

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

DIRECTION NATIONALE
DE LA SANTÉ

DIVISION SANTÉ
DE LA REPRODUCTION

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi



PROCEDURES EN SANTE DE LA REPRODUCTION

**Santé de la Reproduction des Adolescents
et des Jeunes
&
Dysfonctionnements sexuels et
Pathologies génitales chez l'homme**

Volume 6

Julin 2005

- Préface -

Le Mali a élaboré les premiers documents de Politique, des Normes et Procédures en Santé Familiale en 1987. En 1995, après la conférence du Caire sur la population et le développement, la quatrième conférence mondiale sur les femmes à Beijing, les documents ont été révisés pour les adapter au concept de la Santé de la Reproduction y compris la survie de l'enfant. Une autre révision a été faite en 1999 pour prendre en compte l'approche genre et la Santé de la Reproduction des Jeunes Adultes.

Pour le Mali, la Santé de la Reproduction est un aspect fondamental de la vie et concerne chaque individu. Elle est le reflet de la santé au cours de l'enfance et de l'adolescence. Elle est essentielle pendant la période d'activité génitale et conditionne également la santé des hommes et des femmes à un âge plus avancé.

L'objectif final de la santé de la reproduction est de permettre à chacun de vivre une sexualité responsable et aussi une reproduction sans crainte conformément aux réalités socioculturelles du Mali. Cet état de fait requiert un changement d'attitude des prestataires, une meilleure coordination des interventions, une opérationnalisation efficace des activités en vue de l'amélioration de l'accès et la qualité des services.

Dans la pratique, il y a un besoin continu de se mettre à jour. En effet, l'élargissement du nombre des intervenants du fait d'un engagement politique plus fort et surtout l'évolution des connaissances justifient la révision périodique des politiques, normes et procédures en matière de santé de la reproduction dans le but de garantir la qualité des prestations offertes.

De la dernière révision à ce jour, de nouvelles approches et stratégies ont été adoptées par le Mali et elles méritaient d'être intégrées dans les documents.

Le ministère de la santé, garant de la qualité des services, vient de réviser les politiques, normes et procédures avec l'appui de ses partenaires, comme outil de référence pour l'ensemble des prestataires.

Par conséquent, ces documents dynamiques doivent être largement diffusés et utilisés par tous les prestataires et gestionnaires de programme à tous les niveaux d'une manière adéquate afin d'offrir des services de qualité à la population malienne.

Le Ministre de la Santé

(Signature)
Dr MAÏGA Zeinab Mint Youba



Remerciements

Le Ministère de la Santé remercie les partenaires au développement :

- ▶ USAID
 - ▶ OMS
 - ▶ UNICEF
 - ▶ UNFPA
 - ▶ Save the Children/USA

de leur appui technique, financier et matériel pour l'élaboration et l'utilisation des premiers documents de Normes et Procédures de SMI/PF et pour la révision des documents de Politique, Normes et Procédures de Santé de la Reproduction au Mali.

Il remercie INTRAHealth International, John Snow Incorporated (JSI), Save the Children et le programme santé USAID/Assistance Technique Nationale (ATN), Programme santé USAID/Kénéya Ciwara pour l'assistance technique et financière apportées lors des révisions des documents de Politique, Normes et Procédures de Santé de la Reproduction intégrant toutes les nouvelles approches et initiatives de la Santé de la Reproduction retenues par le Mali.

Ces remerciements vont également à toutes les personnes ressources du secteur public et des ONG pour les efforts fournis lors des révisions des dits documents.

Il est reconnaissant à tous ceux qui ont bien voulu faire des commentaires pour l'amélioration de la qualité de ces documents, sans oublier le personnel de soutien (secrétaires, chauffeurs) pour son apport inestimable.

Abréviations

ATCD	:	Antécédent
CAT	:	Conduite à tenir
CCC	:	Communication pour le changement de comportement
CESAC	:	Centre d'écoute, de soins, d'appui et de conseils
CIP	:	Communication interpersonnelle
CNIECS	:	Centre national d'information, d'éducation, de communication
COC	:	Contraceptifs oraux combinés
COP	:	Contraceptifs oraux progestatifs
Cp	:	Comprimé
CPN	:	Consultation prénatale
CSCOM	:	Centre de santé communautaire
CSREF	:	Centre de santé de référence
CU	:	Contraception d'urgence
DBC	:	Distribution à base communautaire
DHN	:	Désinfection de haut niveau
DIU	:	Dispositif intra-utérin
ECBU	:	Examen cyto bactériologique des urines
EDSM	:	Enquête démographique et de santé Mali
GEU	:	Grossesse extra-utérine
HTA	:	Hypertension artérielle
IST	:	Infections sexuellement transmises
MIP	:	Maladie inflammatoire du pelvis
NFS	:	Numération formule sanguine
ORL	:	Oto-rhino- laryngologie
PF	:	Planification familiale
PSA	:	Antigènes spécifiques de la prostate
PTME	:	Prévention de la transmission mère enfant du VIH/SIDA.
RV/RDV	:	Rendez-vous
SAA	:	Soins après avortement
SI	:	Section immunisation
SIDA	:	Syndrome d'immunodéficience acquise
SLIS	:	Système local d'information sanitaire
SR	:	Santé de la reproduction
SRAJ	:	Santé de la reproduction des adolescents et des jeunes
TA	:	Tension artérielle
TR	:	Toucher rectal
TV	:	Toucher vaginal
U.I.	:	Unités internationales
UCR	:	Uréto- cystographie rétrograde
VAT	:	Vaccination antitétanique
VIH	:	Virus de l'immunodéficience humaine
VS	:	Vitesse de sédimentation.

Table des matières

- Préface -	1
Remerciements	3
Abréviations	4
Introduction	6
Guide d'utilisation	9
I. Santé de la reproduction des adolescents et des jeunes (SRAJ)	11
A. Concept de communication pour le changement de comportement (CCC)	12
B. Communication interpersonnelle (CIP)	12
C. Soins préventifs	14
1. Promotion des préservatifs	14
2. Vaccination	18
3. Contraception	18
4. Soins prénatals	27
5. Soins périnataux	32
6. Soins post-natals	32
D. Visite médicale périodique de l'adolescent / jeune en milieu scolaire	33
E. Consultation pré-nuptiale volontaire	34
G. Soins curatifs	35
1. Prise en charge des IST-VIH/SIDA	35
2. Soins après avortement (cf. volume 4 : Santé de la femme)	40
3. Prise en charge des complications liées à la toxicomanie	40
4. Prise en charge des complications liées à l'excision	41
5. Prise en charge des troubles liés à la puberté	48
II. Dysfonctionnements sexuels et pathologies génitales chez l'homme	55
A. Définition	56
B. Concept de communication pour le changement de comportement	56
C. Conditions et principes	56
D. Etapes de l'examen	56
E. Prise en charge des dysfonctionnements sexuels et pathologies génitales	58
Annexes	61
Annexe 1 : Critères d'éligibilité	62
Annexe 2 : Certificat de viol	67
Annexe 3 : Troubles psychiques liés à la toxicomanie	68
Annexe 4 : Certificat de visite pré-nuptiale volontaire	69
Glossaire	69
Fiche de suivi des procédures des services de santé de la reproduction	70
Liste des participants	73
Références bibliographiques	74

Introduction

Au Mali, la situation sanitaire et sociale est caractérisée par des niveaux de morbidité et de mortalité élevés malgré les efforts déployés par le gouvernement. Il en est résulté des implications et des conséquences très lourdes pour les femmes, les adolescents, les jeunes et les enfants à cause de leur vulnérabilité et de l'insuffisance des mesures concrètes prises à leur endroit. En effet, selon EDSM-III, réalisé en 2001, le taux de mortalité maternelle est de 582 pour 100 000 naissances vivantes ; le taux de mortalité infantile est de 113 pour 1 000 ; le taux de mortalité néonatale est de 57 pour 1 000 et la couverture sanitaire est à 69% dans un rayon de 15 km (annuaire statistique du système local d'information sanitaire 2003).

Cet état de fait est lié essentiellement à :

- L'insuffisance de couverture en infrastructures socio sanitaires dotées de moyens adéquats ;
- La faible accessibilité aux services de santé de qualité ;
- L'insuffisance d'accès aux médicaments essentiels y compris les contraceptifs ;
- L'insuffisance des ressources humaines face aux besoins ;
- L'inadéquation de la gestion des ressources humaines ;
- Des pratiques socioculturelles et des comportements néfastes à la santé des groupes vulnérables.

Aussi pour améliorer la situation sanitaire et sociale, le Ministère de la Santé tenant compte des importants acquis de la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé et de population procède désormais à une approche globale du développement sanitaire et social dite approche – programme dans le cadre de son plan décennal de développement sanitaire et social.

Dans le souci de fournir des prestations de qualité correspondant aux besoins prioritaires des populations, les documents de Politique, Normes et Procédures en santé de la reproduction ont été révisés et doivent servir de cadre de référence pour l'ensemble des intervenants.

Ils doivent servir également de guide opérationnel au personnel socio sanitaire dans l'offre du paquet minimum d'activités. Ils comprennent essentiellement deux parties :

- La Politique et les Normes des services ;
- Les procédures.

1. La Politique et les Normes des Services

La politique définit la mission de la santé de la reproduction, décrit les activités, indique les bénéficiaires, les prestataires et les responsabilités pour l'offre des services de qualité.

Les normes précisent les types de services offerts, les conditions minimales acceptables de performance et les qualifications requises exigées pour chaque service offert.

Les documents de Politique et Normes sont destinés principalement aux décideurs, aux gestionnaires de services, aux superviseurs, aux responsables des ONG et associations intervenant dans le secteur public, parapublic, communautaire et privé pour leur permettre de mieux définir et organiser leurs interventions en matière de Santé de la Reproduction à différents niveaux.

2. Les Procédures

Elles décrivent les gestes logiques nécessaires et indispensables à l'offre des services de qualité par les prestataires.

Le but principal de ces procédures est d'aider les prestataires à offrir des services de qualité. Elles doivent alors être largement diffusées et constamment utilisées pour résoudre les problèmes de santé de la reproduction

Les documents de procédures sont destinés à **tous les prestataires** des services de Santé de la Reproduction (relais, matrones, infirmiers, sages femmes, techniciens d'hygiène, techniciens de laboratoire, techniciens et administrateurs sociaux, ingénieurs sanitaires et médecins). Ils seront également utilisés par les **formateurs**, **les superviseurs**, et ceux qui sont chargés de gérer et d'évaluer les programmes de santé de la reproduction.

Ces documents intègrent les éléments de la Santé de la Reproduction traduisant ainsi le souci de promouvoir la santé de la femme, de l'enfant, la santé des jeunes adultes et les droits en matière de Santé de la Reproduction, notamment à travers les approches innovatrices.

Les procédures doivent être régulièrement «adaptées et mises à jour» afin qu'elles soient toujours utiles. Ces procédures sont élaborées pour préciser les activités, les tâches logiques et chronologiques requises pour l'exécution des services de santé de la reproduction à chaque niveau de la pyramide sanitaire en tenant compte des droits des clients.

Pour s'assurer que les procédures seront utilisées de manière efficace et pour faciliter leur accès aux prestataires, elles ont été élaborées en cinq volumes et selon les composantes des activités menées en SR.

❖ **Volume 1 : Composantes d'appui.**

- Communication pour le changement de comportement ;
- Assurance qualité ;
- Prévention des infections.

❖ **Volume 2 : Composantes communes.**

- Genre et santé ;
- IST/VIH-SIDA.

❖ **Volume 3 : Planification familiale.**

❖ **Volume 4 : Volet santé de la femme.**

- Soins prénatals ;
- Soins pernatals ;
- Soins postnatals ;
- Soins après avortement (SAA) ;
- Affections gynécologiques et dysfonctionnement sexuels chez la femme.

❖ **Volume 5 : Volet santé de l'enfant.**

- Survie de l'enfant ; PCIME.

❖ **Volume 6 : Volet santé des adolescents et jeunes et santé de l'homme.**

- Santé de la reproduction des adolescents et des jeunes (SRAJ) ;
- Dysfonctionnements sexuels et pathologies génitales chez l'homme.

Le présent volume comprend les composantes suivantes :

- La santé de reproduction des adolescents et des jeunes (SRAJ) ;
- La santé des hommes : dysfonctionnements sexuels et pathologies génitales de l'homme

Dans ce volume ont été intégrées toutes les nouvelles approches et initiatives ; notamment toutes les informations sur :

- Les problèmes liés à la puberté ;
- La contraception chez les jeunes ;
- Les dysfonctionnements sexuels chez les hommes ;
- Les pathologies génitales.

Guide d'utilisation

Ces **procédures** indiquent les étapes et les gestes cliniques nécessaires à suivre pour l'offre des services de qualité en matière de santé de la reproduction au Mali. Elles découlent de la politique et des normes des services définies par le Ministère de la Santé.

Chaque volume comprend :

- Une introduction ;
- Un guide d'utilisation ;
- Les procédures de santé de la reproduction et ses différentes sections ;
- Les annexes ;
- Un glossaire.

Les différentes parties des procédures sont rédigées sous forme de :

- **Succession de gestes logiques à suivre** par le prestataire de service dans la prise en charge des patients ;
- **Description de la prise en charge** des pathologies ou complications par niveau ;
- **Fiches techniques** ;
- **Algorithmes.**

L'application de ces procédures doit tenir compte du niveau de compétence du prestataire et du niveau de la structure socio sanitaire où celui-ci exerce.

La prise en charge des pathologies et de leurs complications est décrite par niveau de structure.

Certaines parties de ces procédures sont élaborées sous forme d'algorithmes ou d'arbres de décision ou encore d'ordinogrammes.

L'algorithme est la représentation graphique d'un raisonnement systématique, étape par étape, à partir d'un problème donné, jusqu'à l'aboutissement à une ou plusieurs solutions ; ce dans le but de standardiser le diagnostic et le traitement des patients pour toutes sortes d'affections.

Le principe des algorithmes est fonctionnel surtout lorsque les problèmes abordés sont simples, ou lorsque les moyens d'action sont limités, par manque de ressources: manque de temps, manque d'infrastructure ou de compétences.

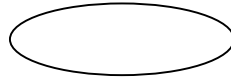
A chaque étape, un éventail d'options est proposé et les niveaux de décision sont identifiés.

Les algorithmes ont été conçus pour être clairs, faciles à comprendre et faciles à utiliser. C'est pourquoi ils se composent de figures géométriques.

Ces figures géométriques varient selon qu'elles représentent un problème clinique identifié, des signes et symptômes, une prise de décision ou une action à adopter.

Chaque algorithme fonctionne selon les étapes suivantes :

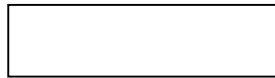
- **L'identification du problème clinique** représenté par une ellipse



- **Les signes et/ou symptômes qui se manifestent chez le patient,** représentés par un prisme



- **La Prise de décision et l'adoption d'une action thérapeutique** représentées par un rectangle



N.B : Les algorithmes doivent être lus de haut en bas et généralement de gauche à droite.

L'utilisateur devra lire attentivement ces procédures afin de se familiariser avec les différents gestes et procédés cliniques qui y sont décrits. Ces documents permettront aux prestataires, aux formateurs, aux superviseurs d'harmoniser leurs prestations et d'améliorer la qualité des services.

Ces procédures seront mises à jour périodiquement, afin que les étapes et gestes décrits soient toujours valides. Les utilisateurs devront signaler aux superviseurs et aux autorités médicales régionales et nationales les procédures qui devraient être révisées.

I. Santé de la reproductive des adolescents et des jeunes (SRAJ)

A. Concept de communication pour le changement de comportement (CCC)

1. Définitions

- C'est un processus qui consiste à échanger des idées ou des informations avec soi-même ou avec une ou plusieurs personnes, afin d'apporter le savoir, le savoir-faire et le savoir être nécessaires pour un changement de comportement.
- C'est une discipline appuyant des programmes et projets de développement.

2. Processus du changement de comportement ([cf. volume 1](#))

B. Communication interpersonnelle (CIP)

Les formes de CIP couramment utilisées en SR sont la causerie éducative et le counseling (voir volume 1 : CCC).

Counseling spécifique SRAJ

L'objet du counseling est d'aider les adolescents à atteindre trois étapes du développement psychosocial : exploration de soi-même, compréhension de soi-même et participation à la prise de décision. Le conseiller utilise les deux compétences : écouter et exprimer, la compétence d'écouter étant la plus importante.

