

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE

UNION – DISCIPLINE – TRAVAIL

**MINISTERE DE LA SANTE
ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE**



**PROTOCOLE DES SERVICES DE LA SANTE DE LA
REPRODUCTION**

Une Côte d'Ivoire où aucune femme ne meurt en donnant la vie et où chaque personne naît en bonne santé et vit une sexualité et une reproduction saines.



TABLES DES MATIERES

□	INTRODUCTION	17
---	--------------------	----

PREMIERE PARTIE : LES PRESTATIONS DE SERVICES

I-	COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT (CCC) EN SANTE DE LA REPRODUCTION	20
I-1	DEFINITION	20
I-2	BUT.....	20
I-3	LIEUX DE PRESTATION.....	20
I-4	PRESTATAIRES	20
I-5	MOMENT/PERIODICITE	20
I-6	CARACTERISTIQUES D'UNE BONNE CCC	20
II-	MATERNITE A MOINDRE RISQUE	21
II - 1	SOINS PRENATALS	21
II - 1 . 1	NORMES.....	21
II-1-1-1	Définition.....	21
II-1-1-2	But.....	21
II-1-1-3	Lieux de prestation.....	21
II-1-1-4	Prestataires	21
II-1-1-5	Moment/ Périodicité.....	21
II - 1 . 2	PROCEDURES PAR NIVEAU ET PAR TYPE D'INTERVENANT	23
II - 2	SURVEILLANCE DU TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT ET DU POST PARTUM IMMEDIAT : SOINS PERINATALS	31
II - 2 . 1	NORMES.....	31
II-2-1-1	DEFINITION	31
II-2-1-2	BUT.....	31
II-2-1-3	OBJECTIFS	31
II-2-1-4	LIEUX DE PRESTATION.....	31
II-2-1-5	PRESTATAIRES	31
II-2-1-6	MOMENT / PERIODICITE	31
II - 2 . 2	PROCEDURES PAR NIVEAU ET PAR TYPE D'INTERVENANT.....	32
II - 3	SOINS POSTNATALS	39
II - 3 . 1	NORMES.....	39
II-3-1-1	DEFINITION	39
II-3-1-2	BUT.....	39
II-3-1-3	OBJECTIFS	39
II-3-1-4	PRESTATAIRES	39

II-3-1-5	MOMENT/PERIODICITE.....	39
II - 3 . 2	PROCEDURES PAR NIVEAU ET PAR TYPE D’INTERVENANT.....	40
II - 4	SOINS OBSTETRICAUX ET NEONATALS D’URGENCE.....	41
II - 4 . 1	NORMES.....	41
II-4-1-1	DEFINITION	41
II-4-1-2	BUT.....	41
II-4-1-3	OBJECTIF	41
II-4-1-4	FONCTIONS ESSENTIELLES.....	41
II-4.1.4.1	Soins obstétricaux et néonataux d’urgence de base : SONUB.....	41
II-4.1.4.2	Soins Obstétricaux et Néonataux d’Urgence Complets : SONUC	41
II-4-1-5	LIEUX DE PRESTATION.....	42
II-4-1-6	PRESTATAIRES	42
II-4-1-7	MOMENT/PERIODICITE.....	42
II - 4 . 2	PROCEDURES PAR NIVEAU ET PAR TYPE D’INTERVENANT.....	43
II - 5	SOINS APRES AVORTEMENT.....	51
II - 5 . 1	NORMES.....	51
II-5-1-1	DEFINITION	51
II-5-1-2	BUT.....	51
II-5-1-3	OBJECTIF	51
II-5-1-4	LIEUX DE PRESTATION.....	51
II-5-1-5	PRESTATAIRES	51
II-5-1-6	MOMENT/PERIODICITE.....	51
II - 5 . 2	PROCEDURES PAR NIVEAU ET PAR TYPE D’INTERVENANT.....	52
III-	SURVIE ET DEVELOPPEMENT DE L’ENFANT (VOLET PCIMNE).....	57
III - 1	NORMES.....	57
III-1-1-1	DEFINITION	57
III-1-1-2	BUT.....	57
III-1-1-3	OBJECTIF	57
III-1-1-4	COMPOSITION DE LA STRATEGIE PCIMNE.....	57
III-1-1-5	LIEUX DE PRESTATIONS.....	57
III-1-1-6	PRESTATIRES	57
III-1-1-7	MOMENT/PERIODICITE.....	57
III-1-1-8	CIBLES	57
III - 2	PROCEDURES PAR NIVEAU ET PAR TYPE D’INTERVENANT.....	58
IV-	PLANIFICATION FAMILIALE	59
IV - 1	NORMES.....	59

