 à 32 jours c'est à dire les femmes ayant leurs règles chaque mois et autour des mêmes dates.

b. Cas particuliers : Les femmes pouvant utiliser le Collier du Cycle moyennant certaines conditions :

- Pour les femmes en post-partum ou qui allaitent : attendre quatre épisodes des règles consécutives complètes (3 cycles) et le cycle le plus récent doit se trouver dans l'intervalle de 26 à 32 jours
- Après une fausse couche ou un avortement récent : avoir des cycles de 26 à 32 jours avant de tomber enceinte
- Pour les femmes qui utilisaient une autre méthode contraceptive avant : par exemple :
  - Injection contraceptive de 3 mois (attendre 3 mois depuis la dernière injection et cycle le plus récent doit se trouver dans l'intervalle de 26 à 32 jours)
  - Pour les femmes qui utilisaient une des méthodes hormonales: demander si la femme avait des cycles de 26 à 32 jours avant d'utiliser les méthodes hormonales
  - Utilisatrices du DIU: demander si la femme avait des cycles de 26 à 32 jours pendant l'utilisation de DIU

2.7.b. Critères comportementaux

Ces critères visent à déterminer si le couple communique bien sur la sexualité et si l'homme et la femme peuvent décider du comportement à adopter pendant la période fertile, du jour 8 au jour 19.

- Les deux partenaires sont d'accord d'utiliser la méthode
- Le couple est prêt et en mesure d'éviter les rapports sexuels non protégés lors des jours féconds
- Aucun de deux partenaires ne court le risque de contracter une infection sexuellement transmissible
- Les deux partenaires peuvent discuter et prendre les décisions concernant les jours où ils peuvent avoir des rapports sexuels

2.8. Quand commencer à utiliser le Collier du cycle ?

1) Les femmes qui se souviennent de la date de leurs dernières règles :
   - Elles peuvent commencer immédiatement
   - Les informer qu'elles peuvent déjà être enceintes si elles sont au-delà du 7eme jour du cycle
   - Insister sur le fait qu'elles doivent revenir si elles n'ont pas leurs règles après avoir déplacé l'anneau sur la dernière perle

2) Les femmes qui ne se souviennent pas de la date de leurs dernières règles :
   - Elles peuvent commencer la méthode le premier jour des règles suivantes
   - Utiliser une autre méthode temporaire jusqu'à ce qu'elle soit en mesure de commencer à utiliser le collier du cycle
3) Les femmes qui utilisent des contraceptifs oraux
   - Terminer le cycle menstruel actuel avec la méthode utilisée couramment
   - Commencer à utiliser le Collier du cycle, le premier jour des règles suivantes après avoir arrêté d'utiliser une autre méthode
4) Les femmes qui ont eu une fausse couche/avortement ou qui ont utilisé la CU
   - Eviter les rapports sexuels non protégés jusqu'à ce que commencent les règles suivantes
   - Commencer à utiliser le Collier du cycle, le premier jour des règles suivantes

2.9. Utilisation du collier du cycle

- Le premier jour de vos règles, placez l'anneau sur la perle ROUGE
- Marquez (encerclez) ce jour sur votre calendrier
- Déplacez l'anneau chaque jour, d'une perle à l'autre. Continuez à déplacer
- l'anneau même les jours où vous avez les règles
- Evitez des rapports sexuels non protégés le jour où l'anneau se trouve sur les perles BLANCHES.
- Vous pouvez avoir des rapports sexuels non protégés lorsque (l'anneau se trouve sur une perle MARRONNE. Il n'est pas probable que vous tombiez enceinte ce jour là
- Le jour où vos prochaines règles reviennent, déplacez l'anneau de nouveau sur la perle rouge et sautez toutes les perles restantes s'il y en a, et ensuite marquez cette date sur votre calendrier. Un nouveau cycle mensuel vient de commencer

2.10. Visite de suivi et prise en charge des problèmes

Lors de visites de suivi, le prestataire doit demander à la cliente d'apporter le Collier du Cycle et le calendrier pour vérifier si l'anneau est placé sur la perle correcte, celle correspondant à la date de la visite.

Problèmes rencontrés	Prise en charge
1. Oubli de déplacer l'anneau	1. Premièrement vérifiez sur le calendrier la date à laquelle la cliente à eu ses dernières règles 2. Ensuite, partant de la date marquée sur le calendrier, comptez le nombre de jours qui se sont écoulés jusqu'à la date de la visite. 3. Enfin partant de la perle rouge, déplacez l'anneau jusqu'à la perle correspondante à la date de la visite
2. Cycles longs supérieur à 32 jours ou courts inférieur à 26 jours.	• Revoir le Calendrier de la cliente et voir si, pendant l'année, la cliente avait des cycles menstruels de moins de 26 jours ou de plus de 32 jours. • Voir combien de cycles ont duré moins de 26 jours ou plus de 32 jours. • Si la cliente a eu un seul cycle de moins de 26 jours ou un seul cycle de plus de 32 jours, elle peut continuer à utiliser avec prudence le Collier du

	Cycle. Mais essayer de chercher la cause si possible. • Mais si elle a eu deux cycles ou plus qui durent moins de 26 jours ou plus de 32 jours au cours de 12 mois, expliquez-lui que cette méthode ne lui confère plus la protection dont elle a besoin et qu'elle peut tomber enceinte. Dans ce là le Collier du Cycle ne lui convient plus car son cycle menstruel ne répond plus aux conditions de l'utilisation de cette méthode. Donnez-lui des conseils sur d'autres méthodes.
3. Grossesse possible.	Déterminer combien de jours se sont écoulés depuis le premier jour de ses dernières règles. • Si plus de 42 jours se sont écoulés, expliquez-lui qu'elle pourrait être enceinte et proposez-lui de passer un test de grossesse (ou orientez-la vers les services où ce test est disponible). • Si le test de grossesse est négatif et si c'est la première fois qu'elle a un cycle de moins de 26 jours ou de plus de 32 jours, elle peut si elle le souhaite continuer à utiliser la méthode. Mais si elle a un autre cycle court ou long, la méthode ne lui convient plus. Elle doit changer de méthode. • Si le test de grossesse est négatif et qu'elle avait déjà eu une fois auparavant des cycles en dehors de 26 à 32 jours ; expliquez-lui que la Méthode du collier ne fonctionne plus à cause de la durée de son cycle. Donnez-lui des conseils à propos d'autres méthodes. • Si le test de grossesse est positif, orientez-la pour conseils supplémentaires vers les services prénatals.
4. Saignement inhabituel.	• Demandez à la cliente de décrire le saignement vaginal inhabituel. (Certaines femmes notent des saignotements très légers ou un tout petit peu de sang le jour des perles blanches. Cela ne survient pas chez toutes les femmes mais, généralement, c'est un signe normal de l'ovulation imminente et non pas le signe d'un problème de santé.) • Rassurez et expliquez qu'elle peut continuer à utiliser la méthode et que ce type de saignotement n'est pas préoccupant et ne l'empêche pas d'utiliser la méthode. (Indiquez également que le saignement est un problème par contre s'il survient pendant plus d'un jour en dehors d'une menstruation régulière ou s'il s'accompagne de douleurs abdominales.) • Référez la cliente avec un saignement vaginal inhabituel pour une consultation médicale.