Etapes du counseling

a. Préparer le counseling

- Choisir un endroit discret ;
- Prévoir des aides visuelles ;
- Prévoir des sièges.

b. Accueillir le/la jeune

- Accueillir le/la jeune avec amabilité et respect ;
- Saluer le (la) jeune ;
- Offrir un siège ;
- Se présenter et demander son nom ;
- Rassurer le/ la jeune de la confidentialité de l'entretien ;
- Expliquer ce qui se passera pendant l'entretien ;
- Explorer ses attitudes et croyances religieuses ;
- Demander ce que vous pouvez faire pour lui.

c. Animer le counseling

- Recueillir les informations biographiques ;
- Regarder le / la jeune pendant qu'il parle ;
- Ecouter attentivement le/ la jeune avec beaucoup d'intérêt ;
- Poser des questions d'éclaircissement ;
- Utiliser un langage adapté en évitant les termes techniques ;

- Discuter des besoins, préoccupations et craintes du/de la jeune de manière attentive et sympathique ;
- Demander quels sont ses projets (mariage, enfant, etc.) ;
- Aider le jeune à proposer une solution à son problème ;
- Discuter avec le/ la jeune sur la solution trouvée ;
- Discuter des éventuelles conséquences ; (discuter avec le (la) client(e) les avantages et les limites de la solution choisie) ;
- S'assurer que le/ la jeune cerne bien le contour de la décision ;
- Rassurer le / la jeune ;
- Informer le/ la jeune sur les différents services qui lui sont offerts ;
- Faire un résumé de l'ensemble des informations données ;
- S'assurer que le/ la jeune a compris et a adhéré à la solution trouvée.

d. Fixer un rendez-vous

- Fixer un rendez-vous en lui disant de revenir chaque fois qu'il le désire ;
- Remplir le dossier ;
- Remercier le/ la jeune ;
- Raccompagner le/ la jeune.

C. Soins préventifs

1. Promotion des préservatifs

Les préservatifs permettent d'avoir des rapports sexuels protégés en empêchant tout contact avec les sécrétions vaginales, le sperme et le sang.

L'usage des préservatifs est particulièrement important si votre client a des rapports sexuels avec plus d'un partenaire ou avec un partenaire qui a d'autres partenaires sexuels. Cependant, il ne suffit pas de savoir que les préservatifs sont importants, il faut également savoir comment s'en servir correctement.

Beaucoup de personnes résistent à l'idée d'utiliser le préservatif, non seulement à cause de son coût mais aussi de l'embarras lié au fait d'en acheter. Aussi, elles pensent que les préservatifs gâchent les rapports sexuels ou qu'ils sont trop grands ou trop petits.

De plus, il existe souvent des mythes les concernant, comme des rumeurs selon lesquelles les préservatifs sont inefficaces ou sont eux-mêmes contaminés par les IST ou le VIH. On les associe parfois aussi aux rapports sexuels illicites, plutôt qu'au fait de les utiliser avec un partenaire régulier. Ces rumeurs sont sans fondement.

Il existe deux types de préservatifs :

- * le préservatif masculin
- * le préservatif féminin

1.1. Principaux avantages du préservatif en matière de prévention IST-VIH/SIDA :

- Il prévient la transmission des IST, y compris le VIH, en empêchant tout contact avec les sécrétions vaginales, le sperme, les ulcères, et le sang contaminé ;
- Il contribue à éviter les grossesses ;
- Le patient n'est pas obligé d'attendre que les plaies causées par les IST guérissent avant d'avoir des rapports sexuels ;
- Les femmes se sentent plus propres (pas de contact direct avec les sécrétions);
- Le client se sent plus en sécurité et a moins de soucis ;
- Beaucoup d'hommes peuvent prolonger les rapports sexuels quand ils portent un préservatif ;
- On lave moins les draps.

1.2. Fiche technique : Port du préservatif masculin

- Accueillir le client avec respect et amabilité ;
- Offrir au client un siège ;
- Expliquer au client que :
 - chaque condom ne doit être utilisé qu'une seule fois et jeté dans un endroit hors de portée ;
 - les condoms ne doivent pas être entreposés dans les endroits chauds ou humides tels qu'un porte-monnaie car cela pourrait affaiblir le latex et il pourrait se déchirer durant les rapports sexuels ;
 - le condom doit être utilisé uniquement avec un lubrifiant hydrosoluble ;
 - il doit vérifier la date sur l'emballage du condom, (les condoms sont bons pour 5 ans après la date de fabrication) ;
 - le condom ne doit pas être utilisé si l'emballage est déchiré ou s'il semble endommagé ou écaillé ;
 - il doit placer le condom sur le pénis en érection avant tout contact sexuel car le sperme pré éjaculatoire peut couler du pénis avant l'éjaculation ;
 - si le condom se déchire ou fuit pendant les rapports sexuels, il doit le remplacer immédiatement ;
 - il doit avoir un approvisionnement de condom toujours disponible ;
 - il doit faire attention en ouvrant l'emballage du condom de façon à ne pas le déchirer, lui dire de ne pas utiliser de ciseaux, les dents ou d'autres objets tranchants pour ouvrir l'emballage ;
 - il ne doit pas dérouler le condom avant de le mettre ;
 - s'il n'est pas circoncis il faudra qu'il tire le prépuce du pénis vers l'arrière ;
- Démontrer comment utiliser un condom à l'aide d'un modèle anatomique en insistant sur comment :
 - presser le bout du condom tout en le mettant sur le bout du pénis ;
 - continuer à presser le bout du condom tout en le déroulant jusqu'à ce qu'il couvre entièrement le pénis.

1.3. Fiche technique : Retrait du préservatif masculin

- Expliquer qu'après l'éjaculation et avant que le pénis ne se ramollisse, il doit tenir le bord du condom tout en se retirant du vagin ;
- Démontrer comment faire glisser le condom hors du pénis sans faire verser le liquide (sperme) ;
- Expliquer qu'il doit faire un nœud avec le condom et ensuite le jeter dans les latrines ou WC hors de la portée des enfants ;
- Dire au client de se laver les mains après avoir jeté le condom ;
- Permettre au client de répéter les instructions et pratiquer le port et le retrait du condom sur le modèle anatomique pour s'assurer qu'il a compris ;
- Demander au client s'il a des questions ou des préoccupations ;
- Fournir des condoms au client.

Fiche technique port et retrait du condom masculin

Veillez examiner la figure ci-dessous, où se trouvent illustrées certaines des principales étapes de l'usage correct du préservatif.

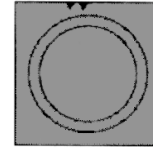
Il est important que vous montriez d'abord aux patients comment se servir du préservatif avant de leur demander de s'exercer et de les aider. Cela signifie qu'il vous faudra une réserve de préservatifs et un modèle de pénis ou quelque chose qui en représente un, comme une banane ou un manche à balai.

Pendant votre démonstration:

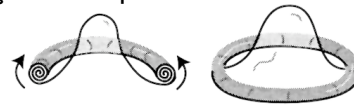
- * insistez sur l'importance d'avoir des préservatifs sur soi en tout temps; les patients ne devraient jamais en manquer;
- * montrez aux patients la date de péremption ou la date de fabrication et expliquez-leur que le préservatif ne devrait jamais être périmé, sentir mauvais, être gluant ou difficile à dérouler;
- * expliquez aux patients comment ouvrir soigneusement l'emballage, en utilisant l'encoche prévue à cet effet (** évitez d'utiliser les objets tranchants)
- * montrez aux patients de quel côté poser le préservatif sur la verge, en leur expliquant qu'il ne se déroulera pas s'il est posé du mauvais côté;
- * montrez aux patients comment tenir l'extrémité du préservatif afin d'en évacuer l'air, avant de le dérouler jusqu'à la base du pénis en érection;
- * insistez sur le fait qu'il faut dérouler le préservatif jusqu'à la base du pénis;
- * expliquez aux patients qu'il faut se retirer juste après éjaculation en tenant le condom à la base et qu'il faut enlever le préservatif avant que le pénis ne commence à perdre son érection en le faisant glisser lentement.
- * expliquez aux patients que, pour se débarrasser sans danger du préservatif, on doit nouer le haut avant de le jeter.

1. Vérifier la date de péremption et la date de fabrication.

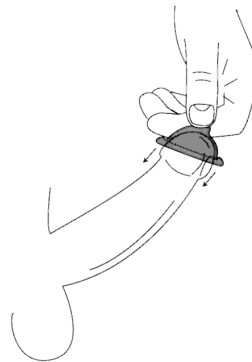
2. Déchirer l'emballage avec soin.



3. Tenir le préservatif ce côté-ci vers le haut, de façon à ce qu'il se déroule facilement.



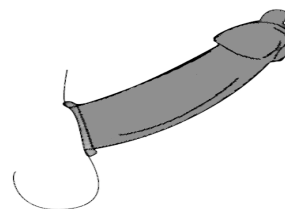
4. En tenant le haut du préservatif, évacuer l'air de l'extrémité et dérouler le préservatif. S'y prendre à deux mains.



5. Dérouler le préservatif jusqu'à la base du pénis, en laissant de l'espace à l'extrémité du préservatif pour le sperme.



6. Après l'éjaculation, lorsque le pénis commence à perdre son érection, tenir le préservatif à la Base et l'enlever en le faisant glisser soigneusement.



1.4. Technique port et du retrait préservatif féminin

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

1.5. Donner le rendez-vous de suivi :

- Lors de la visite initiale :
 - dire au ou à la client(e) de revenir avant la fin de sa provision ;
 - lui demander si il ou elle est satisfait(e) du service rendu ;
 - lui dire "au revoir".
- Lors de la visite de contrôle :
 - demander au ou à la client(e) si il ou elle est satisfait(e) de l'utilisation du condom ;
 - demander s'il veut encore utiliser les condoms : si non, l'aider à choisir une autre méthode ;
 - demander au ou à la client(e) de revenir à la clinique au besoin ou en cas de problème.
- Donner les conseils pratiques suivants :
 - conserver les condoms dans un endroit frais et sec ;
 - éviter de les exposer à la lumière ou à la chaleur.

N.B : Rassurer l'adolescent/ jeune qu'il peut revenir au même centre n'importe quand pour obtenir des conseils, des soins médicaux et d'autres condoms.

b. Counseling spécifique en planification familiale de l'adolescent / jeune

- Recevoir la cliente/le couple cordialement ;
- Se présenter à la cliente/au couple ;
- Demander quelle contraception intéresse la cliente et vérifie ce qu'elle sait déjà sur cette méthode ;
- Corriger toute mauvaise information que la cliente pourrait avoir ;
- Expliquer à la cliente le mécanisme d'action de chaque méthode contraceptive, son efficacité, ses avantages et inconvénients ;
- Demander à la cliente quelles sont ses intentions :
 - Combien d'enfants veut-elle encore ?
 - Veut-elle espacer les naissances ou les éviter complètement ?
 - Quel délai veut-elle entre chaque naissance ?
- Noter les antécédents médicaux et obstétricaux de la cliente :
 - Age ;
 - nombre de grossesses ;
 - nombre de naissances ;
 - nombre d'enfants vivants, leur âge et sexe ;
 - Les méthodes contraceptives déjà employées : durée d'utilisation, motifs d'arrêt d'utilisation, problèmes rencontrés ;
 - Contraception utilisée actuellement ;
 - Présence de toute maladie nécessitant une surveillance particulière avec la contraception choisie.
- Demander les antécédents de IST ;
- Aider la cliente à faire un premier choix de contraception en fonction de ses intentions et de ses antécédents ;
- Décider de toute exploration complémentaire ou évaluation de la cliente pour la méthode contraceptive choisie, référer la cliente pour la méthode contraceptive choisie : référer la cliente au spécialiste si il/elle n'a pas les moyens de les réaliser ;
- Aider la cliente à choisir une autre contraception si le premier choix ne convient pas après exploration complémentaire ;
- Prescrire la méthode choisie, si disponible, ou référer la cliente au centre le plus proche si la méthode choisie n'est pas disponible.
- Donner des instructions à la cliente sur :
 - Le mode d'emploi ;
 - Les effets secondaires et la conduite à tenir ;
 - Les problèmes éventuels ou complications qui nécessiteraient ; immédiatement une consultation ou toute autre information se rapportant à la méthode choisie ;
- Faire répéter par la cliente les conseils pour s'assurer que celles-ci les a bien compris ;
- Demander à la cliente si elle a des questions à poser ;
- Discuter avec la cliente sur les consultations ultérieures :
 - Où aller pour s'approvisionner ? les effets secondaires et la conduite à tenir
 - la reconnaissance précoce des problèmes ;
 - Les dates de rendez-vous.
- Encourager la cliente à retourner en consultation dès le moindre problème ;
- Saluer la cliente et l'inviter à revenir en consultation.

Counseling de suivi

- Recevoir la cliente cordialement ;
- Se présenter à la cliente ;
- Se renseigner sur les changements de santé de mode de vie de la cliente pouvant entraîner un changement de demande de contraceptive, ou un arrêt ;
- Chercher à savoir si la cliente est satisfaite de la méthode contraceptive utilisée et si elle continue à l'employer ;
- Analyser si la cliente utilise correctement la contraception : si nécessaire, lui demander de répéter les instructions ;
- Demander à la cliente si elle a un problème quelconque avec la méthode contraceptive ;
- Rassurer la cliente sur les effets indésirables éventuels et les traiter si nécessaire ;
- Eliminer tout problème médical et si nécessaire référer la cliente pour exploration complémentaire ;
- Demander à la cliente si elle a des questions à poser et y répondre éventuellement ;
- Réapprovisionner la cliente si nécessaire ;
- Prendre la prochain rendez-vous, si nécessaire ;
- Saluer le (la) client(e) et lui proposer de revenir.

3.2. Etapes de la consultation de contraception**a. Procéder à un examen général** (si nécessaire et selon l'interrogatoire)

- Se laver les mains et les sécher avec un linge individuel propre et sec ;
- Préparer le matériel ;
- Aider la cliente à s'installer ;
- Expliquer le déroulement de l'examen ;
- Prendre les constantes (TA, pouls, poids, taille) ;
- Examiner les cheveux : vérifier s'il n'y a pas d'alopécie ;
- Examiner les conjonctives (anémie, ictère), rechercher une exophtalmie ;
- Examiner la glande thyroïde (rechercher le goitre) ;
- Examiner les seins :
 - Rechercher une tumeur ou galactorrhée **Cf. fiche technique examen du sein page (p 13)** ;
 - Inspecter les seins : symétrie, coloration, déformation ;
 - Palper le sein quadrant par quadrant ; presser les mamelons ; faire l'examen des régions axillaires et sus-claviculaire) ;
 - Apprendre à la femme à faire l'auto examen des seins (debout, les bras levés devant la glace, assise, couchée) ;
- Ausculter le cœur (rechercher les souffles, autres bruits anormaux) ;
- Palper l'abdomen (foie augmenté de volume ou sensibilité pelvienne) ;
- Palper la région inguinale à la recherche d'une hypertrophie ou de douleurs ;
- Examiner les membres inférieurs (douleurs, hypertrophie, œdèmes dus à une phlébite ou varice).

Fiche technique d'examen du sein

Conditions

- Expliquer à la femme le déroulement de l'examen ;
- Lui demander de se déshabiller ;
- Existence de lumière suffisante.

Examen

Inspection

- Observer les seins de la cliente debout et assise et on vérifie la symétrie des seins ;
- Vérifier la texture de la peau, les veines superficielles et la présence de masses évidentes ;
- Demander à la cliente de lever doucement les bras au-dessus de la tête et vérifier si les seins montent en même temps et s'il n'y a pas rétraction du mamelon ;
- Demander à la cliente de se coucher sur la table d'examen,
- Placer son bras gauche au-dessus de sa tête et diviser de façon imaginaire le sein en 4 cadrans.

Palpation

- Palper avec les deux mains à plat les seins dans le sens des aiguilles d'une montre en commençant par le bord externe du quadrant à examiner et palper vers le mamelon ;
- Palper les parties internes du sein contre la cage thoracique avec la paume de la main ;
- Presser avec douceur le mamelon pour rechercher la présence ou non de sécrétions (lait, pus, sang) ;
- Palper les ganglions lymphatiques dans le creux axillaire en abaissant le bras gauche de la cliente le long du corps puis renouveler le même geste du côté droit ;
- Si vous sentez une tumeur, demander à la cliente si elle s'en est rendue compte ;
 - si oui quand l'a-t-elle constatée pour la première fois ?
- Rassurer ;
- Prendre en charge ou référer la cliente en cas de masse pour une meilleure prise en charge.