IV-1-1-1	DEFINITION	59
IV-1-1-2	BUT.....	59
IV-1-1-3	OBJECTIF	59
IV-1-1-4	LIEUX DE PRESTATION.....	59
IV-1-1-5	PRESTATIRES	60
IV-1-1-6	MOMENT/PERIODICITE.....	60
IV-1-1-7	CIBLES	60
IV - 2	PROCEDURES PAR NIVEAU ET PAR TYPE D'INTERVENANT.....	61
V-	PRISE EN CHARGE DE L'INFERTILITE	70
V - 1	NORMES.....	70
V-1-1-1	DEFINITION	70
V-1-1-2	BUT.....	70
V-1-1-3	OBJECTIF	70
V-1-1-4	LIEUX DE PRESTATIONS.....	70
V-1-1-5	PRESTATIRES	70
V-1-1-6	CIBLES	70
V - 2	PROCEDURES PAR NIVEAU ET PAR TYPE D'INTERVENANT.....	71
VI - 1	NORMES.....	73
VI-1-1-1	DEFINITION	73
VI-1-1-2	BUT.....	73
VI-1-1-3	OBJECTIF	73
VI-1-1-4	LIEUX DE PRESTATIONS.....	73
VI-1-1-5	PRESTATIRES	73
VI-1-1-6	MOMENT/PERIODICITE.....	73
VI-1-1-7	CIBLES	74
VI - 2	PROCEDURES PAR NIVEAU ET PAR TYPE D'INTERVENANT.....	75
VII-	LUTTE CONTRE LES VIOLENCES SEXUELLES ET DOMESTIQUES	79
VII - 1	NORMES.....	79
VII-1-1-1	DEFINITION	79
VII-1-1-2	BUT.....	79
VII-1-1-3	OBJECTIF	79
VII-1-1-4	TYPES DE PRESTATION.....	79
VII-1-1-5	LIEUX DE PRESTATIONS.....	79
VII-1-1-6	PRESTATIRES	79
VII-1-1-7	MOMENT/PERIODICITE.....	80
VII-1-1-8	CIBLES	80

VII - 2	PROCEDURES PAR NIVEAU ET PAR TYPE D'INTERVENANT.....	81
VIII-	CANCERS GENITAUX ET MAMMAIRES ET LES AUTRES AFFECTIONS DE L'APPAREIL GENITAL FEMININ	83
VIII - 1	NORMES.....	83
VIII-1-1-1	DEFINITION	83
VIII-1-1-2	BUT.....	83
VIII-1-1-3	OBJECTIF	83
VIII-1-1-4	TYPES DE PRESTATIONS.....	83
VIII-1-1-5	LIEUX DE PRESTATIONS.....	83
VIII-1-1-6	PRESTATIRES	83
VIII-1-1-7	MOMENT/PERIODICITE	84
VIII-1-1-8	CIBLES	84
VIII - 2	PROCEDURES PAR NIVEAU ET PAR TYPE D'INTERVENANT.....	85
IX-	SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES HOMMES.....	87
IX - 1	NORMES.....	87
IX-1-1-1	DEFINITION	87
IX-1-1-2	BUT.....	87
IX-1-1-3	OBJECTIF	87
IX-1-1-4	LIEUX DE PRESTATIONS.....	87
IX-1-1-5	PRESTATIRES	87
IX-1-1-6	MOMENT/PERIODICITE	87
IX-1-1-7	CIBLES	87
IX - 2	PROCEDURES PAR NIVEAU ET PAR TYPE D'INTERVENANT.....	88
X-	SANTE SEXUELLE DES PERSONNES DU 3 ^{ème} AGE.....	89
X - 1	NORMES.....	89
X-1-1-1	DEFINITION	89
X-1-1-2	BUT.....	89
X-1-1-3	OBJECTIF	89
X-1-1-4	LIEUX DE PRESTATIONS.....	89
X-1-1-5	PRESTATIRES	89
X-1-1-6	MOMENT/PERIODICITE	89
X-1-1-7	CIBLES	89
X - 2	PROCEDURES PAR NIVEAU ET PAR TYPE D'INTERVENANT.....	90
XI -	SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES GROUPES VULNERABLES.....	91
XI - 1	NORMES.....	91
XI-1-1-1	DEFINITION	91
XI-1-1-2	BUT.....	91

XI-1-1-3	OBJECTIF	91
XI-1-1-4	LIEUX DE PRESTATIONS.....	91
XI-1-1-5	PRESTATIRES	91
XI-1-1-6	MOMENT/PERIODICITE.....	91
XI-1-1-7	CIBLES	92
XI - 2	PROCEDURES PAR NIVEAU ET PAR TYPE D'INTERVENANT.....	93

DEUXIEME PARTIE : LES EQUIPEMENTS TECHNIQUES, LES MEDICAMENTS ET LES CONSOMMABLES

I -	MATERNITE A MOINDRE RISQUE.....	94
I-1	EQUIPEMENTS	94
I-1-1	BLOC OPÉRATOIRE	94
I-1-2	SALLE D'ACCOUCHEMENT	94
I-2	INSTRUMENTS BLOC OPERATOIRE ET SALLE D'ACCOUCHEMENT	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
I-3	KITS ET AUTRES MEDICAMENTS.....	97
II -	PTME DU VIH/SIDA.....	101
II - 1	EQUIPEMENTS	101
II - 2	MEDICAMENTS ET AUTRES MATERIELS	102
III -	PLANIFICATION FAMILIALE.....	103
III - 1	MEDICAMENTS ET AUTRES PRODUITS.....	103
III - 2	EQUIPEMENTS ET MATERIELS.....	103
IV -	MATERIEL D'INFORMATION SANITAIRE.....	104
V -	ANESTHESIE ET REANIMATION	104
VI -	IST/VIH/SIDA	106
VII -	PEDIATRIE.....	108
VII - 1	SONU.....	108
VII - 1 . 1	NIVEAU I : Etablissements sanitaires de premier contact (ESPC).....	108
VII - 1 . 2	NIVEAU II: CHR /HG.....	108
VII - 1 . 3	NIVEAU III: CHU/INSTITUTS	110
VII - 2	PCIMNE (ESPC)	113
VII - 3	PTME (VIH/SIDA).....	114