3. REFERENCES

- Institute for Reproductive health, Guidelines for breastfeeding in Family Planning Programs and Child Spacing Programs. Georgetown University, 1992.
- Victoria Jenning, and coll., Fertility Awareness-Based method in Contraceptive Technology 18th revised edition 2004.
- Population Report, Nouveaux choix contraceptifs, série M, Numéro 19
- Institute for Reproductive Health, Counseling des clients sur la méthode des jours fixes. Guide du formateur, septembre 2004.

CHAPITRE 13: LES METHODES D'AUTO-OBSERVATION

0. INTRODUCTION

Les méthodes d'auto-observation sont des méthodes naturelles de planification familiale basées sur la connaissance de la fécondité grâce aux modifications physiologiques du corps humain pendant les phases du cycle menstruel.

Les méthodes d'auto-observation comprennent la méthode de la glaire cervicale, la méthode du changement du col utérin et la méthode de la température basale.

La méthode sympto-thermique (MST) combine plusieurs techniques pour prédire l'ovulation. La femme contrôle sa glaire cervicale et ses changements de température, incluant d'autres signes d'ovulation, tels la sensibilité des seins, les douleurs au dos, les douleurs au bas-ventre et légers saignements inter-menstruels. Elle doit pratiquer l'abstinence dès le premier signe de la glaire cervicale mouillante jusqu'à ce que la température de son corps demeure élevée pendant trois jours après le jour de pointe (le dernier jour de la glaire claire et filante) ou jusqu'au quatrième jour après que la mince glaire ne soit plus observée.

1. OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

1.1. Objectifs spécifiques

A la fin de cette unité, les participants seront capables conseiller aux clientes ayant choisi les méthodes d'auto-observation (MAO) comme méthode d'espacement des naissances sur la manière efficace de l'utilisation.

1.2. Objectifs opérationnels

Lorsqu'ils seront appelés à conseiller aux clientes ayant choisi les méthodes d'auto-observation (MAO) comme méthode d'espacement des naissances sur la manière efficace de l'utilisation, les participants doivent être capables de :

- Définir les concepts liés aux méthodes d'auto-observation (méthode de la glaire cervicale, méthode de changement du col utérin, méthode de la température basale)
- Maîtriser les techniques d'auto-observation
- Maîtriser les interprétations des méthodes d'auto-observation
- Reconnaître les avantages et inconvénients des méthodes d'auto-observation.

2. INFORMATIONS

2.1. METHODE DE LA GLAIRE CERVICALE

2.1.a. Introduction

La méthode de la glaire cervicale est utilisée pour déterminer les jours relativement infertiles, les jours fertiles, les jours infertiles par l'observation de la glaire cervicale au cours du cycle menstruel.

Il existe une relation entre la glaire cervicale et la fertilité. Pour éviter une grossesse, pour la favoriser, il faut respecter les règles d'application de la méthode.

2.1.b. Définition de la glaire cervicale

La glaire cervicale est une sécrétion cervicale visqueuse, glissante.

- <u>Vue au microscope</u>, elle se présente sous deux formes selon les périodes du cycle.

Période pré-ovulatoire : Elle se présente sous forme de filet de pêche avec de mailles larges afin de permettre le passage des spermatozoïdes pour une éventuelle fécondation.

Période post-ovulatoire : Elle se présente sous forme de filet de pêche avec des mailles très serrées qui ne permettent pas le passage du spermatozoïde.

- **A l'œil nu,** aspect trouble, blanchâtre, jaunâtre, opaque, épaisse, transparente, filamenteuse comme du blanc de l'œuf cru, filante, teintée de sang, brunâtre.

- **Au point de vue sensation** : glissante, mouillée, humide, lubrifiante.

2.1.c. Caractéristiques de la glaire cervicale et son évolution durant le cycle

Juste après les règles certaines femmes connaissent une période de latence, d'infertilité relative. La glaire apparaît avec le mûrissement de l'ovule. Au début, elle est collante, opaque et lourde pour devenir de plus en plus claire, transparente et disparaître. La présence de la glaire, peu abondante ou abondante, indique la fertilité.

2.1.d. Techniques de détection de la glaire cervicale

Il existe deux techniques d'observations de la glaire.

a) Prélèvement direct par le toucher vaginal

Cette technique consiste à prélever la glaire à partir du col.

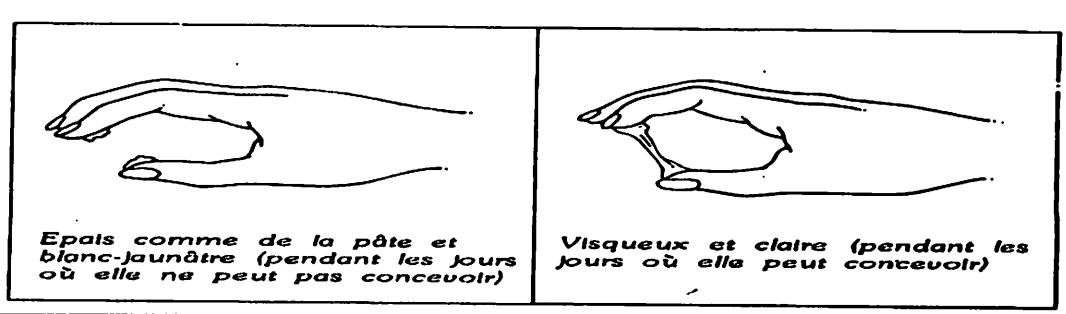
Quand faut-il s'observer ?

Nous conseillons que l'utilisatrice de la méthode de la glaire cervicale s'observe de préférence chaque jour le soir.

On déconseillera le matin parce qu'elle risque de confondre la glaire avec d'autres secrétions. Toutefois, la femme peut s'observer chaque fois que le besoin se présente, surtout pendant la période pré-ovulatoire.

Comment faut-il s'observer ? Etapes du toucher vaginal.

- se laver les mains, les secouer
- se mettre en position accroupie
- introduire deux doigts (index et majeur) dans le vagin jusqu'à toucher le col
- le faire sortir lentement
- les placer devant les yeux
- les frotter et les ouvrir lentement
- observer, interpréter et noter



b) *Technique de sensation (ou méthode Billings)*

Elle consiste à découvrir la glaire par la sensation seule dans le vagin et au niveau de la vulve.

Quand se sentir ?

La cliente qui utilise la technique de la sensation pour détecter la glaire doit être attentive au cours de la journée pour savoir comment elle se sent au niveau du vagin (le matin, aux environs de midi, le soir).

Comment ?

- se sentir, est-elle mouillée, humide ou lubrifiée, ou est-elle sèche
- vérifier les sous-vêtements (utiliser de préférence un sous-vêtement sombre pendant la période pré-ovulatoire : vert, brun, noir, bleu)
- pratiquer de contractions vaginales
- utiliser le papier hygiénique après avoir uriné et observer
- noter et adopter le comportement correspondant.

Comment noter ?

Règles : **R**
Glaire : ■ ■ Perte vaginale : V Jour sec
Autres saignements : ///, ///•

Infertilité après ovulation

■ ou ■ - - - -
1 2 3 4 jrs ■ 1 2 3 4 jrs
x x

Une maman qui utilise la méthode de la glaire fera tout pour détecter le dernier jour de la glaire filante. Après ce jour elle ajoutera 3 jours secs. Le 4ème jour est infertile. Pourquoi ? Beaucoup de recherches ont conclu que l'ovulation se fait le lendemain du dernier jour de la glaire filante et comme l'ovule vit au maximum 24 heures. Ainsi, jusqu'au chiffre 2, l'ovule peut se trouver dans la trompe. Le 3e jour l'ovule ne vit pas mais c'est un jour de sécurité. L'infertilité commence à partir du 4ème jour.