Auto-palpation des seins

- Apprendre à la cliente à faire l'examen de ses seins ;
- Demander à la cliente de se coucher, de s'asseoir ou se mettre debout (si possible se regarder dans un miroir pour rechercher une asymétrie des seins) ;
- Placer la main du côté du sein à examiner sur la nuque, palper le sein avec l'autre et la faire tourner dans le sens des aiguilles d'une montre à la recherche d'une masse ;
- Presser doucement le mamelon à la recherche de sécrétions (lait, pus, sang)
- Recommander à la cliente de répéter ces gestes après chaque règle pour ne pas passer à côté d'un cancer du sein qui est fréquent chez la femme.

b. Procéder à un examen gynécologique : (si nécessaire)**Fiche technique d'examen gynécologique de l'adolescente/jeune****Préparer le matériel et l'équipement :**

- Préparer la salle/le paravent ;
- Préparer l'équipement et les fournitures.

Préparer la jeune pour un examen gynécologique :

- Expliquer la procédure et chaque étape tout au long de la procédure ;
- S'assurer que la jeune a vidé sa vessie ;
- Demander à la jeune d'enlever ses sous-vêtements ;
- Mettre la jeune en position gynécologique ;
- La couvrir pour qu'elle ne soit pas exposée.

Appliquer les pratiques de prévention des infections :

- Se laver les mains avec de l'eau et du savon et les sécher avec un linge individuel propre et sec ;
- Mettre des gants désinfectés à haut niveau/stériles ;
- Utiliser des instruments désinfectés à haut niveau/stériles.

Examiner les parties génitales externes :

- Vérifier la vulve et écarter les lèvres à la recherche de :
 - condylome ;
 - pertes anormales ;
 - ulcère/lésions ;
 - saignement vaginal ;
 - érythèmes ;
 - cicatrices ;
 - gonflements ;

Faire un examen au spéculum :**N.B : Ne pas faire de TV ni d'examen au spéculum chez la jeune fille vierge.**

- Demander à la jeune de se détendre et la rassurer tout au long de la procédure ;
- Tenir le spéculum obliquement et écarter les lèvres avec l'autre main et insérer le spéculum doucement, d'un mouvement vers le bas éloigné de la zone sensible de l'urètre et du clitoris ;
- Tourner délicatement le spéculum et ouvrir les lames pour exposer le col de l'utérus ;
- Inspecter le col pour observer :
 - la coloration,
 - l'érosion,
 - l'excroissance,
 - la friabilité
 - pertes.
- Inspecter les parois vaginales pour observer:
 - pertes (couleur, odeur, quantité) ;
 - condylomes et lésions ;
- Retirer le spéculum doucement et en position oblique et inspecter le spéculum (saignement ; perte) ;
- Placer les instruments dans la solution de décontamination.

Fiche technique d'examen gynécologique de l'adolescente / jeune (suite et fin)

Examen bi manuel :

- Nettoyer la vulve si nécessaire ;
- Observer le visage de la jeune tout au long de la procédure pour exclure les signes de sensibilité ;
- Palper les glandes de Bartholin en utilisant le pouce et deux doigts ;
- Insérer le doigt doucement dans le canal vaginal et vérifier qu'il n'y a pas présence de cystocèle et de rectocèle ;
- Palper la paroi vaginale antérieure ;
- Vérifier la tonicité du muscle vaginal en demandant à la patiente de le contracter ;
- Garder la main vers le haut et suivre la muqueuse vaginale antérieure.

Si elle est étirée :

- Eliminer un problème urinaire (cystite) ;
- Rechercher les crêtes et excroissances vaginales.
- Palper le col de l'utérus :
 - vérifier si ouvert ou fermé ;
 - rechercher les excroissances, la consistance, la position, le saignement et la sensibilité.
- Palper l'utérus pour rechercher les excroissances/masses/kystes, consistance, position, mobilité, taille, sensibilité ;
- Utiliser les deux mains pour palper les annexes (ovaires, trompes de Fallope) pour voir si masses ou sensibilité ;
- Presser l'urètre et les glandes de skène pour exclure pus ou pertes de sang ;
- Nettoyer la vulve et la sécher.
- Evaluer le bassin [cf. Fiche technique examen du bassin chez l'adolescent/jeune](#)

Après l'examen :

- Aider la jeune à se lever de la table et à se rhabiller ;
- Remercier la jeune pour sa coopération ;
- Placer les instruments utilisés dans une solution chlorée à 0,5 % ;
- Déposer les produits contaminés dans un récipient conforme aux normes ;
- Décontaminer les surfaces souillées avec une solution chlorée ;
- Plonger les mains gantées dans une solution chlorée.
- Enlever les gants :

Si usage unique :

- les éliminer selon les directives.

Si réutilisables :

- les tremper dans une solution chlorée ;
- Se laver les mains avec de l'eau et du savon et les sécher avec un linge individuel propre et sec ;
- Noter tous les résultats dans les fichiers de la jeune.

Si applicable (IST) :

- Faire un diagnostic basé sur l'anamnèse et l'examen physique en utilisant les algorithmes dans les directives sur les IST pour la prise en charge ;
- Suivre le traitement indiqué dans les algorithmes sur les IST ;
- Faire le counseling ;
- Prendre en charge le ou les partenaires ;
- favoriser l'accès aux condoms : (approvisionnement).
- Assurer le suivi.

c. Offrir la méthode selon les critères d'éligibilité (Cf. annexe 1 - Volume 6) :

- Voir les recommandations sur les nouveaux critères d'éligibilité de l'OMS.

d. Expliquer le suivi :

- Donner la date du prochain rendez-vous ;
- Expliquer au (à la) jeune l'importance du respect de la date du rendez-vous ;
- Inviter le (la) jeune à revenir au centre à tout moment, en cas de besoin.

e. Prendre congé du /de la jeune :

- Raccompagner le (la) jeune si possible ;
- Lui dire au revoir.

f. Visite de contrôle :

- Demander la date des dernières règles ;
- S'informer sur l'utilisation de la méthode choisie ;
- Demander si le/la jeune est satisfaite de la méthode ;
- S'informer des éventuels problèmes et effets secondaires :
 - Si les effets secondaires sont légers :
 - rassurer le ou la jeune en lui disant qu'ils ne sont pas dangereux ;
 - Si les effets secondaires sont graves :
 - traiter ou référer.
- Demander comment le ou la jeune utilise la méthode ;
- Vérifier que la méthode est correctement utilisée ;
- Encourager le ou la jeune à poser des questions ;
- Donner des informations sur les autres méthodes si la jeune veut changer de méthode ;
- Aider la jeune à choisir une méthode ;
- Aider la jeune à arrêter sa méthode si elle veut avoir un enfant.

3.3. Méthodes de contraception adaptées aux adolescents/jeunes :

- Utiliser, en se référant aux procédures de planification familiale pour la présentation de la méthode, les avantages et inconvénients, le mode d'emploi et les conseils au (à la) client(e) ;
- Tenir compte des particularités relatives à chacune des méthodes suivantes et en informer les jeunes adultes :

a. L'abstinence sexuelle

- C'est la méthode la plus efficace pour prévenir la grossesse et les IST-VIH/SIDA et doit être encouragée ;
- Nécessite un haut degré de motivation.

b. Les préservatifs masculins : (la double protection)

- C'est la seule méthode qui protège contre les IST-VIH/SIDA et les grossesses non désirées, et sont facilement disponibles ;
- Les utiliser correctement (selon la technique) pour qu'ils soient efficaces.
- Insister sur les préservatifs féminins :
- Ils protègent contre les IST-VIH/SIDA et les grossesses non désirées (double protection) ;
- Les utiliser correctement (selon la technique) pour qu'ils soient efficaces.

c. Les spermicides

- Ne protègent pas contre les IST-VIH/SIDA ;
- Les coupler avec les préservatifs pour une efficacité garantie de protection contre les grossesses et IST ;
- Les utiliser correctement (respect de la méthode d'utilisation).

d. Les contraceptifs oraux combinés

- Peuvent être utilisés sans danger chez l'adolescente une fois qu'elle a eu ses premières menstruations, respecter la prise quotidienne car l'oubli augmente l'échec ;
- Informer sur les effets secondaires (prise de poids, saignements/irréguliers, acné,...) qui peuvent être particulièrement problématiques pour des adolescentes, un counseling attentif est nécessaire ;
- Encourager le port du préservatif comme méthode d'appoint si les pilules ne sont pas prises correctement ou en cas de risque élevé d'IST.

e. Les injectables

- La cliente doit avoir eu ses règles depuis au moins **2 ans** ;
- Le retour à la fertilité est retardé : **6 à 10 mois** en moyenne. En tenir compte en cas de projet de mariage et arrêter la méthode 6 mois avant ;
- Ne protègent pas contre les IST-VIH/SIDA.

N.B : Conseiller à la jeune fille qui est sous injectable de l'arrêter dès qu'elle est fiancée.

f. Les implants

- Recommandés pour les jeunes adultes qui veulent une contraception à long terme ou si la jeune adulte a des difficultés à utiliser une autre méthode ;
- Ne protègent pas contre les IST-VIH/SIDA.

g. Les DIU

- Informer les jeunes adultes du risque d'infection en cas de partenaires multiples et que cette méthode ne protège pas contre les IST-VIH/SIDA ;
- Ne sont pas recommandés chez les personnes atteintes d'IST ou ayant des facteurs de risque ;
- Ne doivent être utilisés chez les nullipares qu'en cas de contre indications aux autres méthodes ;
- Noter un risque important d'expulsion chez les nullipares.

h. La méthode de l'aménorrhée de la lactation (LAM)

Pour que la méthode soit efficace, la femme doit :

- Pratiquer l'allaitement exclusif ;
- Être en aménorrhée ;
- Être dans les **6 premiers mois** du post partum.
 - Insister sur la fréquence des tétées, l'allaitement à la demande ;
 - Noter que la méthode ne protège pas contre les IST-VIH/SIDA.

N.B : Noter la difficulté pour l'adolescente / jeune de respecter les conditions de réussite de cette méthode.

i. La contraception d'urgence CU

- Ne doit pas être utilisée comme une méthode régulière et permanente ;
- Ne protège pas contre les IST-VIH/SIDA ;
- Peut être utilisée à n'importe quel moment du cycle après un rapport sexuel non protégé ;
- Utiliser de préférence les COC dans **les 72 heures** après les rapports sexuels;
- Respecter les conseils inhérents à la méthode.

N.B : Les méthodes traditionnelles (comme tafo, talenfura) ne sont pas recommandées en raison de leur inefficacité contre la survenue de grossesse et la transmission des IST/VIH/SIDA.

4. Soins prénatals

Pour les étapes de la consultation et la prise en charge en prénatal, se référer aux procédures de soins prénatals (volume 4). En plus, pour les jeunes adultes :

- Accueillir chaleureusement la cliente (selon les procédures) pour la motiver à revenir pour les autres visites ;
- Rassurer ;
- Donner des conseils sur l'hygiène de la grossesse ;
- Procéder à l'examen systématique du bassin (**Cf. fiche technique**) au moment de l'examen obstétrical du 9^{ème} mois et identifier les petits bassins (pouvant entraîner un travail dystocique) ;
- Pour les primipares, rechercher une maladie hypertensive (ce qui peut entraîner une éclampsie ou hémorragie mortelle pour la mère et l'enfant) ;
- Evaluer les facteurs de risque dès la 1^{ère} visite et référer si nécessaire ;
- Faire le counseling pré et post dépistage PTME.

Fiche technique d'examen du bassin chez l'adolescente / jeune

- Expliquer à la jeune femme le déroulement de l'examen
- **Mesurer le diamètre pré pubien ou trillât (12 à 13 cm) ;**
 - mesurer la distance entre le bord supérieur du pubis et les 2 plis inguinaux.
- **Mesurer le losange de Michaelis :**
 - mettre la jeune femme en position debout faisant dos à l'examineur ;
 - repérer le losange (qui est limité en haut l'apophyse épineuse de L5, latéralement par 2 fossettes au niveau des épines iliaques postérieures et supérieures et en bas par le sommet du sillon inter fessier)
 - orienter le losange dans le sens des aiguilles d'une montre (ABCD)
 - mesurer la diagonale transversale BD (10 cm).
 - mesurer la diagonale verticale AC (11 cm) ;
 - mesurer l'intersection des 2 diagonales vers le sommet (4 cm) ;
- **Mesurer le diamètre bi ischiatique :**
 - mettre la jeune femme en position gynécologique ;
 - mesurer la distance qui sépare la face interne des ischions (11 cm) en plus des 2 cm (épaisseur des parties molles) ;
- **Décider si le bassin est normal ou non.**
- **Faire un toucher vaginal :**
 - vider la vessie et le rectum ;
 - explorer le bassin pour apprécier :
 - le détroit supérieur :**
 - apprécier la hauteur et l'inclinaison des lignes innommées le plus loin possible (suivies sur les 2/3 proximaux dans un bassin normal) ;
 - **Mesurer le diamètre promonto retro-pubien (10,5 cm) à partir du promonto sous-pubien (12,5cm) :**
 - introduire les 2 doigts en direction du promontoire et tenter de l'atteindre ;
 - faire une marque au niveau du bord de l'index en contact de la symphyse pubienne ;
 - retirer les doigts ;
 - mesurer la distance séparant l'extrémité du majeur de la marque(12,5cm).
 - déduire 2cm du promonto sous-pubien pour obtenir le promonto retro-pubien
 - Le détroit moyen :**
 - diriger les 2 doigts en direction du coccyx et la dernière vertèbre sacrée ;
 - remonter le long de la concavité sacrée en direction du promontoire
 - apprécier le caractère plus ou moins saillant des épines sciatiques.
 - Le détroit inférieur :**
 - apprécier le diamètre antéro postérieur, coccyx sous-pubien (11cm), qui va du bord inférieur de la symphyse pubienne à la pointe du sacrum ;
 - mesurer le diamètre transverse bi ischiatique : les pouces s'appuient sur la face interne des ischions et mesurer à l'aide d'un mètre ruban la distance entre les 2 ischions (11cm).
- Expliquer les résultats à la jeune femme.

Fiche technique counseling dépistage VIH

1. Counseling pré-dépistage

Bienvenue/Accueil :

- Souhaiter la bienvenue ;
- Accueillir l'adolescent (e) / jeune:
 - saluer la jeune,
 - se présenter,
 - mettre la jeune à l'aise ;
- Assurer la confidentialité.

Entretien :

- Montrer sa disponibilité pour une écoute active ;
- Recueillir les informations sur l'évolution de la grossesse (si counseling effectué lors de la CPN) ;
- Evaluer les connaissances de la jeune sur le SIDA (poser des questions du genre : « Avez-vous entendu parler du SIDA ? Que connaissez-vous sur le SIDA ? »)
- Compléter les informations de la jeune : évolution de la maladie, la séroconversion, la séropositivité, la phase maladie et symptôme, les voies de transmission et prévention du VIH ;
- Evaluer les risques de la jeune :
 - expliquer le but de l'évaluation du risque d'infection par le VIH ;
 - Aider le/ la jeune à estimer son niveau de risque d'infection du VIH ;
 - discuter de toutes les préoccupations de la jeune avec des informations claires ;
 - résumer la discussion en insistant sur le niveau de risque ;
 - introduire la notion de réduction de risque.
- Aider la jeune à estimer son niveau de risque
 - aider le/la jeune à identifier tous les comportements à risque (anciens ou nouveaux) ;
- Elaborer le plan de réduction du risque :
 - Expliquer le but du counseling pour réduire le risque d'infection par le VIH.
 - Demander à l'adolescent (e) / jeune d'expliquer ce qu'il entend par réduction du risque ;
 - Demander à l'adolescent (e) / jeune d'identifier un comportement capable de réduire le risque ;
 - Discuter du plan d'adoption du nouveau comportement (obstacles possibles, stratégies, étape du changement de comportement) ;
 - Finaliser le plan de changement de comportement ;
 - Résumer le plan de réduction du risque d'infection par le VIH de l'adolescent (e) / jeune.

Fiche technique counseling dépistage VIH (suite)

Renseignement sur la PTME :

- Expliquer à la jeune femme l'importance de participer à la PTME pour réduire le risque de transmission du VIH à l'enfant ;
- Informer la jeune de l'importance du test pour, elle, son enfant et son partenaire ;
- Expliquer que les résultats de ce test lui appartiennent et sont confidentiels ;
- Demander son consentement pour faire le test ;
- Expliquer les procédures mises en place pour le prélèvement ;
- Expliquer les options possibles pour avoir les résultats de son test (l'avoir tout de suite, dans l'après-midi de la même journée, un autre jour sur rendez-vous) ;
- Préparer la jeune à accepter les résultats qui peuvent être : positifs, négatifs ou douteux ;
- Expliquer les mesures d'accompagnement médicales et psychosociales pour la prise en charge des jeunes filles séropositives dépistées au cours de la CPN dans le programme ;
- Demander à la jeune de reformuler toutes les informations reçues dans ses propres mots.