TROISIEME PARTIE : LES PROTOCOLES

I -	GESTION ACTIVE DE LA TROISIEME PHASE DU TRAVAIL	115
II -	PARTOGRAMME	117
II - 1	DEFINITION	117
II - 2	PRESENTATION DU PARTOGRAMME DE L'OMS.....	118

II - 3	TRACE DU PARTOGRAMME.....	118
II - 3. 1	UTILISATION DU PARTOGRAMME	118
II - 3. 2	LES ANOMALIES DECELEES A L' AIDE DU PARTOGRAMME.....	120
II - 3. 3	ACTIONS POSSIBLES	120
III -	DIAGNOSTIC DE L'HEMORRAGIE DE DEBUT DE GROSSESSE	121
IV -	CAT DEVANT UNE HEMORRAGIE DE DEBUT DE GROSSESSE.....	122
V -	DIAGNOSTIC DE HEMORRAGIE EN FIN GROSSESSE OU DU TRAVAIL	123
VI -	CAT DEVANT HEMORRAGIE EN FIN DE GROSSESSE OU DU TRAVAIL	124
VII -	CAT GENERALE DEVANT UNE HEMORRAGIE.....	125
VIII -	CAT DEVANT UN PLACENTA PRAEVIA.....	126
IX -	CAT DEVANT UN HRP	127
X -	CAT DEVANT UNE RUPTURE UTERINE.....	128
XI -	CAT DEVANT HEMORRAGIE DU POST-PARTUM.....	129
XII -	CAT DEVANT UN ETAT DE CHOC	130
XIII -	CAT DEVANT UNE DETRESSE RESPIRATOIRE FEMME ENCEINTE.....	131
XIII - 1	EVALUER.....	131
XIII - 2	STABILISER	131
XIII - 3	ENVISAGER	132
XIV -	CAT DEVANT UNE MENACE D' ACCOUCHEMENT PREMATURE	132
XIV - 1	DEFINITION :	132
XIV - 2	BILAN MINIMUM A FAIRE :	132
XIV - 3	PEC THERAPEUTIQUE :	132
XV -	CAT DEVANT LA RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES.....	133
XV - 1	DEFINITION	133
XV - 2	MESURES GENERALES.....	133
XV - 3	PRISE EN CHARGE.....	133
XVI -	CAT DEVANT UNE INFECTION AU COURS DE LA GROSSESSE OU DANS LE POST- PARTUM.....	134
XVII -	CAT DEVANT HYPERTHERMIE ET GROSSESSE.....	135
XVIII -	CAT DEVANT HTA ET GROSSESSE	136
XIX -	CAT GENERALE DEVANT UNE HTA SEVERE ET GROSSESSE	137
XX -	CAT DEVANT UNE CRISE D'ECLAMPSIE.....	138
XXI -	TYPES DE SOINS DEVANT UNE CRISE D'ECLAMPSIE	139
XXII -	CAT DEVANT UN TRAVAIL DYSTOCIQUE.....	140
XXIII -	CAT DEVANT UNE DYSTOCIE DE LA PHASE ACTIVE DU TRAVAIL	141
XXIV -	CAT DEVANT UNE DYSTOCIE D'EXPULSION	142
XXV -	CAT GENERALE DEVANT UNE PRESENTATION DYSTOCIQUE	143

XXVI -	REANIMATION DU NOUVEAU-NE.....	144
XXVII -	CAT DEVANT DES PERTES DE SANG SOUS PILULE (SPOTTING).....	145
XXVIII -	CAT DEVANT DES MIGRAINES PERSISTANTES SOUS PILULE.....	146
XXIX -	CAT DEVANT UNE HTA SOUS PILULE.....	147
XXX -	CAT DEVANT UNE AMENORRHEE SOUS PILULE.....	148
XXXI -	CAT DEVANT DES NAUSEES PERSISTANTES APRES LA 3 ^{ème} PLAQUETTE, OU SURVENANT APRES LA 3 ^{ème} PLAQUETTE.....	149
XXXII -	32. CAT EN CAS D'OUBLI DE PRISE DE LA PILULE	150
XXXIII -	CAT DEVANT DES SAIGNEMENTS SOUS CONTRACEPTIF INJECTABLE.....	151
XXXIV -	CONTRACEPTION D'URGENCE	152
XXXV -	CONTRACEPTION DU POST PARTUM.....	154
XXXVI -	CONTRACEPTION DU POST-ABORTUM.....	174