N.B. En cas de double ovulation, la deuxième se fait dans les 24 heures qui suivent la première.

2.1.e. Condition d'efficacité

1. s'observer et noter chaque jour
2. maîtriser les techniques d'observation (détection)
3. savoir distinguer la glaire des autres sécrétions
4. respecter les jours de continence
   - les jours de la glaire
   - les jours de 1, 2, 3
   - toute la période pré-ovulatoire pour le 1er cycle des débutants
5. lorsqu'on pratique la technique de la sensation éviter les rapports le matin pendant la période de latence.
6. savoir distinguer la période fertile et la période infertile
7. savoir demander conseil à l'éducatrice lorsqu'on doute
8. ne pas associer les méthodes MAO aux autres méthodes
9. vivre les méthodes en couple

2.2. METHODE DU CHANGEMENT DU COL UTERIN

2.2.a. Définition

La méthode du changement du col utérin consiste à explorer le col utérin en observant les modifications. Le col utérin est la porte de l'utérus, un canal de passage qui présente une centaine de cryptes.

2.2.b. Utilité du col utérin

- Il produit ou sécrète la glaire cervicale
- Ferme l'utérus pour protéger une grossesse éventuelle.
- Il sert de passage pour les spermatozoïdes, les règles et c'est aussi la porte de sortie de l'enfant lors de l'accouchement.

2.2.c. Les 4 changements du col utérin

1. le col est bas ou haut
2. le col est dur ou mou
3. le col est fermé ou ouvert
4. le col peut être incurvé (incliné)

Bas	Haut
Dur	Mou
Fermé	Ouvert
Incurvé	

Interpréter directement les différents changements : infertilité et fertilité.

1. Après les règles (peu d'oestrogènes) : le col est facile à atteindre. Il est bas, dur et ± fermé.
2. La période fertile (beaucoup d'oestrogènes) : le col devient difficile à atteindre. Il est haut, se ramollit progressivement, devient mou et s'ouvre aussi progressivement
3. La période infertile (progestérone) : le col est facile à atteindre. Il redescend, se ferme et redevient dur.

N.B. : Tous ces changements se font lentement avant l'ovulation tandis qu'après l'ovulation, le changement est brusque en vue de protéger une grossesse éventuelle. Ces changements dépendent d'une femme à l'autre.

2.2.d. Les techniques d'exploration du col utérin

a) Quand faut-il explorer le col utérin ?

L'exploration du col utérin se fait au moment du toucher vaginal. (le soir)

b) Comment ?

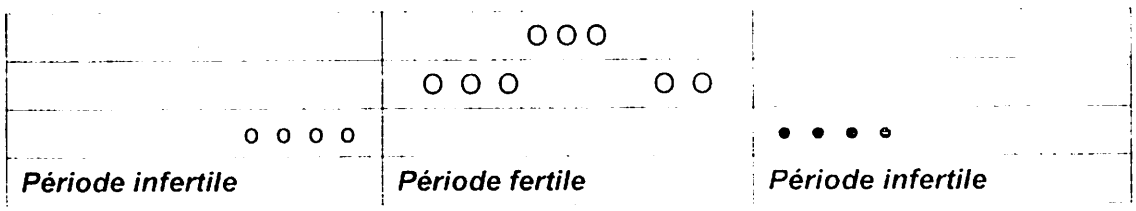
- Prendre la même position que pour la détection de la glaire pour bien interpréter les différents changements qui s'opèrent.
- Utiliser les mêmes doigts que pour la détection de la glaire. (index et majeur)
- Utiliser la même technique tous les jours pour faciliter la différenciation de divers changements du col utérin.

N.B. : Toutes ces caractéristiques ne se retrouvent pas nécessairement chez toutes les femmes.

- Certaines femmes peuvent découvrir deux et rarement trois ou quatre caractéristiques.
- Il est inutile d'insister pour que la femme détecte les trois ou quatre changements du col.

2.2.e. *Interprétation et notation*

Le col est bas, dur, incurvé, ± fermé : c'est la période infertile.
Pendant la période de latence le col est ± ouvert, bas et dur (infertilité relative)
Pendant la période fertile, il est haut, mou et ouvert.
Pendant la période post-ovulatoire, il est fermé, bas, dur et incliné (infertilité absolue).
On notera ° °, au début et à la fin de la période ovulatoire et le grand O en plein période ovulatoire



N.B. : Certaines femmes ne peuvent pas découvrir la position intermédiaire. La méthode du col utérin est une pratique qu'il faut associer à la méthode de la glaire cervicale.

Tous ces changements se font lentement avant l'ovulation pour faciliter aux spermatozoïdes de bien monter dans l'appareil génital de la femme tandis qu'après l'ovulation ces changements sont brusque pour protéger un enfant éventuel.

L'observation du col se fait chaque jour au moment de l'observation de la glaire. Il est très important au début de laisser l'utilisatrice découvrir le col. Car tous ces changements ne sont pas les mêmes chez toutes les femmes, il vaut mieux laisser chaque femme décrire l'état de son col.

2.2.f. *Les signes associés*

Chez certaines femmes, l'ovulation peut être accompagnée par certains signes. On peut remarquer :

- Le gonflement de la vulve
- Une lourdeur au bas ventre
- Un désir sexuel très prononcé
- Le désir de plaire, la gaieté, la coquetterie
- Le gonflement des seins
- Des petits saignements pendant la période fertile.

N.B. : Tous ces signes doivent être signalés sur le graphique de l'utilisatrice.

2.3. METHODE DE LA TEMPERATURE BASALE

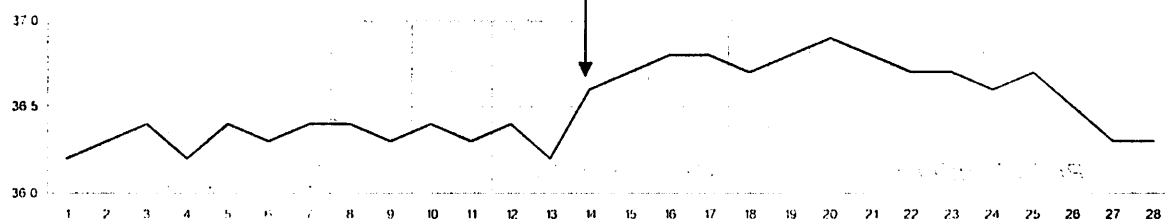
2.3.a. *Introduction*

La méthode de la température basale consiste à identifier les jours fertiles et les jours infertiles du cycle menstruel en observant les variations de la température basale, associées à d'autres signes. Cette méthode est très importante car elle précise réellement si l'ovulation a eu lieu ou non. Cette méthode est importante pour les cas de désir grossesse et certains cas particuliers comme la pré ménopause, la période de l'allaitement et après la contraception hormonale.

2.3.b. Définition

C'est la température du corps prise après un long moment de repos. La température augmente légèrement au moment de l'ovulation (Libération d'un ovocyte).

La température basale **Ovulation**



Pour utiliser la méthode de la glaire cervicale (méthode de Billings), la femme suit et enregistre sur une base journalière les changements de sécrétion de sa glaire cervicale.