Choix prise de décision :

- Récapituler l'ensemble des informations données ;
- Apprécier l'attitude de la jeune femme (anxiété, faux espoir, sentiment d'être infectée) ;
- Demander si la jeune femme est prête à faire le test de dépistage.

Explication des informations complémentaires :

- Encourager la jeune à poser des questions ;
- Féliciter la jeune pour les informations recueillies ;
- Répéter les informations omises ou mal comprises ;
- Encourager la jeune femme à partager l'information avec son partenaire ;
- Répéter les procédures mises en place pour le prélèvement.
- **Faire le test si possible ou référer**

2. Annonce des résultats

a. Annoncer un résultat négatif

Pour annoncer un résultat négatif, il faut tenir compte des points suivants :

- **Le test VIH** : Expliquer à la jeune que le test VIH n'est pas une vaccination, si elle s'expose au risque elle peut devenir séropositive.
- **La séroconversion** : Faire comprendre à la jeune que si la durée d'exposition aux risques est inférieure à 3 – 6 mois, il est nécessaire de faire un autre test pour confirmer le premier résultat.
- Demander à la jeune si elle est prête à informer son partenaire et de l'amener éventuellement à faire le test.
- **Le devoir de rester négatif** : expliquer à la jeune qu'il est de son devoir de :
 - Se protéger (éviter tout comportement à risque)
 - Informer et sensibiliser les autres membres de la communauté sur la prévention et la nécessité de se faire dépister.

Fiche technique counseling dépistage VIH (suite et fin)

b. Annoncer un résultat positif

L'annonce du résultat positif respecte les étapes suivantes : (après les salutations d'usage) :

- Faire l'entretien face à face dans un cadre garantissant son caractère confidentiel et de façon à laisser à l'intéressée le temps d'absorber le choc ;
- Matérialiser le résultat par le bulletin (montrer le bulletin) ;
- Rappeler l'entretien pré test, ensuite rassurez-vous que la jeune femme est prête à recevoir son résultat : le dossier de la jeune femme doit être tout prêt sur votre bureau ;
- Faire l'annonce simplement : « les résultats du test sont revenus, le test est positif » ;
- Garder le silence et laisser la jeune femme réagir ;
- Observer bien la jeune femme pour évaluer ses réactions, ses sentiments ;
- Préparer le type de soutien et la manière dont vous continuerez l'entretien ;
- Occupez-vous en premier lieu des réactions immédiates du patient qui doit retrouver le contrôle de soi (réactions de type choc, incapacité de parler, colère, tristesse, peur, découragement culpabilité, hystérie, déni, etc.) ;
- Montrez que vous comprenez et acceptez cette réaction et que vous soutenez la jeune femme ;
- Encouragez-la à exprimer ses sentiments : « vos sentiments sont tout à fait naturels, la plupart des personnes ressentent cela au début » ;
- Tentez de résoudre avec la jeune femme les problèmes suscités ;
- Commencer le suivi médical en faisant une consultation en vue de constituer un dossier médical ;
- Informer la jeune femme des lieux d'offre de services, de l'existence d'association de personnes vivants avec le VIH et d'autres formes d'auto supports.
- Donner rendez-vous dans les 72 heures pour :
 - évaluer l'état psychologique de la jeune femme ;
 - discuter de l'administration de l'ARV ;
 - discuter de l'environnement social (partenaire, famille, communauté) ;
 - discuter de ses possibilités économiques.

NB :

- **Un résultat négatif signifie que les anticorps produits par l'organisme contre le virus n'ont pas été détectés. Cela ne prouve pas que l'individu n'est pas infecté ou contaminé. Le virus peut être présent mais se cacher encore si le test a été effectué pendant la période muette de séroconversion.**
- **Un résultat positif prouve que l'infection par le virus s'est produite. La personne peut contaminer. Le test n'indique pas si un sujet infecté développera ou non la maladie (SIDA).**

5. Soins périnataux :

- Se référer aux procédures des soins périnataux (volume 4) ;
- Traitement ARV si séropositivité (volume 4) ;

N.B :

- **Au moment de l'expulsion, surveiller le périnée et faire une épisiotomie si nécessaire.**
- **Dans le post partum, fournir les informations sur la contraception, l'allaitement maternel et les soins à donner à l'enfant.**
- **Si la jeune femme est séropositive, donner les conseils appropriés sur l'alimentation de l'enfant (voir counseling PTME).**

6. Soins post-natals

En plus des étapes des procédures de soins postnatals :

- Insister sur l'importance des soins post natals chez l'adolescent / jeune;
- Vérifier le périnée (pour identifier les mauvaises cicatrisations ou les déchirures non réparées) ;
- Fournir des informations sur la planification familiale et au besoin offrir une méthode ;
- Apprendre à la mère la technique de l'allaitement et les soins à donner à l'enfant ;
- Si la jeune femme est séropositive, fournir les conseils spécifiques pour l'alimentation du nourrisson.

D. Visite médicale périodique de l'adolescent / jeune en milieu scolaire

Etapes de la visite médicale

a. Accueillir

- Saluer chaleureusement le (la) jeune ;
- Souhaiter la bienvenue ;
- Offrir un siège ;
- Se présenter au (à la) jeune et demander son nom ;
- Rassurer de la confidentialité ;
- Expliquer l'importance de la visite médicale périodique

b. Mener l'interrogatoire/l'enregistrement de l'adolescent / jeune

- Noter l'identité du ou de (la) jeune (nom, prénom, âge, statut matrimonial, profession et sa vie conjugale) ;
- Noter les antécédents chirurgicaux, médicaux et familiaux ;
- Rechercher les informations sur les activités sexuelles (antécédents d'IST, comportements sexuels à risque....) ;
- Rechercher les informations sur les comportements à risque : utilisation de drogues, alcool, tabac et leurs effets sur l'organisme (perte de mémoire, agitation, somnolence, tremblement des extrémités, bronchites, ulcère de l'estomac, asthénie sexuelle, détérioration de l'état physique...) ;
- Rechercher les informations sur le déroulement de la puberté (ménarche : date, régularité du cycle menstruel, pollution nocturne chez le garçon), puberté précoce ou tardive ;
- Vérifier l'état vaccinal.

c. Examiner l'adolescent (e) / jeune

- Rassurer l'adolescent (e) / jeune, le/la mettre en confiance ;
- Préparer le matériel nécessaire pour l'examen ;
- Expliquer le déroulement de l'examen ;
- Exécuter l'examen :
 - apprécier l'état général : rechercher une malformation, un retard staturo-pondéral, une obésité, une anémie, un goitre ;
 - apprécier la morphologie ;
 - examiner les organes génitaux à la recherche d'anomalies éventuelles ;
 - examiner l'appareil cardio-pulmonaire à la recherche d'un souffle cardiaque, d'une HTA, d'une dyspnée d'effort ;
 - examiner l'appareil bucco dentaire à la recherche d'une carie dentaire et d'une haleine fétide ;
 - examiner l'appareil locomoteur à la recherche d'une boiterie, d'une scoliose, d'une cyphose, d'une cyphoscoliose, d'autres malformations notamment au niveau des membres ;
 - faire l'examen ophtalmologique à la recherche d'une baisse de l'acuité visuelle ;
 - faire l'examen Oto-rhino-laryngologie (ORL) à la recherche d'une baisse de l'audition et de l'odorat ;
 - examiner les autres appareils ;
 - demander des examens complémentaires selon les pathologies détectées.

N.B :**Si affections courantes**

- Assurer la prise en charge des cas ;
- Référer si nécessaire.

Si malformations

- Référer.

E. Consultation prénuptiale volontaire

C'est la consultation médicale d'un couple avant le mariage. Elle est volontaire.

Son but est de dépister :

- Une maladie héréditaire (drépanocytose etc.) ;
- Une infection VIH et/ou une IST ;
- L'existence d'une malformation congénitale ;
- L'existence d'incompatibilité sanguine foeto-maternelle dans le système Rhésus ;
- L'existence d'autres pathologies pouvant retentir sur la grossesse et la qualité de vie des enfants issus de cette union.

Étapes de la consultation prénuptiale

a. Accueillir le couple : Cf. étapes de la visite médicale du jeune

b. Mener l'interrogatoire

En plus rechercher les informations sur :

- Les comportements à risque :
 - utilisation de drogues, alcool, tabac ;
 - les activités sexuelles (multi partenariat sexuel).
- Les antécédents médicaux (IST/VIH etc.) ;
- Maladies héréditaires.

c. Examiner le couple

- Rassurer le couple ;
- Préparer le matériel nécessaire pour l'examen ;
- Expliquer le déroulement de l'examen ;
- Se laver les mains.

Chez la jeune femme

- Procéder à l'examen de la cliente :
 - demander à la cliente de se déshabiller ;
 - examiner les seins ;
 - faire l'examen gynécologique ;
 - faire l'examen des autres appareils.

Chez l'homme

- faire l'examen général (morphologie, poids taille, pilosité pubienne, caractères sexuels secondaires, thyroïde) ;
- examiner les organes génitaux externes (pénis, hypospadias, bourse : nombre de testicules, volume, sensibilité, varicocèle...) ;
- faire un Toucher Rectal à la recherche d'une prostatite ou d'une tumeur de la prostate.

d. Demander les examens complémentaires

- Groupe sanguin ;
- Rhésus ;
- Electrophorèse de l'hémoglobine ;
- Sérologie VIH après counseling et sur consentement du couple ;
- VDRL-TPHA;

- HBs.

e. Communiquer les résultats d'abord individuellement, puis au couple avec leur consentement.

f. Discuter avec le couple des éventuels risques liés au mariage en fonction des résultats obtenus

g. Etablir un certificat de visite prénuptiale volontaire : cf annexe 4 p 62.

G. Soins curatifs

1. Prise en charge des IST-VIH/SIDA.

1.1. Counseling en IST

L'activité de communication pour le changement de comportement a pour objectif de

- Amener le jeune à adopter des comportements positifs permettant de minimiser les risques d'infection ;
- Permettre aux prestataires de service de conseiller les patients souffrants de IST à suivre un traitement et à adopter de nouveaux comportements en matière de relation sexuelle afin de prévenir de nouvelles IST et d'endiguer la propagation du VIH/SIDA.

Les 7 étapes de l'information éducation et conseils des patients atteints d'IST :

- Informer le patient sur les IST dont il souffre, les complications et conséquences possibles, le traitement et l'importance d'y adhérer ;
- Evaluer le niveau de risque du patient ;
- Identifier les obstacles au changement de comportement ;
- Informer le patient de ses risques et la nécessité de changer de comportement ;
- Aider le patient à entreprendre un changement de comportement sexuel ;
- Notifier et traiter les partenaires sexuels ;
- Référer.

1.2. Promotion du préservatif : Cf. soins préventifs

a. Fiche technique counseling spécifique aux condoms

- Recevoir le client/couple cordialement, et les mettre à l'aise ;
- Se présenter au client ;
- Interroger le client sur ses intentions, si besoin veut-il/elle espacer le rythme des grossesses ou éviter complètement toute grossesse ;
- Recueillir les antécédents médicaux du client et si besoin :
 - les facteurs de risque pour IST ;
 - toute contre indication médicale à la grossesse impliquant l'emploi d'une méthode contraceptive plus efficace ;
 - Le refus d'une utilisation régulière des condoms de la part de l'homme.
- Interroger sur les connaissances du client sur les condoms et corriger d'éventuelles erreurs ;
- Brièvement donner les informations les plus importantes sur le condom :
 - leur efficacité ;
 - le mode d'action des condoms ;
 - les avantages ;
 - les inconvénients ;
 - effets secondaires : irritation locale de la verge ou du vagin, diminution du plaisir sexuel.
- Donner des condoms au client ;
- Donner des instructions au client sur le mode d'emploi des condoms ;
- Démontrer à l'aide d'un mannequin comment mettre un condom ;
- Expliquer quoi faire si le condom se rompt pendant le rapport ;
- Demander au client/couple de répéter les instructions afin de s'assurer qu'il a compris ;
- Demander au client/couple s'il a des questions à poser ;
- Insister sur la possibilité de revenir à tout moment en cas de doute ou de difficulté ;
- Dire au revoir au client en l'invitant à revenir plus tard.

b. Fiche technique : Counseling spécifique IST chez l'adolescent (e) / jeune

- Informer le jeune qu'il est à risque pour les IST ;
 - Discuter avec le jeune des dangers d'un comportement à risque.
- Si une IST est diagnostiquée chez l'adolescent (e) / jeune :**
- Informer le jeune au sujet de son IST ;
 - Expliquer comment elle a été transmise et comment éviter la propagation ;
 - Décrire les complications pouvant survenir si les IST ne sont pas traitées ;
 - Expliquer le traitement et comment en réduire les symptômes si la maladie est incurable (infections virales) ;
 - Insister sur la nécessité de continuer le traitement même après disparition des symptômes ;
 - Prescrire le traitement selon les algorithmes IST ;
 - Demander au jeune de répéter les instructions afin de s'assurer qu'il a bien compris ;
 - Conseiller au jeune de s'abstenir des rapports sexuels jusqu'à la fin du traitement (ou d'utiliser des condoms) ;
 - Insister sur la nécessité de traiter son (ses) partenaire(s) ;
 - Fournir au jeune des arguments pouvant l'aider à convaincre son ou ses partenaire(s) à se faire traiter ;
 - Discuter avec le jeune des comportements sexuels à risque ;
 - Expliquer au jeune les avantages du condom dans la prévention des IST/VIH ;
 - Démontrer au jeune l'utilisation du condom (port et retrait) ;
 - Décrire d'autres signes d'IST et conseiller au jeune de revenir au centre si nécessaire ;
 - Discuter des tests de VIH et indiquer les lieux où ils sont disponibles ;
 - Demander au jeune s'il a des questions ou des préoccupations ;
 - Donner le rendez-vous de suivi ;
 - Inviter le jeune à revenir chaque fois qu'il le désire.

1.3. Prise en charge des cas de IST et des partenaires

Écoulement urétral

a. Définition

C'est un écoulement purulent franc ou des petites tâches sur le linge voire seulement une croûte sur le méat urétral observée le matin lors de la première miction avec une sensation de brûlure, de douleurs à la miction et surtout de difficulté de vider la vessie, traduisant une infection urogénitale.

b. Signe

Écoulement urétral : (demander au patient de traire l'urètre)

c. Prise en charge par niveau

Niveaux	Conduite à tenir
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer • Orienter
CSCCom	<ul style="list-style-type: none"> • Traiter selon l'approche syndromique
CSRéf	<ul style="list-style-type: none"> • Idem + examen complémentaire
Hôpitaux	<ul style="list-style-type: none"> • Idem CSRéf

Dysurie

a. Définition

C'est une sensation de brûlure, de douleurs à la miction et de difficulté de vider la vessie traduisant le plus souvent un rétrécissement de l'urètre.

b. Signe

Douleurs observées lors de la miction.

c. Prise en charge par niveau

Niveaux	Conduite à tenir
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer • Orienter
CSCCom	<ul style="list-style-type: none"> • Traiter selon l'approche syndromique
CSRéf	<ul style="list-style-type: none"> • Idem CSCCom+ examens complémentaires
Hôpitaux	<ul style="list-style-type: none"> • Idem CSRéf

Ulcérations génitales

a. Définition

C'est une affection uro-génitale se traduisant par des lésions non traumatiques localisées au niveau de la peau ou des muqueuses au niveau des organes génitaux. Elle est généralement d'origine infectieuse.

b. Signes

Lésions génitales :

- chancre mou ou syphilitique (une seule ulcération) ;
- herpès (plusieurs ulcération avec ou sans vésicules) ;

c. Prise en charge par niveau

Niveaux	Conduite à tenir
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer • Orienter
CSCCom	<ul style="list-style-type: none"> • Traiter selon l'approche syndromique
CSRéf	<ul style="list-style-type: none"> • Idem+ examen complémentaire
Hôpitaux	<ul style="list-style-type: none"> • Idem CSRéf

Ecoulement vaginal et/ou douleur abdominale basse

a. Définition

Se traduit par une modification de la quantité, de la consistance, de la couleur ou de l'odeur des pertes vaginales suite à une infection. Elle peut s'accompagner de douleurs pelviennes.

b. Signes

- écoulement vaginal ;
- sensibilité abdominale basse au palper ;
- température supérieure à 38°C.

c. Prise en charge par niveau

Niveaux	Conduite à tenir
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer • Orienter
CSCCom	<ul style="list-style-type: none"> • Traiter selon algorithme de l'approche syndromique
CSRéf	<ul style="list-style-type: none"> • Idem+ examen complémentaire
Hôpitaux	<ul style="list-style-type: none"> • Idem CSRéf

Tuméfaction du scrotum

a. Définition

C'est une augmentation de volume de la bourse avec douleur voire fièvre traduisant généralement une épididymite, une orchite, une torsion testiculaire ou un traumatisme.

b. Signes

- douleur testiculaire très intense unilatérale ou bilatérale ;
- scrotum tuméfié ;
- fièvre.

c. Prise en charge par niveau

Niveaux	Conduite à tenir
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer • Orienter
CSCCom	<ul style="list-style-type: none"> • Traiter selon algorithme de l'approche syndromique
CSRéf	<ul style="list-style-type: none"> • Idem+ examen complémentaire
Hôpitaux	<ul style="list-style-type: none"> • Idem CSRéf

Bubon inguinal

a. Définition

C'est une hypertrophie inflammatoire et très douloureuse des ganglions (adénopathie) de la région inguinale.

b. Signes

Existence de plusieurs adénopathies uni ou bilatérales associées ou non à une ulcération.

c. Prise en charge par niveau

Niveaux	Conduite à tenir
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer • Orienter
CSCCom	<ul style="list-style-type: none"> • Traiter selon l'algorithme
CSRéf	<ul style="list-style-type: none"> • Idem+ examen complémentaire
Hôpitaux	<ul style="list-style-type: none"> • Idem CSRéf

2. Soins après avortement (cf. volume 4 : Santé de la jeune femme)

3. Prise en charge des complications liées à la toxicomanie

Définition : c'est la consommation importante et habituelle d'une substance (drogue) dans le but d'obtenir un effet sur le comportement, la conscience et la perception donnant lieu à une dépendance tant psychique que physique.