QUATRIEME PARTIE : L'ORGANISATION DE SERVICE ET LA GESTION DES RESSOURCES

I -	PREVENTION DES INFECTIONS.....	174
I - 1	NORMES.....	174
I - 1 . 1	DEFINITION	174
I - 1 . 2	BUT.....	174
I - 1 . 3	LIEUX DE PRESTATION.....	174
I - 1 . 4	PRESTATAIRES	174
I - 1 . 5	PERIODICITE DES FORMATIONS.....	175
I - 1 . 6	CIBLES	175
I - 2	PROCEDURES A SUIVRE DANS LA PREVENTION DES INFECTIONS.....	175
I - 2 . 1	RECOMMANDATIONS POUR LE LAVAGE HYGIENIQUE DES MAINS.....	175
I - 2 . 2	RECOMMANDATIONS POUR L'UTILISATION SANS RISQUE DES AIGUILLES ET DES OBJETS TRANCHANTS	175
I - 2 . 3	RECOMMANDATIONS POUR L'UTILISATION DES EQUIPEMENTS DE PROTECTION INDIVIDUELLE.	176
I - 2 . 4	RECOMMANDATIONS POUR LA DECONTAMINATION DES EQUIPEMENTS ET MATERIELS	176
I - 2 . 5	RECOMMANDATIONS POUR LA DESINFECTION DE HAUT NIVEAU (DHN) ET STERILISATION.....	177
I - 2 . 6	RECOMMANDATIONS POUR LE TRAITEMENT DES DECHETS.....	177
I-2-6-1	Notion de déchets hospitaliers.....	177
I-2-6-2	Gestion des déchets.....	178
I-2.6.2.1	Gestion des déchets au niveau des établissements sanitaires.....	178
I-2.6.2.2	Matériels et fournitures standard pour garantir une élimination appropriée des déchets.....	181
II -	FORMATION	182

II - 1	NORMES.....	182
II - 1 . 1	DEFINITION	182
II - 1 . 2	BUT.....	182
II - 1 . 3	OBJECTIFS	182
II - 1 . 4	LIEUX DE PRESTATION.....	182
II - 1 . 5	FORMATEURS	182
II - 1 . 6	PERIODICITE DES FORMATIONS.....	182
II - 1 . 7	CIBLES	183
II - 2	PROCEDURES POUR LES FORMATIONS REQUISES SELON LES SERVICES OFFERTS	184
III -	GESTION	188
III - 1	NORMES.....	188
III - 1 . 1	DEFINITION	188
III - 1 . 2	OBJECTIFS	188
III - 1 . 3	LIEUX DE PRESTATION.....	188
III - 1 . 4	PRESTATAIRES	188
III - 1 . 5	MOMENT / PERIODICITE	188
III - 1 . 6	OBJETS.....	188
III - 2	PROCEDURES	188
III - 2 . 1	GESTION DES RESSOURCES HUMAINES	188
III - 2 . 2	GESTION DES RESSOURCES MATERIELLES ET MEDICAMENTS	189
III-2-2-1	Matériels et équipements	189
III-2-2-2	Médicaments et consommables.....	189
III - 2 . 3	GESTION DE L'INFORMATION SANITAIRE	190
III - 2 . 4	GESTION DES RESSOURCES FINANCIERES.....	191
III-2-4-1	Planification familiale	191
III-2-4-2	Maternité à moindre risque	192
III-2-4-3	IST	193
IV -	RECHERCHE	194
IV - 1	NORMES.....	194
IV - 1 . 1	DEFINITION	194
IV - 1 . 2	OBJECTIFS	194
IV - 1 . 3	LIEUX.....	194
IV - 1 . 4	PRESTATAIRES	194
IV - 1 . 5	MOMENT / PERIODICITE	194
IV - 1 . 6	OBJETS.....	194
IV - 1 . 7	PROCEDURES.....	194

V -	SUPERVISION	195
V - 1	NORMES.....	195
V - 1 . 1	DEFINITION	195
V - 1 . 2	BUT.....	195
V - 1 . 3	OBJECTIFS	195
V - 1 . 4	LIEUX.....	195
V - 1 . 5	SUPERVISEURS	195
V - 1 . 6	MOMENT / PERIODICITE	195
V - 1 . 7	OBJETS.....	196
V - 2	PROCEDURES	196
V - 3	TYPES DE SUPERVISION	196
VI -	SUIVI ET EVALUATION	197
VI - 1	NORMES.....	197
VI - 1 . 1	DEFINITION	197
VI - 1 . 2	BUT.....	197
VI - 1 . 3	OBJECTIFS	197
VI - 1 . 4	LIEUX.....	197
VI - 1 . 5	EVALUATEURS	197
VI - 1 . 6	MOMENT/ PERIODICITE	197
VI - 1 . 7	OBJETS.....	197
VI - 1 . 8	CONTENU	197
VI - 1 . 9	SUIVI ET EVALUATION PAR TYPE D'INTERVENANT ET PAR DOMAINE....	198
VI-1-9-1	Niveau du plan de travail.....	198
VI-1-9-2	Niveau du plan stratégique.....	198
VI-1-9-3	Niveau des normes et procédures des prestations contenues dans le PMA.....	198
VII -	REFERENCE, TRANSFERT ET CONTRE-REFERENCE.....	198
VII - 1	NORMES.....	198
VII - 1 . 1	DEFINITIONS	198
VII - 1 . 2	BUTS.....	199
VII - 1 . 3	OBJECTIF	199
VII - 2	PROCEDURES POUR EFFECTUER LA REFERENCE/ TRANSFERT ET LA CONTRE-REFERENCE.....	199