2.3.c. Prise de la température

a) ***Choisir l'endroit de la prise*** : Il existe 4 endroits pour prendre la température.

- Sous l'aisselle : pendant 10 minutes
- Anus : pendant 3 minutes
- Vagin : pendant 3 minutes
- Sous la langue : pendant 5 minutes

La conduite a opté pour la température buccale sous la langue (pour une question d'hygiène).

b) ***Quand prendre la température*** :

Chaque jour, à l'heure à laquelle la femme a l'habitude de se réveiller.

Exemple : Si la femme se lève d'habitude à 5 heures du matin, elle peut prendre sa température entre 4 heures 45 minutes et 5 heures 15 minutes.

Cependant, si on a dû, un jour, prendre plus tôt ou plus tard, il faut l'indiquer par un signe sur le graphique.

Exemple : + ou – pour une heure plus tôt ou plus tard.

S'il y a eu une activité pendant la nuit (ex. : allaiter, mixions, descente du lit, ...), la femme doit s'assurer une heure de repos entre l'activité et la prise de la température. En cas d'une activité intense (rentrée tardive, rapports sexuels, ...), s'assurer au moins 3 heures de repos avant la prise de température.

c) ***Comment prendre la température*** *? (Routine quotidienne = ce qu'elle doit faire à chaque prise)*

- Ouvrir les yeux
- Prendre le thermomètre et introduire son bulbe dans la bouche sous la langue (la vérification du niveau de mercure doit être faite le soir avant de se coucher).

- Fermer la bouche pendant 5 minutes.
- Retirer le thermomètre. (Ne pas toucher le bulbe, la femme peut alors se lever).
- Lire le thermomètre.
- Noter la température sur le graphique.
- Agiter le thermomètre jusqu'à ce que le mercure redescende au niveau très bas.
- Nettoyer le thermomètre à l'eau du robinet ou l'alcool dénaturé.
- Remettre le thermomètre à sa place habituelle loin d'une source de chaleur, des chocs ou des chutes. Si possible le garder tout près du chevet.

N.B. : 1. Noter directement après la lecture du thermomètre parce que le mercure peut se dilater après un temps et il ne faut pas négliger les petits traits (1/10ème de degré)

2. Au cours d'un cycle, il ne faut pas changer le thermomètre parce que le même thermomètre s'adapte au corps d'une même femme.
3. Signaler sur le graphique si le thermomètre s'est cassé.
4. Toute activité inhabituelle ou perturbation de santé devra être indiquée.
5. Si le mercure s'arrête entre deux traits, la femme inscrira la température la plus basse.

Même thermomètre, au même endroit, aux environs d'une même heure. Pour un cycle

2.3.d. La courbe thermique

a) Définition

La courbe thermique est l'ensemble de tous les points de températures prises au cours d'un cycle.

b) Sortes de courbes thermiques

Il y a deux sortes de courbes thermiques :

b.1. La courbe thermique monophasique

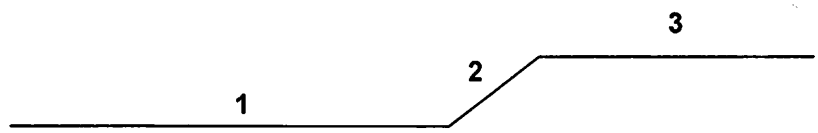
Tous les points restent presque au même niveau cela veut dire que le cycle est anovulaire ou anovulatoire.

Il n'y a pas eu l'ovulation et la courbe thermique ne représente qu'un seul plateau, on rencontre cette courbe thermique monophasique chez la ménopausée ou la femme en post-partum et aussi quand la femme vit une situation particulière.

Courbe monophasique, un plateau

b.2. La courbe thermique biphasique

C'est une courbe qui a deux plateaux : plateau bas et plateau haut stabilisé. Elle a trois niveaux qui sont : le plateau bas, le décalage et le plateau haut stabilisé. Cela veut dire que l'ovulation a eu lieu. On parlera du décalage.



3 niveaux : 1 = Plateau bas, 2 = Décalage,
3 = Plateau haut stabilisé. C'est-à-dire qu'après la montée, la température reste élevée.

c) Le décalage et la ligne de cache

c.1. Le décalage : Il est constitué par les deux derniers points du plateau bas et les trois premiers points du plateau haut stabilisé.

***N.B.** : Pour être sûr qu'il y a eu décalage, il faut tracer la ligne de cache.*

c.2. Traçage de la ligne de cache :

La ligne de cache : est une ligne horizontale qui sépare tous les points du plateau bas à ceux du plateau haut stabilisé.

Il y a deux façons de tracer la ligne de cache :

A l'aide d'un papier ou latte qu'on déplace doucement de bas en haut sur la courbe thermique : lorsque tous les points de la phase basse sont couverts, tracer la ligne de cache à 0,5 cm au dessus du point haut.

(1) A partir du 1er jour du cycle, compter dix points (ou six points après les règles) repérer le point le plus haut du plateau bas et, 0,5 cm au-dessus de ce point tracer la ligne de cache.

c.3. Caractéristiques d'un bon décalage :

Pour reconnaître un bon décalage, il doit y avoir certaines qualités :

- Pas trop tôt = pas avant le 6ème point de la T° prise (à partir du 1er jour après les règles)
- Pas trop vite = l'écart de 2 T° successives ne doit pas dépasser 3 dixième de degré
- Parfois précédé d'un creux (chute de T°) (toujours précédé ou accompagné par une extériorisation de la glaire).

Pas trop tôt, il est rare qu'un décalage vrai survienne avant le 6ème jour à partir du 1er jour après les règles. Sauf chez une femme qui a fréquemment des cycles très courts.

Pas trop haut, pas trop vite, un décalage ne dépasse qu'exceptionnellement 3 dixièmes en un jour et 5 dixièmes au total.

N.B. : *Les points parasites ne sont pas considérés lors du traçage de la ligne de cache.*
Points parasites : mauvaises prises de température.

d) Interprétation

Courbe thermique monophasique : cycle anovulatoire

Courbe thermique biphasique : cycle ovulatoire

e) L'infertilité de la température : 1, 2, 3

L'infertilité dans la méthode de la température commence au 3ème point haut stabilisé après la ligne de cache.

L'infertilité de la température commence au chiffre 3 correspondant au chiffre 4 de la glaire. En cas de retard d'un signe, il faut attendre le signe qui est en retard.

f) Perturbation de la température

1. Non respect de la routine quotidienne (heure différente, mouvement, changement de thermomètre, d'endroit de prise)
2. Un coucher tardif, boisson alcoolisée
3. Indisposition, rhume
4. Insomnie ou interruption de sommeil
5. Travail de nuit
6. Changement de milieu
7. Stress, chocs psychologiques
8. Prise de certains médicaments
9. Certaines pratiques religieuses

g) Avantages et inconvénients de la température

➢ **Avantages**

- Elle montre réellement que l'ovulation a eu lieu
- Elle facilite la collaboration du couple dans la pratique de la méthode
- Elle aide beaucoup les cas particuliers, les cas de désir de grossesse.
- Elle peut faciliter certaines consultations médicales (infertilité

➢ **Désavantages**

. La température pratiquée seule oblige une longue période d'abstinence car dès le début du cycle jusqu'au chiffre 3, elle est muette. Cette difficulté est contournée par l'association de la glaire à la température.