3.1. Les étapes de la consultation

a. **Accueillir** Cf. étapes de la visite médicale du jeune.

b. Mener l'interrogatoire

Rechercher les informations sur les comportements à risque : utilisation de drogues, alcool, tabac et leurs effets sur l'organisme (perte de mémoire, agitation, somnolence, tremblement des extrémités, bronchites, ulcère, asthénie sexuelle, détérioration de l'état physique).

c. Examiner

(cf. Chapitre examen dans la consultation médicale périodique) en plus rechercher à l'examen général un retard staturo-pondéral, obésité, anémie.

3.2. Conduite à tenir

- Faire le counseling ;
- Expliquer aux adolescents / jeunes les conséquences de la toxicomanie :

Sur le plan individuel

- accoutumance ;
- surdosage ;
- décès précoce ;
- démence ;
- cancer du poumon, de la gorge et du foie ;
- comportements sexuels à risque ;
- VIH/SIDA.

Sur le plan social

- délinquance (vol, banditisme, violence, viol, criminalité...);
- marginalisation ;
- prostitution.

Sur le plan économique

- baisse de la production.

• Expliquer les conséquences des stupéfiants sur la santé de la reproduction :

- le dysfonctionnement sexuel pouvant conduire à l'infertilité ;
- le lien entre l'usage des drogues et les IST-VIH/SIDA ;
- les effets nocifs sur la grossesse.

a. Prise en charge par niveau

Niveaux	Conduite à tenir
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer et orienter
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier la nature du trouble • Prescrire un sédatif • Référer
CSRéf	<ul style="list-style-type: none"> • Idem CSCom • Donner un traitement spécifique <p>Si grossesse :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faire le counseling • Faire à la CPN • Référer les cas de complications pour une prise en charge adéquate
Hôpitaux	<ul style="list-style-type: none"> • Idem CSRéf • Référer vers un centre spécialisée pour assurer une prise en charge psychosociale

N.B : Les autres cas seront référés pour une prise en charge spécifique en milieu spécialisé.

4. Prise en charge des complications liées à l'excision**4.1. Etapes de la consultation** : Cf. étapes d'une consultation genre et santé**a. Accueillir****b. Interroger/Enregistrer****c. Procéder à l'examen gynécologique : et en plus examiner les organes génitaux externes pour apprécier l'état des lésions et préciser le type d'excision.****4.2. Conduite à tenir**

- Vérifier l'état vaccinal.

Si vaccinée

- faire le vaccin anti-tétanique (rappel).

Si non vaccinée

- faire le sérum anti-tétanique et la 1ère dose de vaccin anti-tétanique.
- Prendre en charge des cas (hémorragie, infections, douleurs, choc, incontinence urinaire) voir algorithmes SAA ;
- Référer si nécessaire.

4.3. Prise en charge

Hémorragie

a. Définition

L'hémorragie est une perte sanguine supérieure ou égale à 500 ml survenant à la suite de la pratique de l'excision.

b. Eléments de diagnostic

- Écoulement de sang ;
- Sueurs froides ;
- Soif ;
- Perte de connaissance ;
- Choc.

c. Prise en charge par niveau

Niveaux	Conduite à tenir
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer • Evacuer
CSCoM	<p>Sans gravité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assurer l'hémostase : application de pommade hémostatique ercé et faire une suture au besoin • Donner un antalgique et un antibiotique • Prendre une voie veineuse avec cathéter • Faire une dose de SAT • Vérifier l'état vaccinal ; faire le VAT au besoin • Contrôler la TA, le pouls <p>Si amélioration :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Continuer le traitement et le counseling <p>Si pas d'amélioration :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Référer <p>Avec signes de gravité</p> <ul style="list-style-type: none"> • CAT idem PEC hémorragie sans gravité pour les 6 premiers points ; • Informer les parents de la nécessité de la référence • Conseiller aux parents de prévoir de l'argent et des donneurs de sang • Avertir la structure de référence • Remplir une fiche de référence/évacuation • Référer en urgence avec accompagnement médicalisé

c. **Prise en charge par niveau (suite et fin)**

Niveaux	Conduite à tenir
CSRéf	Idem CSCOM, en plus : <ul style="list-style-type: none"> • Prendre un abord veineux au cathéter avec du Ringer lactate • Faire un groupage/rhésus, taux d'hémoglobine, et hématocrite, • Faire une transfusion isogroupe isorhésus si nécessaire • Donner antalgique (Paracétamol – Comprimé matin midi et soir) et antibiotique (Amoxicilline 100 mg/kg matin, midi et soir) • Faire le counseling spécifique pour l'abandon de l'excision.
Hôpitaux	<ul style="list-style-type: none"> • Idem CSRef et réanimation si nécessaire

Choc

a. Définition

Le choc est un état durant lequel on observe une chute de la tension artérielle systolique au-dessous de 80 mm Hg plus ou moins associée à des troubles de la conscience de degré divers.

b. Éléments de diagnostic :

- Pouls rapide et faible (rythme supérieur ou égal à 110/mn) ;
- Faible tension artérielle (systolique inférieure à 80 mm/Hg) ;
- Pâleur (surtout l'intérieur des paupières, les paumes des mains ou autour de la bouche) ;
- Sueurs, respiration rapide (respiration supérieure ou égale à 30/mn), anxiété, confusion ou perte de connaissance.

c. Gestes d'urgence :

- Prendre rapidement une voie veineuse ;
- Faire une transfusion sanguine avec du sang iso groupe iso rhésus ;
- Initier le traitement étiologique en même temps que la réanimation cardio-vasculaire.

d. **Prise en charge**

Niveaux	Conduite à tenir
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer • Evacuer
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • Faire coucher la patient en décubitus dorsal position déclive • Prendre une voie veineuse au cathéter avec du sérum salé isotonique ou Ringer lactate • Assurer l'hémostase : application de pommade hémostatique Ercé et faire une suture au besoin • Surveiller pouls, TA, <p>Si pas d'amélioration :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informer les parents de la nécessité de la référence • Conseiller aux parents de prévoir de l'argent et des donneurs de sang • Informer la structure de référence • Remplir une fiche de référence/évacuation • Référer en urgence avec accompagnement médicalisé
CSRéf	<ul style="list-style-type: none"> • Idem CSCom • Donner de l'oxygène • Faire un groupage/rhésus • Transfuser iso groupe iso rhésus au besoin • Réexaminer la plaie et assurer l'hémostase au besoin • Faire la séro-prévention et vaccination antitétanique • Donner antalgique et antibiotique • Faire CCC ; counseling
Hôpitaux	Idem CSRéf

Incontinence urinaire

a. Définition

C'est l'incapacité temporaire ou permanente de retenir les urines (fuite d'urines) suite à des lésions urétrales.

b. Eléments de diagnostic :

- Pertes d'urines involontaires.

c. Prise en charge

Niveaux	Conduite à tenir
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer • Orienter
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer les mesures d'hygiène : • Faire un bain de siège aux antiseptiques (permanganate ou Bétadine diluée à 1/10ème) • Placer une sonde à demeure • Faire Counseling/CCC • Référer
CSRéf	<ul style="list-style-type: none"> • Idem CSCom • Réexaminer la fillette pour confirmer l'incontinence urinaire et éliminer une fistule <p>S'il n'y a pas de lésions organiques visualisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tenter la correction par la rééducation : <ul style="list-style-type: none"> ○ demander à la fillette d'exécuter volontairement les gestes de contractions périnéale et éventuellement de stopper une miction volontaire <p>Si les mesures ci-dessus sont inefficaces et ou s'il existe des lésions organiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Référer à l'hôpital pour consultation spécialisée
Hôpitaux	<ul style="list-style-type: none"> • Idem CSRéf • Demander consultation spécialisée en urologie • Faire le traitement étiologique : <ul style="list-style-type: none"> ○ plastie de l'urètre, ○ sphinctéroplastie, ○ rééducation etc.

Infections

a. Définition

C'est l'invasion du site de l'excision par des micro-organismes de nature variée.

b. Eléments de diagnostic :

- Fièvre, frissons,
- Choc septique,
- Rougeur et douleurs locales,
- Ecoulement de pus ...

c. Prise en charge

Niveaux	Conduite à tenir
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer • orienter
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer • Examiner • Appliquer un traitement local avec un antiseptique doux (bétadine gynécologique) • Donner un antibiotique oral (amoxicilline 1 comprimé matin midi et soir pendant 7 jours) • Faire sérovaccination anti-tétanique selon le statut vaccinal • Faire le counseling/CCC <p>Si pas d'amélioration</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informer les parents de la nécessité de la référence ; • Conseiller aux parents de prévoir de l'argent ; • Informer la structure de référence ; • Référer.
Prise en CSRéf	<ul style="list-style-type: none"> • Idem CSCom plus : • Examiner • Demander examen complémentaire • Prise en charge selon l'étiologie <p>Si pas d'amélioration :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Référer en urgence
Hôpitaux	<ul style="list-style-type: none"> • Idem CSREF • Faire un prélèvement de pus plus antibiogramme pour une antibiothérapie adaptée

Sténose et obstruction des voies urogénitales

d. Définition

C'est le rétrécissement ou la fermeture complète de l'orifice vaginal et/ou urétral consécutif à l'excision.

e. Éléments de diagnostic :

- Impossibilité de rapport sexuel ;
- Fermeture quasi totale de la vulve ;
- Trouble de la miction dans les formes extrêmes.

f. Prise en charge

Niveaux	Conduite à tenir
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer • Orienter
CSCCom	<ul style="list-style-type: none"> • Faire le counseling • Référer.
CSRéf	<ul style="list-style-type: none"> • idem niveau CSCCom plus • Pratiquer la désinfibulation • Donner un antibiotique et un antalgique <p>Si difficultés référer</p>
Hôpitaux	<ul style="list-style-type: none"> • Idem CSRéf • Pratiquer la plastie vulvaire pour les formes compliquées

Fistules vésico-vaginale ou fistule recto-vaginale ou fistule vésico-recto vaginale

a. Définition

Ce sont des perforations ou tunnels entre la vessie et le vagin ou entre le rectum et le vagin ou entre la vessie, le rectum et le vagin. Elles surviennent au cours d'accouchements dystociques et peuvent aussi être observées à la suite des mutilations génitales.

L'incontinence urinaire ou fécale qui en résulte peut durer toute la vie et entraîner des conséquences sociales graves.

b. Éléments de diagnostic

- Pertes d'urine et/ou de selles par le vagin.

Prise en charge par niveau

Niveaux	Conduite à tenir
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer • Orienter
CSCCom	<ul style="list-style-type: none"> • Faire un bain de siège au permanganate de potassium dilué • Pratiquer les mesures d'hygiène (utilisation de garnitures propres) • Faire le counseling spécifique pour l'abandon de l'excision • Référer.
CSRéf	<ul style="list-style-type: none"> • Idem CSCCom

Niveaux	Conduite à tenir
Hôpitaux	<ul style="list-style-type: none"> • Idem CSRéf • Demander des examens complémentaires • Faire le traitement chirurgical réparateur des lésions

5. Prise en charge des troubles liés à la puberté

5.1. Etapes de la consultation cf. étapes d'une consultation de l'adolescent / jeune

a. Accueillir

b. Interroger/Enregistrer

c. Procéder à l'examen

Rechercher les pathologies et troubles éventuels :

Chez la fille :

- Nodule ou tumeur mammaire ;
- Absence de pilosité pubienne ;
- Pertes anormales (sécrétion mucopurulente ou sanguinolente) ;
- Signes d'une IST.

Chez le garçon :

- Absence de pilosité pubienne ;
- Ectopie testiculaire ;
- Hermaphrodisme ;
- Signes d'IST.

d. Conduite à tenir :

- Vérifier l'état vaccinal :

Si vaccinée :

- faire le rappel de vaccin anti-tétanique ;

Si non vaccinée :

- Administrer la 1^{ère} dose de vaccin anti-tétanique ;
- Prendre en charge les cas (**voir algorithme et fiches techniques page 41 à 47**) ;
- Demander des examens complémentaires si nécessaire
- référer si besoin.

5.2. Prise en charge des troubles du cycle

Dysménorrhée

a. Définition

Douleurs pelviennes qui surviennent quelques jours avant ou pendant les règles et pouvant continuer quelques jours après la fin des règles.

b. Eléments de diagnostic :

- Douleurs pelviennes à type de crampe survenant au moment des règles, nausées, vomissements ;
- Tension mammaire.

c. Prise en charge par niveau

Niveaux	Conduite à tenir
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer • Orienter
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • Rechercher une infection génitale éventuelle et la traiter selon l'algorithme IST <p>Si pas d'infection :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Donner un traitement : <ul style="list-style-type: none"> ○ antispasmodique, ○ anti-inflammatoire non stéroïdien • Faire le counseling <p>Si amélioration :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faire le suivi <p>Si pas d'amélioration :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Référer
CSRéf	<ul style="list-style-type: none"> • idem CSCom • Rechercher autres étiologies avec des examens complémentaires : <ul style="list-style-type: none"> ○ échographie pelvienne ○ faire un traitement approprié ○ psychothérapie si nécessaire
Hôpitaux	<ul style="list-style-type: none"> • Idem CSRéf • Faire coélioscopie à la recherche d'une endométriose • Faire le traitement selon l'étiologie

Oligoménorrhée

a. Définition

Règles peu abondantes et de courte durée.

b. Eléments de diagnostic :

- Petite quantité des sang au cours des règles

c. Prise en charge par niveau

Niveaux	Conduite à tenir
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer • Orienter
CSCCom	<ul style="list-style-type: none"> • Rechercher une notion de prise de contraceptifs et faire la prise en charge en conséquence • Faire le counseling <p>Si pas d'amélioration :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assurer le suivi <p>Si pas d'amélioration :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Référer
CSRéf	<ul style="list-style-type: none"> • Idem CSCCom • Demander les examens complémentaires : <ul style="list-style-type: none"> ○ Echographie • Faire le traitement étiologique
Hôpitaux	<ul style="list-style-type: none"> • Idem CSRéf <ul style="list-style-type: none"> ○ Hystérocopie ○ Dosage hormonal • Faire le traitement étiologique

Ménarches tardives

a. Définition

Apparition tardive des premières règles

b. Eléments de diagnostic :

- Retard d'apparition des premières règles chez une fille de plus de 16 ans.

c. Prise en charge

Niveaux	Conduite à tenir
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer • Orienter
CSCCom	<ul style="list-style-type: none"> • Counseling • Référer
CSRéf	<ul style="list-style-type: none"> • Idem CSCCom plus • Recherche des caractères sexuels secondaires • Demander les examens complémentaires : Echographie • Donner un traitement approprié <p>Si pas d'amélioration :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Référer
Hôpitaux	<ul style="list-style-type: none"> • Idem CSRéf • Demander examen complémentaire : <ul style="list-style-type: none"> ○ Radiographie de la main à la recherche du sésamoïde du pouce ○ Dosages hormonaux : FSH, LH, hormones thyroïdiennes • Traiter selon l'étiologie