ANNEXES



LISTE DES ABREVIATIONS

ACT	Traitement Combiné à l'Artésunate
AG	A griffes
AGNO3	Nitrate d'Argent
AME	Allaitement Maternel Exclusif
AMIU	Aspiration Manuelle Intra Utérine
Amp	Ampoule
APQ	Amélioration des Performances et de la Qualité
ARV	Anti Rétro Viraux
AS	Agent de Santé
ASC	Agent de Santé Communautaire
AT	Accoucheuse Traditionnelle
ATB	Antibiotique
BCG	Bacille de Calmette et Guérin
BDCF	Bruits du Cœur Fœtal
CAT	Conduite A Tenir
CCC	Communication pour un Changement de Comportement
CCV	Contraception Chirurgicale Volontaire
CCVF	Contraception Chirurgicale Volontaire Féminine
CCVM	Contraception Chirurgicale Volontaire Masculine
CDV	Centre de Dépistage Volontaire
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CI	Contraceptif Injectable
CMM	Consommation Moyenne Mensuelle
CO	Contraceptif Oral
COC	Contraceptif Oral Combiné
COGES	Comité de Gestion
COP	Contraceptif Oral Progestatif
CPN	Consultation Périnatale
CPoN	Consultation Postnatale
CRP	Protéine C réactive
CS	Centre de Santé
CSR	Centre de Santé Rural
CSU	Centre de Santé Urbain
CU	Contraception d'Urgence
DA	Délivrance Artificielle
DDR	Date des Dernières Règles
DHN	Désinfection de Haut Niveau
DIU	Dispositif Intra Utérin
DLG	Décubitus Latéral Gauche
DTC	Vaccin Anti-Diphtérie Tétanos Coqueluche Hépatite B1
ESPC	Etablissement Sanitaire de Premier Contact
EVF	Education à la Vie Familiale
FAF	Fer Acide Folique
FCV	Frottis Cervico-Vaginal
FI	Flacon
FR	Fréquence Respiratoire
FS	Formation Sanitaire

G	Gauges
GEU	Grossesse Extra-Utérine
GM	Grand Modèle
HG	Hôpital Général
Hrgie	Hémorragie
HRP	Hématome Retro-Placentaire
ID	Intra Dermique
IDE	Infirmier (ère) Diplômé (e) d'Etat
Inj	Injectable
IM	Intra Musculaire
INFAS	Institut National de Formation des Agents de Santé
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
IV	Intra Veineuse
IVA	Inspection Visuelle à l'Acide acétique
IVL	Inspection Visuelle au Lugol
MAMA	Méthode d'Allaitement Maternel et d'Aménorrhée
MEC	Mise En Condition
MII	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
MILDA	Moustiquaire à Imprégnation à longue Durée d'Action
MJF	Méthode des Jours Fixes
MCLD	Méthode Contraceptive de Longue Durée
MM	Moyen Modèle
MMR	Maternité à Moindre Risque
NFS	Numération Formule Sanguine
OC	Opération Césarienne
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisme Non Gouvernemental
PC	Partenaire Communautaire
PCIMNE	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant et du Nouveau-né
PEC	Prise En Charge
PF	Planification Familiale
PFE	Pratiques Familiales Essentielles
PFI	Planification Familiale Intégrée
PFN	Planification Familiale Naturelle
PI	Prévention des Infections
PM	Petit Modèle
PMA	Paquet Minimum des Activités
PNSR	Programme National de Santé de la Reproduction
PP	Placenta Prævia
PTA	Plan de Travail Annuel
PTME	Prévention de Transmission Mère Enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
QSP	Quantité Suffisante Pour
RAM	Rupture Artificielle des Membranes
Rév Ut	Révision Utérine
RH	Ressources Humaines
RPM	Rupture Prématuroe des Membranes
RU	Révision Utérine
RUt	Rupture Utérine
SA	Semaine d'Aménorrhée

SAA	Soins Après Avortement
SBC	Service à Base Communautaire
SF	Souffrance Fœtale
SFDE	Sage Femme Diplômée d'Etat
SGI	Sérum Glucosé Isotonique
SIDA	Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise
SIG	Système d'Information et de Gestion
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SONUB	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets
SP	Sulfadoxine Pyriméthamine
SR	Santé de la Reproduction
SRA	Santé de la Reproduction des Adolescents
SRO	Sel de Réhydratation Orale
SSI	Sérum Salé Isotonique
TA	Tension Artérielle
TCC	Traction Contrôlée du Cordon
TPHA	Treponema Pallidum Hema Agglutination
TPI	Traitement Préventif Internittent
TV	Toucher Vaginal
VAD	Visite à Domicile
VAT	Vaccination Anti-Tétanique
VB	Voie Basse
VH	Voie Haute
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

La Santé de la Reproduction est définie par l'OMS comme un état de bien-être physique, mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement, et non pas seulement l'absence de maladie ou d'infertilité.

Les 4 volets de la Santé de la Reproduction retenus en Côte d'Ivoire sont la santé de la mère et de la femme, la santé de l'enfant, la santé des jeunes et la santé des hommes.

La 47^{ème} réunion du Comité Régional de l'OMS en Septembre 1997 à Sun City (Afrique du Sud) a défini les composantes prioritaires de la Santé de la Reproduction. Ce sont :

- la Maternité à Moindre Risque (MMR) et les soins du nouveau-né,
- la Planification Familiale (PF) et la prise en charge de l'infertilité,
- la réduction des violences sexuelles et des violences domestiques,
- la lutte contre les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et l'infection à VIH / sida
- la prévention, le dépistage et la prise en charge précoce du cancer du col de l'utérus et du sein.

Les cadres stratégiques identifiés pour la mise en œuvre de la santé de la reproduction s'articulent autour :

- du plaidoyer et de la mobilisation sociale,
- de la promotion des comportements favorables à la SR,
- de l'accès équitable à des services de qualité,
- du renforcement des capacités,
- de la promotion de la recherche.