3. REFERENCES

- Planification familiale. Guide pratique pour l'Afrique, division des maladies transmissibles Centre pour le contrôle des maladies - CDC Atlanta, division santé reproductive, 1985
- Odia Mwangula Berthe, module de formation PFN, Conduite de la Fécondité, 2005.

CHAPITRE 14 : LES BESOINS DES CLIENTS VIVANT AVEC LE VIH EN PLANIFICATION FAMILIALE

0. INTRODUCTION

Dans la majorité des pays de l'Afrique subsaharienne, plus de 20% des femmes mariées en âge de procréer ont un besoin de contraception insatisfait. Ce besoin insatisfait met dans une situation particulièrement difficile les femmes infectées au VIH qui peuvent vouloir éviter une grossesse mais n'ont pas accès aux contraceptifs ou aux services de planification familiale.

1. OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

1.1. Objectif spécifique

A la fin cette unité, les participants seront capables de répondre aux besoins des clients séropositifs en PF.

1.2. Objectifs opérationnels

Lorsqu'ils seront appelés à répondre aux besoins des clients séropositifs en PF, les participants devront être capables de :

- Maîtriser les mécanismes d'intégration de la PF dans les services VIH
- Enumérer les défis pratiques à l'intégration de la PF dans les services VIH
- Expliquer le rôle de la PF dans la prévention du VIH
- Enumérer les possibilités de la double protection
- Décrire les besoins des clients vivant avec le VIH en PF
- Prendre en charge les clients vivant avec le VIH en PF

2. INFORMATIONS

2.1. Intégration des services VIH et PF

Les services offerts dans le cadre de PF et VIH ont en commun quelques besoins, tels que:

- La gestion de la sexualité et de la fécondité
- Le risque élevé de l'infection au VIH ou la gestion de la séropositivité
- La connaissance du statut VIH
- L'accès aux contraceptifs

L'intégration crée des synergies programmatiques. Elle permet entre autres de:

- Offrir des services plus complets aux clients (l'accès à plusieurs services aide à réduire la stigmatisation due au VIH)
- Accroître l'accès aux méthodes contraceptives (augmente le nombre de points d'accès, population cible différente)
- PF en CDV : Population ciblée = tout client CDV, sans tenir compte du statut VIH
- Prévenir la transmission mère-enfant du VIH
  - PF en PTME : Population ciblée = femmes enceintes VIH +
  - PF en soins VIH (y compris le TARV) : Population ciblée = femmes et hommes VIH+
- Accroître l'accès aux services de lutte contre le VIH/SIDA (dépistage de VIH...)
- Accorder des opportunités pour le suivi des clients et pour soutenir l'adhérence aux méthodes et autres médicaments (ARV...).

Les bénéficiaires de ces deux services ont besoin d'informations sur les contraceptifs et d'y avoir accès mais aussi de connaître comment le VIH affecte leurs options de santé de la reproduction.

Par conséquent, il est important que les programmes sur le VIH/SIDA fournissent des informations et des services de planification familiale, ou réfèrent les personnes à de tels services. Il est tout aussi important que les programmes de planification familiale prennent en compte les besoins des personnes vivant avec le VIH et qu'ils disposent de liaisons solides avec les programmes et services de lutte contre le VIH/SIDA.

Les services intégrés aident aussi à surmonter la stigmatisation liée au VIH/SIDA, un des obstacles majeurs à l'accès aux services de VIH.

Ainsi des synergies programmatiques peuvent résulter de l'intégration des services de planification familiale et services de lutte contre le VIH/SIDA.

En outre, la prestation de plusieurs services dans un même cadre crée des occasions de contact plus nombreuses entre les clients et les prestataires. Les prestataires ont plusieurs occasions de suivre leurs clients et de les aider à observer leur traitement et la méthode de contraception choisie.

Il n'est pas toujours possible ou pratique de fournir des services intégrés. Dans ce cas, il faudra alors mettre en place un réseau de référence à des services spécialisés et les prestataires devront référer leurs clients aux services correspondant à leurs besoins.

La prestation de services intégrés peut aussi rendre ces services plus attirants aux yeux des hommes et des partenaires masculins. Les services et programmes individuels, qu'ils soient intégrés ou non, devront déployer des efforts pour atteindre les hommes en leur adressant des messages en matière de santé de la reproduction et en les invitant à y participer.

2.2. Défis pratiques à l'intégration du service PF dans un service VIH établi

Les défis à l'intégration du service de PF dans un service de VIH établi peuvent être résumés comme suit :

- Créer une surcharge de travail dans les sites déjà chargés de prise en charge VIH
- Augmenter la pression sur les consultations VIH
  - Augmentation du temps d'attente pour les clients
  - Augmentation de la quantité d'informations et la charge de prendre des décisions chez les clients.
  - Le staff doit posséder des connaissances et habilités appropriées
- Nécessite un réseau de référence fonctionnel
- Nécessite des changements correspondants dans la gestion des services, la collecte des données, les rapports des activités, la logistique.

2.3. Rôle de la PF dans la prévention du VIH

La prestation de services intégrés de la santé de la reproduction qui offrent à la fois des séances de counseling en planification familiale et des services de contraception aux personnes et aux couples vivant avec le VIH peut améliorer leur vie et celle de leurs familles.

- Lorsque les services de PF leur sont offerts, les clients vivant avec le VIH jouissent des mêmes avantages de santé que les autres personnes de leur communauté. Les couples peuvent limiter leur famille au nombre d'enfants qu'ils désirent et qu'ils sont en mesure d'élever. Les femmes peuvent espacer leurs grossesses comme il leur convient et

réduire les risques associés à de trop nombreuses grossesses ou à des grossesses trop rapprochées.

- La planification familiale peut également prévenir les infections au VIH chez les enfants en aidant les femmes qui en sont infectées et qui ne veulent pas avoir d'enfant à éviter les grossesses non désirées.

2.4. La double protection

La double protection est un moyen pour éviter en même temps la grossesse et les IST/VIH. Elle peut se faire de plusieurs manières :

1) L'emploi systématique et correct du préservatif constitue une contraception efficace et les préservatifs sont aussi l'unique méthode de protection contre les IST/VIH. Quand cette option est utilisée, la contraception d'urgence devrait être disponible pour prévenir la grossesse au cas où un incident se produit avec le préservatif (rupture ou glissement, par exemple)

2) L'emploi du préservatif masculin ou féminin *plus* une autre méthode de planification familiale augmente la protection contre la grossesse.

3) Toutes les méthodes contraceptives peuvent être utilisées si les deux personnes ne sont pas infectées et que chacune d'elle n'a aucun autre partenaire sexuel. Quant au VIH, si le couple est discordant, le partenaire non infecté risque de le devenir. Si les deux partenaires sont séropositifs, il existe certains risques de réinfection par une souche différente de VIH.

4) Les quelques options additionnelles incluent l'intimité sexuelle satisfaisante mais sans risque de transmission d'IST ou de VIH – ce qui veut dire l'absence de tout contact avec le sperme ou les sécrétions vaginales du/de la partenaire.

5) Enfin, retarder ou éviter l'activité sexuelle, aussi connu comme abstinence sexuelle, est un autre choix sans risque.

Si le client choisit l'option 4 ou 5, conseillez-le d'avoir toujours des préservatifs à portée de main en cas de relations sexuelles.