Hémorragie génitale

a. Eléments de diagnostic :

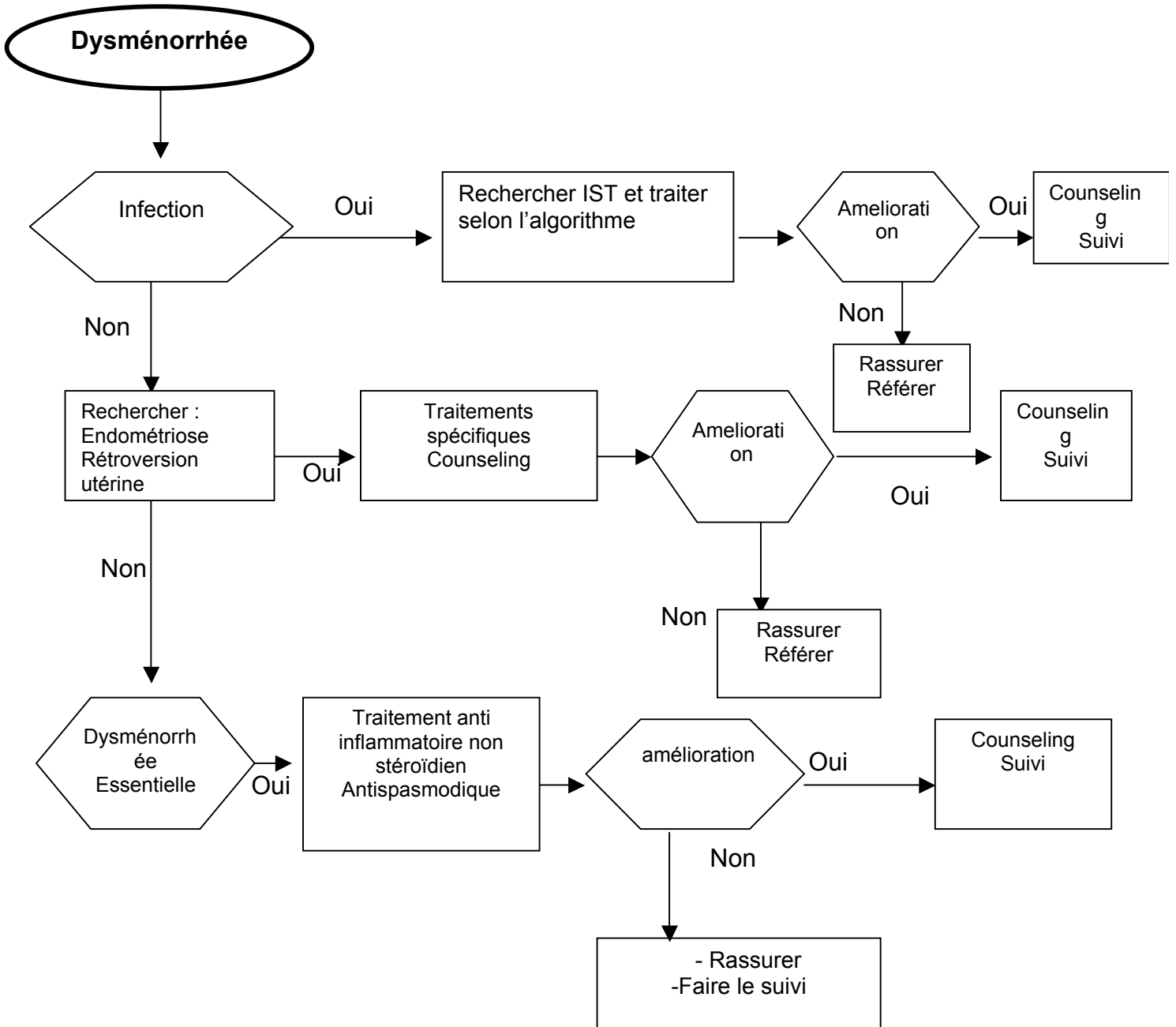
Écoulement de sang plus ou moins abondant par les voies génitales de l'adolescente / jeune

b. Prise en charge par niveau de l'hémorragie génitale

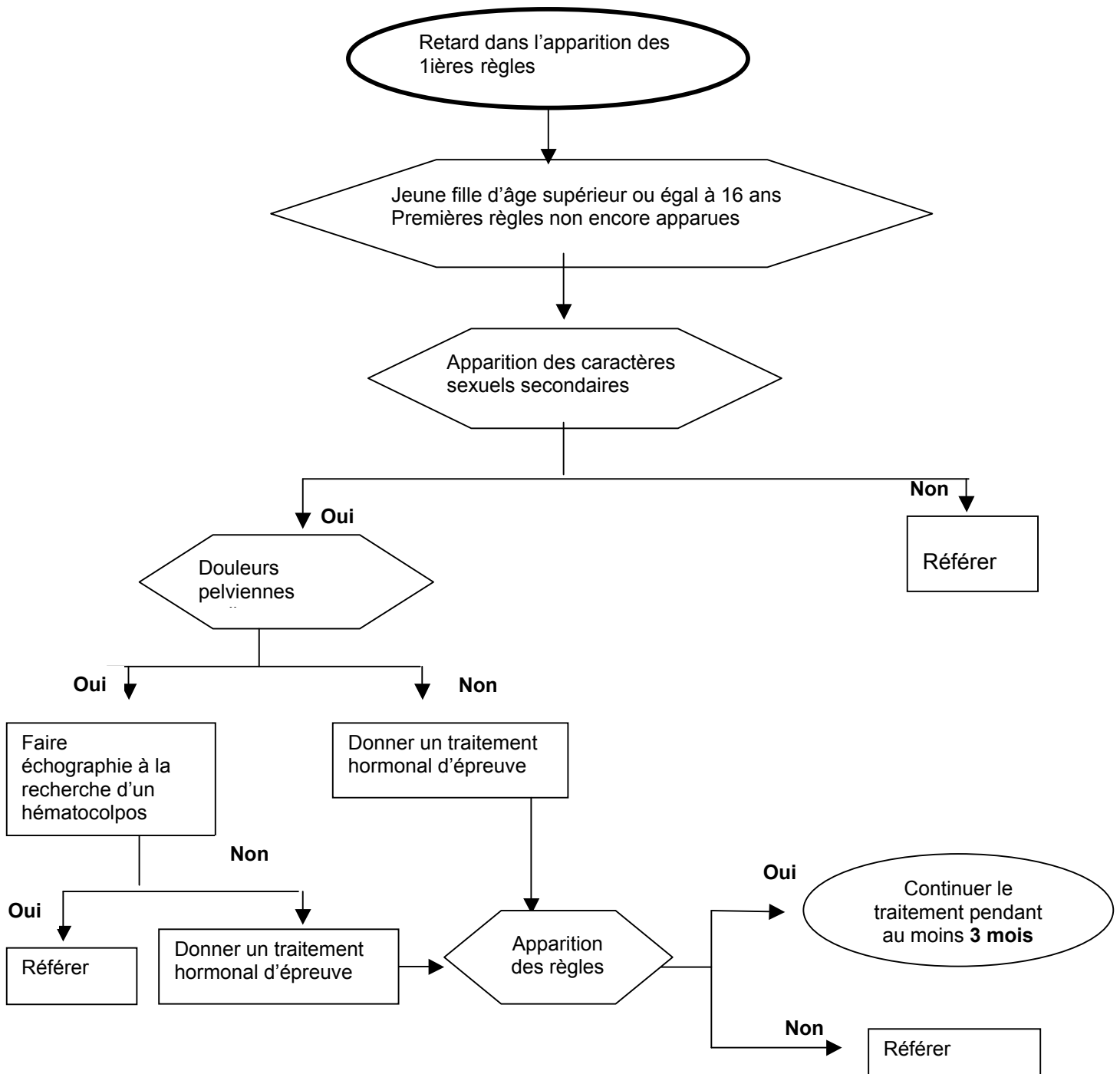
Niveaux	Conduite à tenir
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer • Orienter
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • Rechercher la cause Si hymen intact • Rassurer et référer Si viol ou traumatisme • Faire une compression/ assurer l'hémostase • Prescrire un antiseptique • Délivrer un certificat de viol (cf. annexe 2 p 60) • Faire le counseling • Assurer le suivi Si grossesse (voir chapitre grossesse et hémorragie) Si infection génitale • Faire le counseling • Traiter selon algorithme IST Si pas d'amélioration • Référer
CSRéf	<ul style="list-style-type: none"> • Idem CSCom • Demander des examens complémentaires (NFS, groupe sanguin Rhésus, taux d'hémoglobine, échographie) • Traiter selon l'étiologie • Faire le dépistage du VIH Si pas d'amélioration • Référer
Hôpitaux	<ul style="list-style-type: none"> • Idem CSRéf

Algorithmes

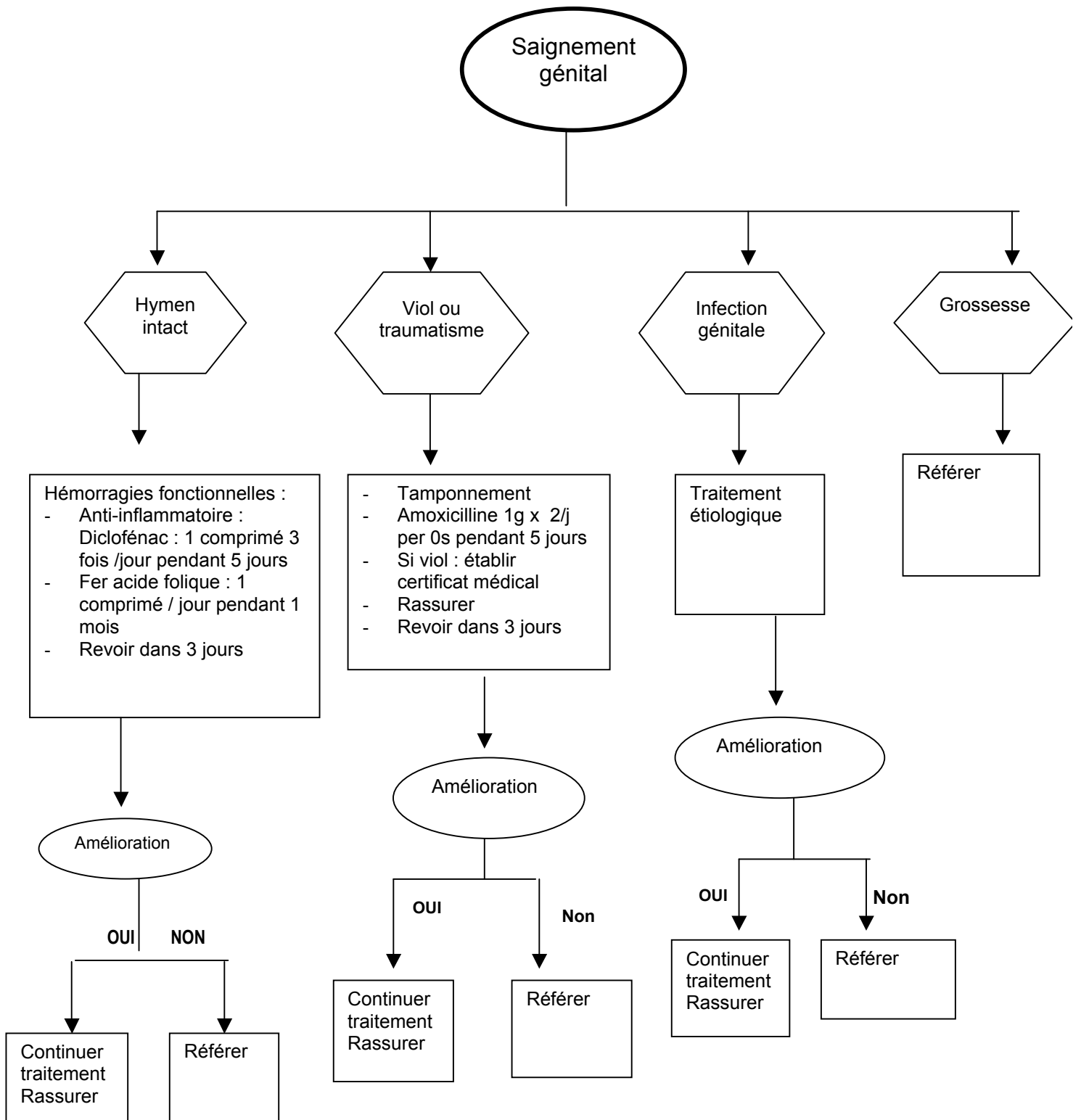
DYSMENORRHEE



MENARCHES TARDIVES



HEMORRAGIE GENITALE



II. Dysfonctionnements sexuels et pathologies génitales chez l'homme

Soins pour dysfonctionnements sexuels et pathologies génitales chez l'homme

A. Définition

C'est l'ensemble des moyens et méthodes mis en œuvre pour assurer la guérison d'un patient souffrant de troubles de la sexualité, d'anomalies fonctionnelles et/ou organiques en rapport avec la sphère génitale. Il s'agit de :

- Troubles liés au désir sexuel : asthénie/impuissance sexuelle ;
- Troubles des étapes de l'acte sexuel : éjaculation précoce, anéjaculation, éjaculation rétrograde.

B. Concept de communication pour le changement de comportement :

[Cf. CCC en SRAJ \(page : 2\).](#)

C. Conditions et principes

- Structures appropriées ;
- Matériels nécessaires disponibles ;
- Personnel compétent.

D. Etapes de l'examen

1. Accueil

- Saluer le patient ;
- Souhaiter la bienvenue ;
- Offrir un siège ;
- Se présenter ;
- Demander au patient ce qu'on peut faire pour lui ;
- Assurer la confidentialité.

2. Mener l'interrogatoire/enregistrement

- Ouvrir un dossier ;
- Recueillir les renseignements généraux : identité, âge, profession, statut matrimonial, adresse ;
- Demander le motif de la visite ;
- Demander l'âge à la puberté ;
- Rechercher des informations sur les antécédents :
 - Médicaux : oreillons, schistosomiasis, IST, diabète, HTA, alcoolisme, tabagisme, trouble du psychisme, drépanocytose ;
 - Chirurgicaux : traumatisme du petit bassin, interventions périnéales, lithiase, tumeurs vésicales.
- Préciser les traitements spécifiques antérieurs ou en cours (antidépresseur, antihypertenseur, antidiabétique)

3. Examiner le patient

- Préparer le matériel ;
- Expliquer le déroulement de l'examen.

Examen général

- Aider le patient à s'installer ;
- Se laver les mains avec du savon et les sécher avec un linge individuel, propre et sec ;
- Prendre les constantes : poids, taille, pouls, température, TA ;
- Apprécier l'état général, les muqueuses et les téguments ;
- Procéder à l'examen complet des appareils respiratoire, cardio-vasculaire, hépato-digestif, ORL et bucco- dentaire.

Examen de l'appareil urogénital et du périnée

- Porter des gants ;
- Rechercher une anomalie des organes génitaux externes (verge, bourses, testicules) et du périnée ;
- Rechercher les signes d'une IST ;
- Faire le TR :
 - Apprécier le volume, la consistance de la prostate chez l'homme à partir de la cinquantaine ;
- Mettre le matériel utilisé dans une solution de décontamination ;
- Tremper les mains gantées dans la solution de décontamination ;
- Enlever les gants et les mettre dans la solution de décontamination ;
- Se laver les mains avec du savon et les sécher avec un linge individuel, propre et sec ;
- Informer le patient des résultats de l'examen.

N.B : Les gants ainsi décontaminés doivent être jetés dans la poubelle à déchets solides.

4. Demander des examens complémentaires au besoin :

- Biologie ;
- Anatomo-pathologie ;
- Echographie.

5. Instaurer le traitement :

- Prescription médicamenteuse ;
- Counseling ;
- Suivi.

Référer au besoin

6. Donner le rendez-vous pour le suivi

- Insister sur l'importance du respect du rendez-vous ;
- Raccompagner ;
- Dire merci et au revoir.