Par définition,

- les normes en SR précisent le niveau minimum acceptable de performance attendu pour la mise en œuvre des activités SR.
- Les procédures décrivent les instructions étape par étape et les séquences nécessaires pour exécuter une tâche ou une activité en précisant les équipements et les fournitures nécessaires, et en travaillant dans l'environnement défini par la politique et les normes.

Ce présent document comprend quatre parties :

- **La première partie** décrit les normes suivies des procédures relatives aux prestations de service des différentes composantes de la SR. En fonction de chaque composante :
 - Suivant chaque service, les normes présentées portent sur les informations suivantes :
 - la définition du service,
 - le but et les objectifs du service,
 - le niveau de la pyramide sanitaire où le service est offert,
 - la catégorie professionnelle de personnel qui peut offrir le service,
 - le moment ou la périodicité de la fourniture du service,
 - les cibles ou les bénéficiaires du service.
 - Pour chaque service concerné, les procédures présentées portent sur la description des actions ou des tâches pour chaque niveau de prestation de services, et par type d'intervenant, en tenant compte des différentes étapes et des séquences.

- **La deuxième partie** présente les informations sur les équipements, les médicaments et les consommables nécessaires pour l'offre de services. Un récapitulatif décrit les équipements et les fournitures nécessaires selon les composantes et le niveau ou le type de formation sanitaire.
- **La troisième partie** est relative à des conduites à tenir devant chaque situation.
- **La quatrième partie** porte sur l'organisation des services et la gestion des ressources qui supportent les composantes décrites. Quels que soient le niveau et la catégorie professionnelle, les informations relatives à cette partie concernent :
 - la prévention des infections,
 - la formation,
 - la gestion,
 - le suivi / évaluation,
 - la recherche
 - et la référence / contre référence.

Elles sont applicables quels que soient le niveau et la catégorie.

PREMIERE PARTIE : LES PRESTATIONS DE SERVICES

Dans cette première partie du document, seront développées les normes et les procédures des différentes prestations de services offertes pour chaque composante de la SR retenue en Côte d'Ivoire :

- La Communication pour le Changement de Comportement (CCC)
- La Maternité à Moindre Risque (MMR) incluant les soins au nouveau-né, comporte les prestations de service suivantes :
 - les soins prénatals,
 - la surveillance du travail de l'accouchement normal et du post partum immédiat,
 - les soins postnatals,
 - les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base (SONUB) et Complets (SONUC)
 - les Soins Après Avortement (SAA).

- La Planification Familiale (PF) comprend les prestations de services sur :
 - l'offre des différentes méthodes de contraception,
 - la prise en charge de l'infertilité.

- La santé de la Reproduction des Adolescents (SRA) comprend les prestations sur :
 - la prévention et la prise en charge des grossesses non désirées,
 - la prise en charge des complications des avortements,
 - la prise en charge des violences et de la toxicomanie,
 - la lutte contre les IST/vih : prévention et prise en charge.

- La lutte contre les Infections Sexuellement Transmissibles IST/vih/sida est transversale pour toutes les composantes de la SR.
- La prévention, le diagnostic précoce et la prise en charge des cancers mammaires
- La prévention, le diagnostic précoce et la prise en charge du cancer des cancers mammaires
- La prévention, le dépistage et la prise en charge précoce du cancer du col utérin comprennent :
 - la prévention et le traitement des IST,
 - le dépistage des lésions précancéreuses du col utérin par IVA/IVL,
 - la prise en charge des cas des lésions précancéreuses et cancer dépistés.

- La réduction des violences sexuelles et des violences domestiques concerne :
 - la prise en charge psychologique, médicale et médico-légale des victimes.

I- COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT (CCC) EN SANTE DE LA REPRODUCTION

I-1 DEFINITION

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 composante transversale que l'on doit retrouver dans toutes les activités en santé.

I-2 BUT

Le rôle de la CCC en Santé de la Reproduction est d'amener les individus et les communautés à adopter des comportements individuels et collectifs qui concourent à leur bien-être en matière de santé de la reproduction. Ce rôle est le même pour toutes les composantes de Santé de la Reproduction identifiées.

I-3 LIEUX DE PRESTATION

La CCC est réalisée partout où se déroule une activité liée à la Santé de la Reproduction. Les lieux de prédilection sont les suivants :

- Communauté.
- Etablissements sanitaires publics et privés

I-4 PRESTATAIRES

Toutes les personnes intervenant dans les activités de la Santé de la Reproduction sont des prestataires de fait.

I-5 MOMENT/PERIODICITE

Les activités de CCC doivent se dérouler à chaque contact avec les clients.

I-6 CARACTERISTIQUES D'UNE BONNE CCC

Le terme de CCC est un processus qui consiste en l'utilisation planifiée de différentes méthodes de communication dans le but de faciliter au groupe cible l'analyse d'un problème spécifique et de l'aider à adopter un comportement favorable à la santé des individus et des groupes.

La résolution des problèmes de santé repose sur 2 piliers :

- L'amélioration des services médicaux
- Le changement de comportement des individus

Si l'on veut faciliter le changement de comportement chez un individu, il est nécessaire de se rendre compte de 2 réalités :

- Chaque individu a une résistance innée au changement : le niveau de cette résistance n'est pas le même pour tous les individus et est différent à l'intérieur d'un groupe quand bien même ce groupe serait sociologiquement homogène.
- Chaque comportement d'un individu a, pour la personne en question une raison légitime. En décidant de changer de comportement, l'individu pèse

les avantages et les inconvénients auxquels il s'attend après le changement éventuel de comportement.