2.5. Besoins des clients séropositifs en planification familiale

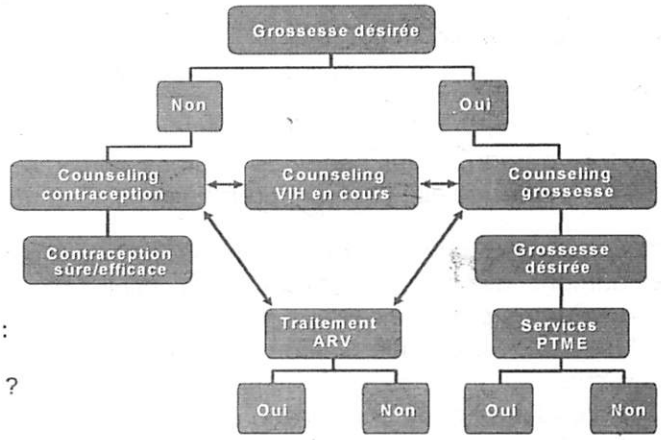
a. Choix des clients vivant avec le VIH

Suivant les situations, un prestataire devra guider une femme dans la prise des décisions suivantes :

- Une décision en matière de procréation : à ce stade, une grossesse est-elle désirée ou non ?
- Si une grossesse n'est pas désirée, la cliente doit prendre des décisions en matière de santé de la reproduction, comme la décision de la méthode contraceptive à choisir et les mesures à prendre pour prévenir le VIH/SIDA.
- Si la femme est enceinte, ou si elle désire l'être, la cliente doit prendre des décisions sur la PTME et les autres considérations concernant l'allaitement et le risque de transmission du VIH.
- Si le traitement ARV est disponible : est-il indiqué et désiré ?

Choix des clients vivant avec le VIH

1. Décision en matière de procréation : désir d'une grossesse ?
2. Décision éclairée : méthode contraceptive ? prévention VIH/IST ?
3. Décision(s) de traitement : traitement ARV pour soi-même et le partenaire ? PTME ?



Adapté de : Cates, 2001.

Trois phénomènes nouveaux positifs peuvent encourager les femmes vivant avec le VIH à réexaminer les décisions à prendre en matière de sexualité, de rapports et de procréation. Ces phénomènes sont les effets des traitements ARV sur la santé et la longévité d'un grand nombre de personnes vivant avec le VIH, la présence croissante de moyens efficaces de réduire la transmission de la mère à l'enfant et la plus grande disponibilité de services de soins et de soutien à l'intention des familles affectées par le VIH.

b. Raisons d'éviter une grossesse

Un grand nombre de femmes sexuellement actives et infectées au VIH ne voudront probablement pas d'enfant et désireront donc avoir recours à la contraception.

Leurs raisons de vouloir éviter ou différer une grossesse sont souvent les mêmes que pour les femmes qui ne sont pas infectées au VIH : préserver la condition économique familiale, se limiter au nombre d'enfants désirés et espacer les naissances.

Une femme vivant avec le VIH peut aussi vouloir éviter d'avoir des enfants pour d'autres raisons, notamment :

- La crainte que la grossesse ne compromette davantage sa santé, en particulier si elle est déjà compromise par des symptômes liés au SIDA. Son partenaire ou époux peut être infecté ou avoir déjà développé des symptômes. En l'absence de thérapie ARV et de traitement des infections opportunistes, la longévité et la qualité de vie risquent de se trouver gravement compromises.
- La crainte de transmettre le VIH aux enfants qu'elle concevra.
- La crainte de laisser des orphelins, étant donné que l'infection au VIH va probablement raccourcir sa vie, en particulier si elle ne reçoit pas de traitement. Les parents se soucient naturellement de savoir qui prendra soin de leurs enfants s'ils ne peuvent plus le faire.
- La peur que personne ne veuille s'occuper de leur famille pendant la maladie en raison de la stigmatisation et de la discrimination associées au SIDA.

2.6. Options de planification familiale pour les clients vivant avec le VIH

2.6.a. Les contraceptifs oraux combinés

L'OMS conseille que les femmes infectées par le VIH peuvent utiliser les COC sans aucune restriction, qu'elles soient au stade du sida ou non.

Les femmes sous thérapie antirétrovirale (TAR) peuvent utiliser les COC car il n'y a pas de preuves suffisantes montrant que ces derniers sont moins efficaces chez ces femmes.

Cependant, à cause de la possibilité de réduction de leur efficacité, les COC ne constituent pas le choix le plus approprié pour certaines femmes sous TAR, en particulier celles qui ont des difficultés à se rappeler qu'elles doivent prendre la pilule chaque jour.

Si la femme sous TAR choisit néanmoins les COC, son choix est acceptable pourvu qu'elle prenne assidûment des pilules standards à faible dose ne contenant que 30 à 35µg d'œstrogène. Certains prestataires proposeront l'utilisation de pilules à plus forte dose de 50µg d'œstrogène, mais aucune étude n'a comparé l'efficacité des pilules à forte dose par rapport aux doses faibles chez les femmes sous TAR. De plus, les COC à forte dose peuvent provoquer plus d'effets secondaires et de complications.

L'approche la plus rationnelle serait d'utiliser des préservatifs comme méthode d'appoint de contraception tout en prenant des COC à faible dose.

Indépendamment de la méthode choisie, suggérer l'utilisation des préservatifs doit faire partie intégrante du counseling sur les méthodes contraceptives à donner aux femmes infectées par le VIH parce que le préservatif est l'unique moyen empêchant la transmission des IST et du VIH entre partenaires.

En général et à moins d'avoir certains problèmes de santé particuliers, les femmes séropositives peuvent utiliser la pilule.

2.6.b. Les contraceptifs injectables

Les contraceptifs injectables peuvent être utilisés sans restriction chez les femmes infectées par le VIH ayant ou n'ayant pas encore le SIDA.

Les femmes sous thérapie ARV peuvent généralement utiliser les contraceptifs injectables

Il a été démontré que la névirapine réduit la teneur en progestatif du sang d'environ 20%. Cependant, cette baisse n'est probablement pas suffisante pour affecter l'efficacité du contraceptif.

Les doses de DMPA sont suffisamment élevées pour fournir une large marge d'efficacité. Si une réduction de l'efficacité devrait se produire, elle se produirait probablement à la fin de la période de 3 mois de la dose, quand la teneur en DMPA du sang diminue.

L'administration de la prochaine injection de DMPA peut normalement se faire avec jusqu'à 4 semaines de retard. Mais les prestataires devraient encourager les femmes sous thérapie ARV à recevoir l'injection suivante vers la fin de la période de trois mois.

Il faut conseiller aux femmes infectées par le VIH et optant pour le DMPA d'utiliser une méthode duelle et de penser à utiliser des préservatifs en plus de la méthode hormonale. Les préservatifs offrent non seulement une protection supplémentaire contre la grossesse mais préviennent aussi la transmission des IST/VIH entre partenaires.

2.6.c. *Le dispositif intra-utérin*

La majorité des femmes, y compris les femmes séropositives et à l'exception des femmes ayant le SIDA et ne faisant pas de thérapie ARV, peuvent initier le DIU en toute sécurité :

- Une femme séropositive peut utiliser le DIU si elle ne présente pas de symptômes du SIDA.
- Une femme qui a développé le SIDA alors qu'elle utilisait déjà le DIU peut en continuer l'usage.
- Une femme qui a le SIDA mais qui s'en sort médicalement bien grâce à la thérapie ARV (c'est-à-dire qu'elle ne présente pas de symptômes du SIDA) peut commencer ou continuer à utiliser le DIU.