7. Faire le suivi

- Counseling ;
- En cas de référence, s'assurer que le patient a été réellement pris en charge ;
- Suivi clinique et para clinique en fonction de l'évolution ;

E. Prise en charge des dysfonctionnements sexuels et pathologies génitales

1. Dysfonctionnements sexuels

a. Définition

Ce sont des anomalies relevées au niveau du désir sexuel ou de l'une des étapes de l'acte sexuel.

b. Eléments du diagnostic

- Les anomalies de la phase d'excitation ou d'érection :
 - asthénie ;
 - impuissance ;
 - priapisme.
- Les anomalies de l'éjaculation :
 - anéjaculation ;
 - éjaculation précoce
 - éjaculation rétrograde.
- Les anomalies de l'orgasme.

c. Prise en charge par niveau

Niveaux	Conduite à tenir
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer • Orienter
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • Rechercher une IST et la traiter selon l'algorithme IST • Conseiller une bonne hygiène de vie (nourriture, sommeil, abandon des excitants) • Rassurer • Référer
CSRéf	<ul style="list-style-type: none"> • Idem CSCom • Rechercher une éventuelle cause : diabète, HTA, drépanocytose, alcoolisme, troubles du psychisme • Faire le counseling • Traiter selon l'étiologie • Assurer le suivi • Référence au besoin
Hôpitaux	<ul style="list-style-type: none"> • Idem CSRéf • Faire une consultation spécialisée : endocrinologie, sexologie, cardiologie, neurologie, chirurgie • Faire le traitement spécifique • Faire le suivi

2. Pathologies de la prostate

a. Définition

Ce sont des affections de la glande prostatique qui peuvent s'accompagner de troubles de la miction, de troubles de la sexualité et de troubles de la fertilité (prostatite aigue et chronique, adénome et cancers de la prostate, ...).

b. Eléments du diagnostic

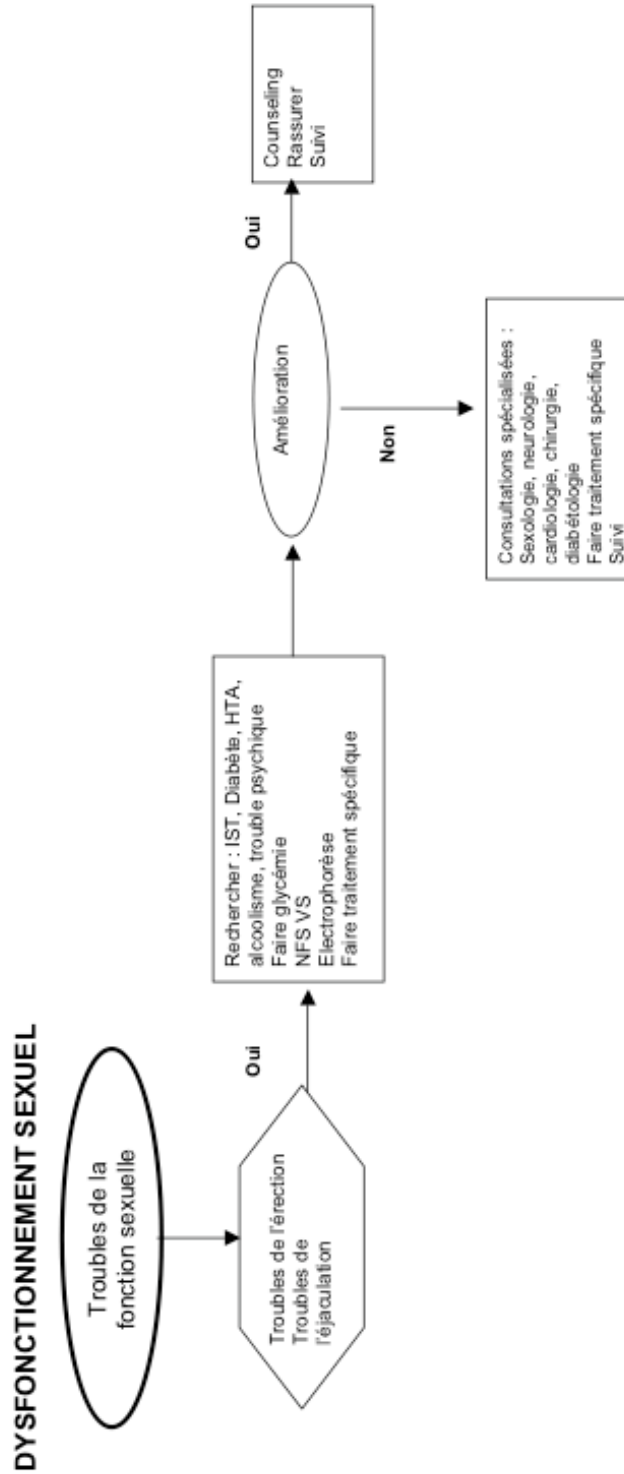
- Pollakiurie ;
- Dysurie ;
- Hématurie ;
- Rétention aiguë d'urine ;
- Incontinence d'urine ;
- Ejaculation précoce, douloureuse
- Hémospémie (sang dans le sperme) ;
- Anéjaculation ;
- Troubles du spermogramme (oligospermie, azoospermie).

c. Prise en charge par niveau

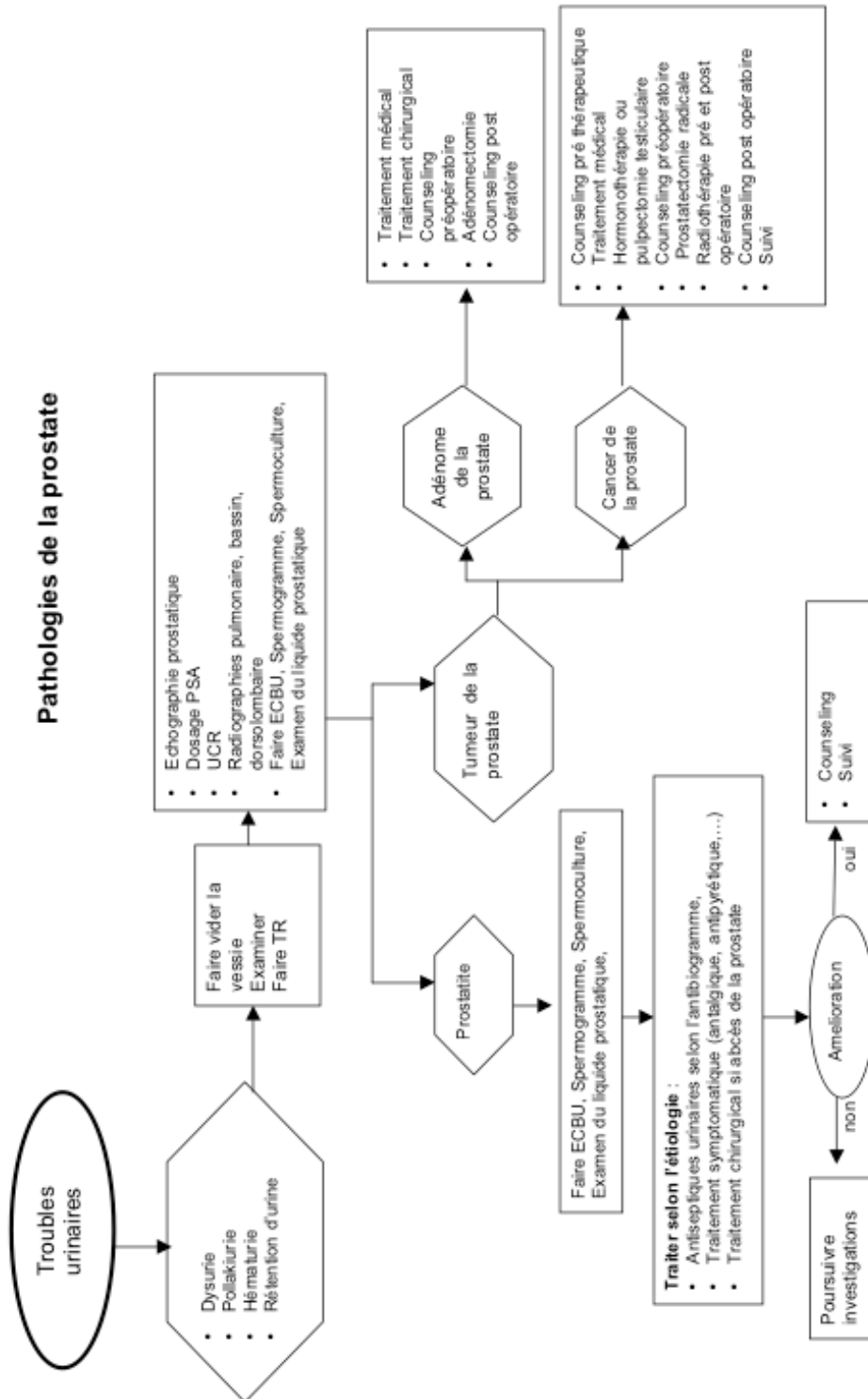
Niveaux	Conduite à tenir
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer • Orienter
CSCoM	<ul style="list-style-type: none"> • Rechercher une IST la traiter selon l'algorithme IST • Vider la vessie par sondage ou par ponction sus-pubienne • Faire un toucher rectal (TR) • Evacuer en cas de tumeur prostatique
CSRéf	<ul style="list-style-type: none"> • Idem CSCoM • Rechercher une infection urinaire, un diabète. • Faire une échographie abdomino-prostatique • Demander un bilan : ECBU, NFS-VS, glycémie, azotémie, créatinémie, spermoculture, spermogramme, examen du liquide prostatique. • Traiter selon l'étiologie • Faire le counseling • Faire le suivi • Référer
Hôpitaux	<ul style="list-style-type: none"> • Idem CSRéf • Faire un traitement chirurgical • Faire un traitement spécifique au besoin : <ul style="list-style-type: none"> ○ hormonothérapie ; ○ radiothérapie. • Faire le counseling • Faire le suivi

Algorithmes

DYSFONCTIONNEMENT SEXUEL



Pathologies de la prostate



Annexes

Annexe 1 : Critères d'éligibilité

- Administrer la méthode selon l'éligibilité de la cliente.
- Au terme de la consultation de contraception, une méthode de contraception sera prescrite à la cliente selon son choix et son état de santé au moment du choix. Le prestataire prescrira la méthode choisie en respectant la classification de l'état de la cliente indiquée ci-dessous :

"O" = **OUI**, la cliente peut utiliser la méthode sans aucune restriction.

"O-" : = **OUI**, mais il existe quelques risques d'utilisation de la méthode choisie.

"N+" = **NON**, la cliente ne peut être conseillée d'utiliser la méthode, **sauf** si une autre méthode n'est pas disponible.

"N" = **NON**, la cliente ne peut **en aucun cas**, utiliser la méthode.

N.B : Le document de référence de l'OMS a adopté la classification de 1 à 4 qui correspond à la légende suivante (0 = 1 ; 0- = 2 ; N+ = 3 ; N = 4).

Le tableau d'éligibilité suivant sera appliqué devant chaque état de la cliente et pour les méthodes indiquées.

Tableau d'éligibilité pour les méthodes hormonales et le DIU

« ETAT » DE LA CLIENTE	Pilules comb.	Pil. Prog.	Inject. Nr/depo	Implant	DIU
Grossesse	NA	NA	NA	NA	NA
Age					
Dès premières règles à 18 ans	O	O	O-	O	O-
De 18 à 39 ans	O	O	O	O	O
De 40 à 45 ans	O-	O	O-	O	O
Plus de 45 ans	O-	O	O-	O	O
Post partum					
Allaitement					
< 6 semaines post-partum	N	N+	N+	N+	O
- de 6 semaines à 6 mois post-partum	N+	O	O	O	O
- après 6 ^{ème} mois p.p	O-	O	O	O	O
Jeune femmes non allaitantes					
< 21 jours	N+	O	O	O	N+
≥ 21 jours	O	O	O	O	O
Post abortum					
1^{er} Trimestre	O	O	O	O	O
2^{ème} Trimestre	O	O	O	O	O-
Avortement septique	O	O	O	O	N
Tabagisme					
- âge < 35 ans	O-	O	O	O	O
- âge > 35ans et tabagisme (5-10 cig./jour)	N+	O	O	O	O
- âge > 35 ans et tabagisme important (+ de 10 cig./jour)	N	O	O	O	O
H.T.A					
- usuelle modérée (< 160/100 mm hg)	N+	O-	O-	O	O
- modérée (140- 159/90-99 mm hg)	N+	O-	O-	O-	O
- sévère maîtrisée (160/100 mm hg)	N+	O	O-	O	O
- sévère qu'on ne peut maîtriser	N+	O-	N+	O-	O
- maladie vasculaire	N	O-	N+	O-	O
Hypertension suffisamment maîtrisée quand on peut surveiller la tension artérielle	N+	O	O-	O	O
Antécédent d'HTA lorsque la tension artérielle ne peut pas être mesurée	N+	O-	O-	O-	O
Diabète					
- avec néphropathie/rétinopathie	N	O-	N+	O-	O
- insulino dépendant ou non, sans atteinte vasculaire	O-	O-	O-	O-	O
Cancer du col					
- intra épithélial néoplasique (non invasif).	O-	O-	O-	O-	O
- en traitement	O-	O-	O-	O-	N
Ectropion cervical ou érosion	O	O	O	O	O
IST					
- En cours avec cervicite purulente ou chlamydia/gonorrhée	O	O	O	O	N
- Autres IST sauf HIV	O	O	O	O	O-
- Vaginite (à trichomonas, vaginite bactérienne)	O	O	O	O	O-

« ETAT » DE LA CLIENTE	Pilules comb.	Pil. Prog.	Inject. Nr/depo	Implant	DIU
- Risque élevé d'IST	0	0	0	0	N+
- Antécédents de MIP	0	0	0	0	0-
- MIP en cours	0	0	0	0	N
- Haut risque de HIV	0	0	0	0	0-
- Personne infectée par le HIV	0	0	0	0	0-
- SIDA clinique sous ARV - Trithérapie	0	0	0	0	N+
VIH/ sida					
Haut risque d'infection à VIH	0	0	0	0	N+
Sérologie VIH positive	0	0	0	0	N+
Sida	0	0	0	0	N+
Paludisme	0	0	0	0	0
Hépatite virale					
- active symptomatique	N	N+	N+	N+	0
- porteur sain	0	0	0	0	0
CIRRHOSE DU FOIE	N+	0-	0-	0-	0
TUMEUR DU FOIE (bénigne / maligne)	N	N+	N+	N+	0
Nullipare	0	0	0	0	0
Désir de retour rapide à la fécondité	0	0	N+	0	0
Dysménorrhée sévère	0	0	0	0	0-
Thrombose veineuse					
- en cours ou ATCD récent	N	0	0	0	0
- chirurgie majeure avec immobilisation prolongée	N	0	0	0	0
- chirurgie majeure sans immobilisation prolongée	0-	0	0	0	0
- chirurgie mineure	0	0	0	0	0
- varices	0	0	0	0	0
- thrombophlébite superficielle	0-	0	0	0	0
Maux de tête					
- Céphalée modérée	0	0	0	0	0
- Céphalée sévère	0-	0-	0-	0	0
- <i>Migraines sévères</i>					
o < 35 ans	0-	0-	0-	0-	0
o ≥ 35 ans	N+	0	0-	N+	0
o avec signes localisés	N	0-	0-	0-	0
o sans signes localisés	0-	0	0-	0-	0
Dépression	0	0	0	0	0
Epilepsie	0	0	0	0	0
Maladie du sein					
- masse non diagnostiquée	0-	0-	0-	0-	0-
- maladie bénigne	0	0	0	0	0
- histoire de cancer familial	0	0	0	0	0
- cancer actuel.	N	N+	N+	N	0
CANCER ENDOMETRE OVARIEN	0	0	0	0	N
Drépanocytose symptomatique	0-	0	0	0	0-
Epilepsie	0	0	0	0	0
Saignement génital non diagnostiqué					
- irrégulier, non abondant	0	0-	0-	0-	0
- abondant et/ou prolongé, suspect	N+	N+	N	N	N
Obésité	0	0	0	0	0

« ETAT » DE LA CLIENTE	Pilules comb.	Pil. Prog.	Inject. Nr/depo	Implant	DIU
Troubles thyroïdiens					
Fibromes utérins					
- sans déformation de la cavité utérine	0	0	0	0	0
- avec déformation de la cavité utérine	0	0	0	0	N

N.B : Renseigner sur les précautions à prendre pour une bonne utilisation de la méthode choisie.

Recommandations sur les nouveaux critères d'éligibilité (Juin 2004) : DIU

Laisser le DIU en place chez une jeune femme avec maladie inflammatoire du pelvis si elle est mise sous antibiothérapie appropriée. Il n'y a aucun besoin de le retirer si la jeune femme veut le garder.