La stratégie en CCC utilise la communication de masse, la communication interpersonnelle et le counseling. Le matériel en CCC comporte :

- Le matériel audio-visuel : film vidéo, télévision, théâtre, diapositives...
- Le matériel oral et sonore : radiocassette, mégaphone, musique
- Le matériel visuel et graphique : affiches, panneaux publicitaires, photos, expositions, diapositives sans son, boîtes à images, dépliants, presse écrite, gadgets promotionnels...

II- MATERNITE A MOINDRE RISQUE

II - 1 SOINS PRENATALS

II - 1 . 1 NORMES

II-1-1-1 Définition

Les soins prénatals englobent les interventions orientées vers un but et axées sur les besoins des gestantes. Ils sont adaptés au contexte à ressources limitées et sont parfaitement ciblés à travers une évaluation des besoins et des soins individualisés autour des principaux problèmes affectant les gestantes et leurs fœtus. On parle de consultation prénatale recentrée.

II-1-1-2 But

Les soins prénatals visent à garantir une issue favorable de la grossesse à la mère et au nouveau-né.

II-1-1-3 Lieux de prestation

Les soins prénatals peuvent être dispensés au niveau des structures suivantes :

- Niveau communautaire
- Etablissements sanitaires publics de premier recours : ce sont les centres de santé (centre de santé rural, centre de santé urbain, centre de santé spécialisé et formation sanitaire urbaine),
- Etablissements sanitaires publics de référence (hôpital général, centre hospitalier régional, et centre hospitalier universitaire).
- Etablissements sanitaires privés (cabinet, clinique et polyclinique).

II-1-1-4 Prestataires

Les personnes qui participent à l'offre des soins prénatals sont les suivantes :

- Au niveau communautaire par les relais communautaires (agent de santé communautaire, accoucheuse traditionnelle),
- Au niveau des établissements sanitaires par les médecins, les infirmiers et infirmières et les sages-femmes.

II-1-1-5 Moment/ Périodicité

La fréquence requise pour les soins prénatals est de 4 fois au minimum pendant la grossesse. Plus précisément quatre visites, soit :

- La 1^{ère} avant la fin du 3^{ème} mois;
- la 2^{ème} au 6^{ème} mois;
- la 3^{ème} entre 7^{ème} et 8^{ème} mois
- la 4^{ème} au 9^{ème} mois.

En dehors de ces périodes, le prestataire de service doit encourager la gestante à revenir à la structure sanitaire chaque fois qu'elle en ressent le besoin.

II - 1 . 2 PROCEDURES PAR NIVEAU ET PAR TYPE D'INTERVENANT

Service	Niveau communautaire	ESPC IDE, sages-femmes et médecins	Référence IDE, sages-femmes et médecins
1- CCC	<ul style="list-style-type: none"> • Mener des séances de sensibilisation sur : <ul style="list-style-type: none"> - le rythme des CPN - les avantages de la CPN, - l'utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII/MILDA) - le traitement préventif intermittent (TPI) du paludisme - la nutrition/AME /supplémentation en micronutriments, - la puériculture, - la vaccination, - l'hygiène, - la Planification Familiale (PF) - la prévention des IST/ vih (PTME) • Identifier les femmes enceintes dans la communauté • Faire une visite mensuelle à toutes les femmes enceintes • Donner des conseils nutritionnels à toutes les femmes • Aider les femmes enceintes à la préparation de l'accouchement • Inciter les femmes enceintes à se faire accoucher par un personnel qualifié (SFDE/IDE) au centre de santé • Aider la mère pour les visites après accouchement au centre de santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Mener des séances de sensibilisation sur : <ul style="list-style-type: none"> - le rythme de la CPN - les avantages de la CPN, - les effets du paludisme - l'utilisation de moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII/MID) - le traitement préventif intermittent (TPI) du paludisme • Donner des conseils sur : <ul style="list-style-type: none"> - la nutrition/AME /supplémentation en micronutriments, - la puériculture, - la vaccination, - l'hygiène, - la Planification Familiale (PF) - la prévention des IST/ vih (PTME) - le traitement préventif intermittent (TPI) du paludisme - l'utilisation des MII/MID • - PFE 	<ul style="list-style-type: none"> • Idem