Il faut conseiller aux femmes infectées par le VIH et optant pour le DIU d'utiliser une méthode duelle et de penser à combiner le DIU aux préservatifs masculins et féminins pour prévenir les IST.

2.6.d. *La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée*

Les femmes séropositives peuvent utiliser la thérapie ARV (pour les femmes éligibles à faire un traitement ARV) pendant l'allaitement. Cette thérapie peut également protéger le bébé de l'infection par le VIH.

S'il est vrai qu'une mère séropositive risque de transmettre le VIH à son bébé en l'allaitant, l'allaitement maternel exclusif reste quand même plus sûr que l'allaitement mixte. Les femmes séropositives devraient être conseillées sur l'option d'allaitement qui leur convient le mieux :

- Si une option d'alimentation de substitution sûre est disponible (acceptable, abordable, durable et sûre), elle réduira à néant les risques de transmission du VIH au bébé (en supposant que le bébé n'ait pas le VIH à la naissance).
- Si aucune option d'alimentation de substitution sûre n'est disponible, une femme séropositive devrait pratiquer l'allaitement maternel exclusif au cours des 6 premiers mois. A 6 mois, il est recommandé de passer à l'alimentation de substitution. Si cependant, l'alimentation de substitution n'est toujours pas acceptable, faisable, abordable, durable ni sure, on recommande la continuation de l'allaitement maternel et l'introduction d'aliments de compléments.
- Il faut arrêter l'allaitement maternel dès qu'on peut donner un régime nutritionnellement adéquat, sûr et sans lait maternel au bébé.
- Les mères allaitantes de nourrissons et de jeunes enfants de séropositivité connue, devraient être fortement encouragées à continuer à allaiter.

Conduite à tenir :

- Faire un sevrage brutal. La femme doit cesser d'allaiter au bout de 2 jours à 3 semaines. En sevrant le bébé rapidement, on diminue les risques de transmission du VIH.
- La MAMA peut être combinée aux préservatifs masculins et féminins pour prévenir les IST/SIDA.
- Si la mère connaît des difficultés aux seins telles que mastite, crevasses, mamelon rétracté, abcès, etc ; lui conseiller de nourrir le bébé au sein non-malade puis d'extraire et de jeter le lait du sein malade.
- Conseiller à la mère de faire immédiatement soigner le bébé en cas de muguet ou de lésions buccales.
- Si la mère présente des symptômes associés au SIDA (tels que fièvre prolongée, grave toux ou diarrhée ou pneumonie), lui dire de se rendre, sans attendre, au centre de santé.

2.6.e. *Les méthodes basées sur la connaissance de la fécondité*

Les méthodes risquent d'être moins efficaces si la santé de la cliente commence à décliner ou qu'elle se met à prendre des ARV ou d'autres médicaments.

Dans ce cas, il faut la référer pour des conseils plus poussés ou pour un counseling :

- Pour éviter l'infection, utiliser un préservatif à tous les rapports.
  - Si la femme est exposée au risque de VIH et d'IST, lui conseiller d'utiliser des préservatifs à tous les rapports, pendant les jours féconds comme non féconds.
  - Si elle ne court pas de risques, elle peut utiliser les préservatifs masculins ou féminins pendant les jours féconds pour prévenir la grossesse.
  - Les partenaires qui sont fidèles l'un à l'autre et qui sont tous deux séropositifs peuvent aussi choisir d'utiliser des préservatifs pendant les jours fertiles, uniquement pour prévenir la grossesse.

2.6.f. *Les spermicides*

Les personnes infectées par le VIH peuvent utiliser la plupart des méthodes sauf les spermicides ou les diaphragmes avec spermicides car ceux-ci peuvent augmenter le risque d'infection chez la femme non infectée ou le risque de surinfection par le VIH chez la femme déjà infectée par le VIH.

Si une femme désire être bien protégée contre la grossesse, il est important de l'encourager à envisager d'autres méthodes et particulièrement la double méthode

2.6.g. *La CCV*

Les personnes atteintes du SIDA et mal portantes ne doivent pas se faire stériliser. Dans ce cas, il faut reporter l'intervention jusqu'à ce que leur état s'améliore.

Il n'existe pas d'autres restrictions liées à l'état d'infection par le VIH. Cependant, les clients infectés par le VIH peuvent présenter un cas ou une caractéristique pouvant limiter leur éligibilité à l'utilisation de cette méthode particulière.

3. REFERENCES

- Family Planning: A global handbook for providers, OMS/USAID, 2007
- Intégration des services de planification familiale et de VIH, Family Health International, 2008
- Reproductive choices and family planning for People Living with HIV, OMS, 2007
- Integrating Family Planning into HIV Voluntary Counseling and Testing Services in Kenya: Progress to Date and Lessons Learned, Family Health International, 2006
- La contraception pour les femmes et couples vivant avec le VIH, Family Health International, 2008

MODULE III : GESTION DES ACTIVITES

CHAPITRE 1 : GESTION DE L'INFORMATION

0. INTRODUCTION

Les données sur la PF doivent être disponibles pour permettre de calculer les indicateurs les plus importants.

1. OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

1.1. Objectif spécifique

A la fin de cette unité, les participants seront capables de gérer l'information, les données de PF.

1.2. Objectifs opérationnels

Lorsqu'ils seront appelés à gérer l'information, les participants doivent être capables de :

- Expliquer les indicateurs de la PF
- Collecter les données de la PF
- Décrire les différents outils de gestion.
- Utiliser les outils de gestion (registre d'utilisation, fiche de PF, canevas de rapport, la carte de RDV, jeton du sensibilisé...)

2. INFORMATIONS

2.1. Définition des concepts

2.1.1. Indicateur

Un indicateur est une variable qui mesure une situation donnée. Il existe deux types d'indicateurs ; indicateur de quantité et indicateur de qualité.

2.1.2. Donnée

La donnée est un renseignement élementaire et brut décrivant un état, un événement ou une observation.

2.1.3. Information

L'information peut être définie des données quantitatives et/ou des faits qualitatifs organisés d'une manière qui permette des jugements rationnels compte tenu d'un ensemble des buts recherchés.

2.2. Description et remplissage des outils de gestion

Pour toute activité de PF, il faut collecter les données qui sont dans les outils de gestion en vue d'en tirer le plus d'informations possibles.

Le prestataire en PF doit avoir tous les outils de gestion contenant des données exactes sur :

- Le nombre d'utilisateurs,
- Les différentes méthodes contraceptives,

- Le nombre de visites,
- Les années protection couple (APC),
- La consommation des contraceptifs

2.3. Registre d'utilisation des contraceptifs

Il permet d'enregistrer l'utilisation journalière des produits.

2.4. Fiche de consultation PF

Cette fiche permet d'avoir :

- l'identification de la cliente
- les données d'interrogatoire (antécédents et les données objectives de la cliente)

2.5. Le canevas de rapport

Il reprend les différentes rubriques d'un rapport.

2.6. La carte de rendez-vous (RDV)

Elle reprend l'identité du client et permet d'identifier le client qui revient prochainement.

2.7. Jeton du sensibilisé

Il permet d'identifier le client qui a participé à une séance du sensibilisateur et qui accepte de choisir et d'utiliser une méthode contraceptive.