Ceci a changé l'ancienne classe concernant cette condition de 4 à 2. Toujours pas d'insertion de DIU dans les cas suivants :

- Jeune femme avec maladie inflammatoire du pelvis en cours,
- Jeune femme avec VIH et qui n'est pas cliniquement sous antirétroviraux,
- Jeune femme avec infection à chlamydia, gonorrhée, ou cervicite purulente).

Tous ces cas sont de la classe 4= restriction absolue ou utilisation inacceptable.

Classe 2 : Peuvent utiliser le DIU= Avantages sont plus importants que les risques pour la santé:

- Jeune femme à risque de IST autre que la gonorrhée ou chlamydia ;
- Jeune femme à risque d'infection mais qui est déjà porteuse du DIU. (Cela signifie quand il n'y a pas de risque de maladie inflammatoire du pelvis ou infection génitale haute).

Classe 2 (suite) = Peuvent utiliser le DIU = Avantages plus importants que les risques :

- Nullipare ;
- Jeune femme de moins de 20 ans.

Insertion et utilisation de DIU et VIH classe 2 (suite):

- Jeune femme à risque de VIH ;
- Jeune femme déjà infectée par le VIH ;
- Jeune femme malade du SIDA

3. Contraception hormonale et VIH/SIDA

Aucune restriction existe pour les jeunes femmes à risque de VIH, infectées par le VIH ou ayant le SIDA qui veulent utiliser les méthodes hormonales. Cela reste sous la classe 1.

4. Insertion de DIU et fibromes

Une jeune femme qui a un fibrome qui ne change en rien la cavité utérine peut utiliser le DIU sans aucune restriction (Classe 1).

5. Utilisation de la pilule en cas de mutation trombogénique

Ne jamais utiliser de méthode hormonale combinée, patch (petite bande hormonale hebdomadaire sur la peau), anneaux vaginaux, injectables combinés) en cas de mutations trombogéniques. (Classe 4)

6. Dépression

Aucune restriction d'utilisation initiale de méthode hormonale combinée ou à progestatif seul en cas de dépression. (Classe 1)

7. Spermicides

Les spermicides contenant du nonoxynol-9 ne devraient pas être utilisés par une jeune femme à risque de VIH; jeune femme avec VIH (séropositive) ; jeune femme malade du SIDA. Toutes ces conditions vont à la classe 4.

8. Utilisation du diaphragme avec les spermicides

Jeune femme à risque de VIH; jeune femme avec VIH (séropositive) ; jeune femme malade du SIDA ne devraient généralement pas utiliser le diaphragme avec spermicides ou la cape cervicale (Classe 3).

9. Anticonvulsifs

Les anticonvulsifs comme phénytoïne, carbamazépine, barbituriques, primidone ne devraient généralement pas être utilisés par une jeune femme sous pilule combinée, pilule progestative seule, norplant (6 capsules), Jadelle (2 bâtonnets) ou Implanon (1 bâtonnet). Tout cela va à la Classe 3. Deux autres médicaments sont ajoutés à la liste : topiramate et oxcarbamazépine.

Cependant on peut toujours utiliser tous ces anticonvulsifs avec le depo-provera (AMPD) sans aucune restriction (Classe 1).

10. Griséofulvine

Jeune femme sous pilule combinée, patch, anneau vaginal ou pilule progestative peut prendre de la griséofulvine (Classe 2).

Annexe 2 : Certificat de viol

1. Adresse complète du Médecin requis 2. Service où exerce le médecin requis

Différentes parties

3. Nom du patient :

4. Description succincte et précise des circonstances du viol en engageant sa propre responsabilité et celle de la plaignante.

5. L'examen du jour doit se faire en présence d'une tierce personne et comporter :

- Un examen vestimentaire portant sur la tenue de la patiente si elle est reçue le jour même du viol.
- Un examen général à la recherche de lésions traumatiques corporelles.
- Un examen gynécologique complet :
 - ✓ Inspection
 - ✓ Palpation de la région pelvienne
 - ✓ Examen des seins
 - ✓ Examen au spéculum
 - ✓ Toucher vaginal combiné au palper abdominal.
- Un examen buccal, anal, neurologique et l'examen des autres appareils en décrivant en détail tout ce qui paraît insolite et lésionnel.

6. Le retentissement psychoaffectif de l'agression.

7. La datation de l'acte par rapport aux dernières règles de la patiente.

8. Les examens complémentaires :

- Prélèvement des sécrétions dans le cul de sac postérieur du vagin à la recherche des spermatozoïdes si la victime est vue le jour même de l'agression.
- Examens complémentaires : à faire le jour même de l'observation.
 - ✓ Test de grossesse
 - ✓ Sérologie VIH
 - ✓ VDRL – TPHA
 - ✓ Prélèvement endocervical.

Pour la sérologie VIH, VDRL – TPHA, les refaire 3 mois après.

9. L'estimation chiffrée de l'incapacité temporaire totale.

10. Prescription d'une contraception d'urgence au besoin.

11. Conclusion.

12. Justification du certificat : Certificat établi sur demande de l'intéressée ? Ou d'un Officier de Police ?

13. Date de l'établissement du certificat.

14. Signature lisible du Médecin requis.

15. Copies (04 exemplaires) à remettre en main propre à l'intéressée ou à envoyer à l'Officier de Police.

16. Le Médecin requis doit toujours garder un double du certificat.

Annexe 3 : Troubles psychiques liés à la toxicomanie

Différents types de drogues :

- Cocaïne ;
- Héroïne ;
- Morphine ;
- Almoucaïcaï ;
- Chanvre indien ;
- D10, D14, amphétamines ;
- Alcool, tabac, café ;
- Essence, dissolution, M10.

Effets des stupéfiants sur la santé des jeunes :

- Ivresse ;
- Etat de rêve et euphorie ;
- Ludisme (comportement d'une personne qui cherche à jouir dans toutes les situations) ;
- Hallucination ;
- Stimulation intellectuelle ;
- Diminution des besoins de sommeil ;
- Agitation, hilarité (gaieté subite, explosion de rires) ;
- Aide à lutter contre la faim et la fatigue.

Signes/symptômes :

- Perte de mémoire ;
- Agitation ;
- Somnolence ;
- Tremblement des extrémités ;
- Bronchites, ulcère ;
- Asthénie sexuelle ;
- Détérioration de l'état physique chez un toxicomane.

Annexe 4 : Certificat de visite prénuptiale volontaire

1. Adresse complète du Médecin requis 2. Service où exerce le médecin requis

Différentes parties

3. Nom du patient :

4. Résultats de l'examen physique

	Oui	Non
Une maladie héréditaire (drépanocytose etc.)		
Une infection VIH et/ou une IST		
L'existence d'une malformation congénitale		
L'existence d'incompatibilité sanguine foeto-maternelle dans le système Rhésus		
L'existence d'autres pathologies pouvant retentir sur la grossesse et la qualité de vie des enfants issus de cette union		
Les comportements à risque :		
utilisation de drogues, alcool, tabac		
les activités sexuelles (multi partenariat sexuel).		
Les antécédents médicaux (IST/VIH etc.)		

5. **Conclusion.**

6. **Date** de l'établissement du certificat.

7. **Signature** lisible du Médecin requis.

8. **Copies (04 exemplaires) :**

- une copie du certificat de l'examen individuel à remettre en main propre à l'intéressé
- une copie du certificat pour le couple à remettre à l'homme et à la jeune femme.

9. **Le Médecin requis doit toujours garder un double du certificat.**

Glossaire

Aménorrhée	:	Absence de menstruations.
Anémie	:	Etat clinique dû à un nombre de globules rouges inférieur à la normale.
Antalgique	:	Se dit d'un produit qui agit en diminuant la douleur.
Antiseptique	:	Se dit d'un produit qui inhibe la croissance des micro-organismes.
Aseptique	:	Exempt de toute contamination par des organismes vivants nuisibles.
Avortement	:	Expulsion prématurée hors de l'utérus de l'œuf ou du fœtus non viable ou mort, du placenta et des membranes.
Canal déférent	:	Canal anatomique passant dans le cordon inguinal et qui conduit le sperme de l'épididyme à la prostate.
Cervicite	:	Inflammation du col utérin.
Counseling	:	Visite pendant laquelle un éducateur ou un prestataire de service discute avec un (e) client (e) de ses besoins ou problèmes dans le but de faciliter ou d'aider le ou la client (e) à prendre une décision.
Cycle menstruel	:	Enchaînement de phénomènes physiologiques se produisant de façon périodique, et en général chaque mois, chez une jeune femme et préparant à une grossesse éventuelle.
Dysménorrhée	:	Menstruations ou règles douloureuses.
Endocervical	:	Zone interne du col utérin (canal cervical) qui sécrète la glaire cervicale.
Hémorragie	:	Saignement ou effusion de sang en dehors du corps.
Hypospadias	:	Malformation congénitale masculine caractérisée par la situation anormale du méat urétral sur la face inférieure de la verge.
Hystéromètre	:	Instrument servant à mesurer la profondeur de la cavité utérine.
Leucorrhée	:	Écoulement vaginal le plus souvent blanc ou jaunâtre, dont une petite quantité est considérée comme normale.
Ménorragie	:	Saignement anormal prolongeant les règles.
Menstruations	:	Ou règles, c'est un écoulement vaginal périodique de sang mêlé de débris tissulaires, résultat de la chute d'une partie ou de la totalité de la muqueuse d'un utérus non gravide.
Métrorragie	:	Saignement génital survenant en dehors des règles.
Migraine	:	Type spécifique de mal de tête douloureux et intense annoncé par une «aura» et accompagné typiquement de nausée et de vomissements.
Nullipare	:	Jeune femme n'ayant pas eu de grossesse dépassant 20 semaines.
Ovulation	:	Processus physiologique pendant lequel un ovaire libère un ovule à maturité.
Suivi	:	Action prise en vue de contrôler, mesurer, vérifier les résultats d'un ou de plusieurs traitements prescrits antérieurement.
Thrombose	:	Formation de caillots sanguins dans un vaisseau ou dans les cavités du cœur.
Vaginite	:	Inflammation du vagin, souvent étendue à la vulve (vulvo-vaginite).
Varices	:	Veines superficielles des membres inférieurs dilatées enflées et souvent tortueuses, non liées aux thromboses veineuses profondes.

Fiche de suivi des procédures des services de santé de la reproduction

Afin d'améliorer l'application sur le terrain et l'utilisation de ce document de procédures des services de santé de la reproduction, tous les utilisateurs sont invités à remplir cette fiche et à l'envoyer à la Division Santé de la Reproduction/Direction Nationale de la Santé BP: 233 – Bamako, après une période d'utilisation ayant permis de couvrir les procédés contenus dans ce document.

Renseignements vous concernant (facultatif):

Noms: _____

Titre professionnel: _____

Lieu d'exercice: _____

Vos principales fonctions: _____

Vos appréciations sur les procédures des services de santé de la reproduction:

Date de réception des procédures de santé de la reproduction: _____

Indiquer les circonstances d'obtention de ce document:

- | | | |
|----|-------------------------------|----------------|
| a. | Séminaire de dissémination: | Oui/Non |
| b. | Supervision des services: | Oui/Non |
| c. | Formation du personnel: | Oui/Non |
| d. | Formation d'élèves/étudiants: | Oui/Non |
| e. | Autres: | |

Avant ces documents, avez-vous déjà utilisé des documents de procédures des services?

Oui/Non

Si **Oui**, quand et où? _____

Quelles sont les sections de ces procédures que vous avez utilisées depuis que vous êtes en possession de ce document? _____

Pour les procédures de santé de la reproduction que vous avez utilisés, veuillez indiquer ceux qui sont incomplets ou non réalisés:

Quels sont les éléments qui rendent **difficiles** l'utilisation de ces procédures de santé de la reproduction?

Y a-t-il des imprécisions ou erreur de fond que vous avez relevées dans ces procédures de santé de la reproduction?

Pensez-vous que la présentation de ce document facilite son utilisation?
Si **Non**, que suggérez-vous? _____

Pensez-vous que ce document vous aide dans votre travail quotidien?

Oui/Non

Si **Non**, que suggérez-vous? _____

Quelles sont les autres suggestions que vous formulez pour améliorer l'utilisation de ces procédures?

Merci de vos suggestions utiles pour l'amélioration de ces procédures de santé de la reproduction.

Date: _____

Liste des participants

Noms & Prénoms	Adresses
Dr Bakary KONATE	Direction Régionale Santé/Koulikoro
M ^{me} SANOGO Bintou KONE	Direction Régionale Santé/Koulikoro
Dr KASSOGUE Djibril	Direction Régionale Santé/Sikasso
M ^{me} DIAMOUTENE Marie L.	Direction Régionale Santé/Sikasso
Dr Mahamadou HACHIMI	Direction Régionale Santé/Ségou
M ^{me} SIDIBE Rokia BENGALY	Direction Régionale Santé/Ségou
Dr DAKONO Georges	Direction Régionale Santé/Bamako
M ^{me} Fatou B. DIOP	Direction Régionale Santé/ Bamako
M ^{me} TAMBOURA Safiatou	CNIECS
M ^{me} TOURE Nana CISSE	AMPPF
Dr SANGARE Oumou FOFANA	PNLS
Dr KEITA Assa SIDIBE	CREDOS
Dr SYLLA Habibatou DIALLO	ASDAP
Pr Kalilou OUATTARA	Hôpital du Point G
Pr Amadou DOLO	Hôpital Gabriël Touré
Dr TEGUETE Ibrahima	Hôpital Gabriël Touré
Dr TRAORE Broulaye	Hôpital Gabriël Touré
M ^{me} CAMARA N.K. THERA	CSRéf Commune I
Dr SIMA Mamadou	CSRéf Commune V
Dr COULIBALY Youma SALL	CSRéf Commune VI
Dr KONE Diahara TRAORE	Division Santé Reproduction/DNS
Dr COULIBALY Marguerite DEMBELE	Division Santé Reproduction/DNS
Dr KALIFA TRAORE	Division Santé Reproduction/DNS
Dr Dian Karim SIDIBE	Division Santé Reproduction/DNS
Dr SISSOKO Mariam KONANDJI	Division Santé Reproduction/DNS
Haoua DIALLO	Division Santé Reproduction/DNS
M ^{me} BOCOUM Kadidia BOCOUM	Division Santé Reproduction/DNS
M ^{me} Fanta COULIBALY	Division Santé Reproduction/DNS
M ^{me} KEITA Oumou KEITA	Division Santé Reproduction/DNS
M ^{me} DAKOUO Catherine DAKOUO	Division Santé Reproduction/DNS
M ^{me} KONATE Baryatou CISSE	Division Nutrition/DNS
M ^{me} Mariam K CISSE	PNLP/DNS
Dr DEMBELE Sékou Oumar	Direction Pharmacie et Médicament
M. Mamadou DJIRE	Population Council
Dr WELE Aly dit Agali	Groupe Pivot/Santé Population
Dr THIERO Fatoumata	Save the Children/SNL
Dr DIARRA Aminata KAYO	Save the Children/EMOC
M ^{me} KONATE Ramata FOMBA	Projet Kénéya CIWARA/Care
M ^{me} TOURE Aminata	Projet Kénéya CIWARA/Care
Dr DOUCOURE Arkia DIALLO	Assistance Technique Nationale
M ^{me} HAÏDARA Aissata	Personne ressource
M. Saïdou COULIBALY	Informaticien
Dr SANGARE Mariam SAKILIBA	Consultante

Références bibliographiques

1. Cahier du formateur en SR des jeunes adultes - USAID/John Snow Inc./PDY, Septembre 2001.
2. Manuel de référence de santé de la reproduction des jeunes adultes à l'intention des prestataires de services - USAID/John Snow Inc./PDY, Septembre 2001.
3. Module de formation des formateurs des relais pour l'offre de services à base communautaire, *Juin 2004.*
4. Politiques et Normes des services de santé de la reproduction - Ministère de la Santé - Mars 2000.
5. Pour un meilleur accès à des soins de qualité en matière de planification familiale - WHO/RHR.OO.02 - Deuxième édition.
6. Procédures des services de santé de la reproduction - Ministère de la Santé - Mars 2000.
7. Protocole des services de santé familiale - Composantes communes/Ministère de la santé publique ; DSF ; Bénin. Novembre 2002.
8. Protocoles des services de SR au TOGO, Ministère de la Santé du Togo, D. Santé Familiale - SFPS/USAID, 2000.
9. The essentials of contraceptive technology - Johns Hopkins Population Information Program - Edition 2003.
10. Medical eligibility criteria for contraceptive use. WHO, Third Edition, 2004.
11. Selected Practice recommendations for Contraceptive use. WHO, Second Edition, 2004.