2.8. Définitions de quelques indicateurs

- Fréquence des ruptures de stock : le pourcentage de points de services qui ont connu, ces 12 derniers mois, une rupture de stock pour une méthode ou une marque donnée.
- Nombre de méthodes contraceptives dans un point de services spécifique : "Nombre disponible" se rapporte aux méthodes observables dans un point de services donné, non expirées et pour lesquelles il existe un prestataire de services formé pouvant administrer la méthode (par exemple, insertion du DIU, ligature des trompes).
- Pourcentage de séances de counseling avec de nouveaux accepteurs pendant lesquelles le prestataire de services discute de toutes les méthodes :"Toutes les méthodes" se rapporte à celles disponibles dans le point de services et qui conviennent à une cliente spécifique (du point de vue de ses intentions reproductives et des contre-indications possibles).
- Pourcentage des clientes informées des dates et des sources pour le réapprovisionnement /revisite : Les clientes doivent savoir:
  - quand ils doivent revenir;
  - où ils doivent revenir (s'il s'agit d'un autre point de services); et
  - où ils peuvent obtenir un réapprovisionnement (s'il s'agit d'un autre point de services, surtout si ces services sont mieux situés).
- Taille idéale de la famille : Nombre moyen d'enfants que des femmes (ou des couples) en âge de procréer choisiraient d'avoir s'ils pouvaient avoir exactement le nombre souhaité.
- Désir d'enfants supplémentaires : Nombre ou proportion de femmes (ou de couples) en âge de procréer qui souhaitent avoir un autre enfant ou qui ne souhaitent plus avoir d'enfants.

- Besoin non satisfait en matière de planification familiale : Nombre ou proportion de femmes fécondes couramment mariées ou en union qui souhaitent, soit ne plus avoir d'enfants, soit remettre les futures naissances à plus tard et qui n'utilisent pas couramment une méthode de contraception. Le nombre total de femmes avec un besoin non satisfait de planification familiale regroupe deux catégories de femmes: (a) celles ayant un besoin non satisfait de limitation et (b) celles ayant un besoin non satisfait d'espacement.

Les femmes ayant un besoin non satisfait de limitation sont celles qui ne souhaitent plus avoir d'enfants et qui n'utilisent pas couramment une méthode de contraception.

Les femmes ayant un besoin non satisfait d'espacement sont celles qui désirent remettre à plus tard la naissance de leur prochain enfant (durée spécifiée, par exemple, deux ans ou moins à compter de la date de l'enquête) et qui n'utilisent pas couramment une méthode de contraception

- Nombre de visites dans les points de prestation de services : Le nombre total de visites faites par les clientes dans un point de prestation de services (ou dans tous les points d'un système) pendant une période donnée (par exemple, un an), de préférence par objectif (approvisionnement en contraceptifs, counseling, orientation).
- Nombre de nouvelles acceptantes de la contraception moderne : Nombre de personnes qui acceptent pour la première fois, une méthode contraceptive d'un programme. Cet indicateur est donné sur une période définie (par exemple, un an).
- Nombre de nouvelles acceptantes dans l'institution : Nombre de personnes qui, pendant une période de référence donnée (par exemple, un an), acceptent une méthode de contraception dans une institution particulière pour la première fois, même si elles ont déjà utilisé auparavant des méthodes obtenues ailleurs.
- Années- couple protection : La protection conférée par les services de planification familiale pendant un an, en fonction de la quantité de contraceptifs vendus ou distribués gratuitement aux clientes pendant cette même période. L'APC est calculé en multipliant la quantité de chaque méthode distribuée aux clientes par un facteur de conversion pour arriver à une estimation de la durée de la protection contraceptive conférée par unité de cette méthode (Wishik et Chen, 1973; Centers for Disease Control, 1985). Les APC pour chaque méthode sont ensuite additionnés pour toutes les méthodes pour avoir un APC total.

Les facteurs de conversion utilisés actuellement par le système de l'USAID sont ceux approuvés par l'Equipe spéciale de l'USAID sur la standardisation des indicateurs de performance des programmes de planification familiale (1991):

Méthode APC par unité

- Pilule: 15 cycles par APC
- DIU TCu 380-A: 3,8 APC par DIU inséré
- Implant Norplant®: 3,5 APC par implant
- Préservatifs: 150 unités par APC
- Tablettes de mousse vaginale (Conceptrol, Neo-Sampoon): 150 tablettes par APC
- Stérilisation (masculine ou féminine) :10 APC par procédure
- Depo-Provera (injectable) :4 doses (ml) par APC
- Noristerat (injectable): 6 doses par APC
- Planification familiale naturelle (PFN) : 2 ans par adopteur formé, confirmé

- Distribution par méthode : La distribution, en pourcentage, des utilisatrices de la contraception par méthode.

ANNEXE 1 : Fiche de consultation.

PROGRAMME NATIONAL DE SANTE DE LA REPRODUCTION
P.N.S.R

N° :.....

FICHE DE CONSULTATION P.F.

CENTRE DE..... DATE : ...../...../.....

A. IDENTIFICATION

Noms de la cliente :..... .....

Statut marital : C. U. M. D. V Age :..... ; Née en ....

Adresse.....

Profession de la cliente :.....

Profession du conjoint.....

Education cliente : Aucune / Prim / Sec / Sup

Source de renseignement.....

Méthode pratiquée antérieurement :... .....

Méthode choisie après motivation :..... .....

Raison pour la contraception : Espacement / Santé...../

Assez d'enfants...../ Autre.....

Statut de cliente : Nouvelle recrue / Ancienne.

B. DONNEES D'INTERROGATOIRE

ANTECEDENTS

	OUI	NON		OUI	NON		OUI	NON
Hypertension			Doul. Thoraciques			Anémie		
Diabète			Essoufflement anormal			Migraine – Troubles visuels		
Masse au sein			Doul. Abdom. Basse			Infection pelvienne		
Suintement mamelon			Epilepsie			Saignement post-coît		
Jaunisse			Gonflement jambes			Age 35 ans		
Règles anormales			Doul. Jambes			Tabagisme		

REGLES			GROSSESSES
Age de menarche (ans) :.....			Enfants vivants actuellement :.....
Date dernière règle			Enfants morts :.....
Durée des règles (jours) :.....			Avortements (nombre) .....
Flux menstruel :.....			Accouchements multiples (nombre).....
			Grossesses au total (nombre) :.....
Régularité	Oui...	Non...	
Dysménorrhée	Oui ..	Non...	Date dernier accouchement ...../..... /.....
Aménorrhée depuis accouchement	Oui...	Non...	Avortement :.....
Allaitement en cours	Oui...	Non...	

DONNEES OBJECTIVES

Mettre ✓si normal / * si anormal / + si présent / ∅ si négatif / ? si douteux

Taille (cm)	Génitale externe.....	Hgb Hct (grs -) ...
Poids (Kg).....	Col. Utérin.....	Glycosurie
Pouls :.....	Vagin.....	Albumine...
T.A.....	Utérus.....	Gonococcie.....
Ictère :.....	Volume.....	Test de grossesse.....
Thyroïde.....	Forme.....	Pap. .....
Sein.....	Position.....	VDRL.....
Abdomen.....	Annexes utérins.....	
Membres inférieurs	Tumeur gynécol.	
Phlébite.....	Infection pelvienne.....	

(1 – Examen à demander – 2 – Conseils – 3 – Méthode proposée – 4 – Traitement –5 – Date de la prochaine visite)