Service	Niveau communautaire	ESPC IDE, sages-femmes et médecins	Référence IDE, sages-femmes et médecins
1- CCC	<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier le carnet mère-enfant après l'accouchement • Conseiller la mère pour sa visite post natale et celle de son nouveau-né • Faire le suivi des soins de la mère après l'accouchement • Vérifier la mise au sein • Expliquer à la mère comment est produit le lait maternel • Expliquer les pratiques efficaces de l'allaitement (mise au sein précoce dans les 30 minutes qui suivent l'accouchement, mise au sein en bonne position, bonne prise du sein, tétées à la demande...) • Vérifier/administrer la prise de vitamine A par la mère à raison de 2 doses de vitamine A à intervalle de 24 H après l'accouchement. • Vérifier chez la mère la prise de Fer/Folate jusqu'au 45^{ème} jour après l'accouchement • Informer les femmes enceintes des signes de danger pendant la grossesse et les inciter à se rendre au centre de santé pour des soins appropriés: <ul style="list-style-type: none"> - Toute perte de sang, par voie vaginale (sang qui coule en bas) - Toute perte des eaux par voie vaginale - Apparition de contractions utérines (mal de ventre) - Fièvre (corps chaud) - Céphalées intenses (maux de tête intense) - Pieds gonflés 	<ul style="list-style-type: none"> • Expliquer comment reconnaître les signes de danger au cours de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale : <ul style="list-style-type: none"> - la notion de coups et blessures - les anomalies du poids maternel - les œdèmes du visage et/ou des membres - l'anémie - l'ictère - les céphalées - les vomissements importants - la douleur pelvienne - la fièvre - le saignement vaginal - l'écoulement vaginal inhabituel - les signes du paludisme : fièvre, maux de tête et frissons 	<ul style="list-style-type: none"> • Idem

Service	Niveau communautaire	ESPC IDE, sages-femmes et médecins	Référence IDE, sages-femmes et médecins
1- CCC	<ul style="list-style-type: none"> - PFE - Anémie : manque de sang (conjonctives, pâles, plante des pieds et visage sont blancs) • Expliquer comment reconnaître les signes de danger au cours de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale : <ul style="list-style-type: none"> - la notion de coups et blessures - les anomalies du poids maternel - les œdèmes du visage et/ou des membres - la pâleur - la jaunisse - les maux de tête intenses - les vomissements importants - la douleur pelvienne - le corps chaud - le saignement par voie vaginale - l'écoulement vaginal inhabituel - les signes du paludisme : Fièvre, maux de tête et frissons • Expliquer comment organiser le plan d'accouchement- le rythme de la CPN <ul style="list-style-type: none"> - les avantages de la CPN, - l'utilisation de moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII/MILDA) • Donner des conseils sur : <ul style="list-style-type: none"> - le traitement préventif intermittent du paludisme - la nutrition/AME /supplémentation en micronutriments (suivant les procédures de gestion en vigueur), 	<ul style="list-style-type: none"> • Expliquer comment organiser le plan d'accouchement 	<ul style="list-style-type: none"> • Idem

Service	Niveau communautaire	ESPC IDE, sages-femmes et médecins	Référence IDE, sages-femmes et médecins
<p>2- Consultation proprement dite (Première visite)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - la puériculture, - la vaccination, - l'hygiène, - la Planification Familiale (PF) - la prévention et la prise en charge des IST/ VIH (PTME) <ul style="list-style-type: none"> • Orienter les femmes présumées enceintes vers les structures sanitaires (CS) pour les consultations prénatales • Rechercher les signes de danger <ul style="list-style-type: none"> - la notion de coups et blessures - le poids stationnaire - les œdèmes du visage et/ou des membres - la pâleur - la jaunisse - les maux de tête intenses - les vomissements importants la douleur pelvienne - la fièvre 	<ul style="list-style-type: none"> • Préparer le matériel et l'équipement pour la CPN • Accueillir la femme et la mettre à l'aise et en confiance • Utiliser le carnet de santé de la mère et de l'enfant comme référence pour : <ul style="list-style-type: none"> - l'interrogatoire sur les antécédents, les signes d'alerte, de danger et les signes de complications - l'examen clinique - les dispositions de prévention à dispenser aux femmes y compris la prescription • Mener l'interrogatoire sur les antécédents, les signes d'alerte, de danger et les signes de complications <ul style="list-style-type: none"> - mesure des paramètres vitaux : TA, fréquence respiratoire, pouls, conscience, température - pesée et taille - examen de la coloration des conjonctives et des paumes des mains - examen au spéculum pour rechercher les IST et le dépistage du cancer du col - toucher vaginal combiné au palper pour apprécier l'état du col et la taille de l'utérus • Effectuer le counseling pour le test volontaire du VIH • Effectuer le test volontaire du VIH en cas de consentement de la femme • Effectuer les examens complémentaires <ul style="list-style-type: none"> - groupage sanguin - taux d'hémoglobine -électrophorèse d'hémoglobine - TPHA et VDRL - albuminurie et glycosurie -échographie si nécessaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Idem • Prendre en charge des cas référés • Prise en charge spécifique • Assurer la contre référence

Service	Niveau communautaire	ESPC IDE, sages-femmes et médecins	Référence IDE, sages-femmes et médecins
<p>2- Consultation proprement dite (Première visite)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - le saignement vaginal - l'écoulement malodorant - les signes du paludisme : Fièvre, maux de tête et frissons <ul style="list-style-type: none"> • Orienter les femmes présentant un ou plusieurs signes de danger vers les formations sanitaires • En cas d'IST, démontrer comment utiliser les préservatifs <p>Fournir des préservatifs en cas d'IST</p> <ul style="list-style-type: none"> - Donner des conseils sur l'utilité et les avantages du test VIH - Orienter vers la formation sanitaire pour plus d'information 	<ul style="list-style-type: none"> • Donner le traitement préventif intermittent à la SP • Prescrire une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII/MILDA) au premier contact et expliquer le mode d'utilisation • Prescrire la supplémentation en acide folique ou en Fer/Folate 1 comprimé par jour pendant 6 mois • Effectuer l'examen clinique : <p>- VAT-3 6 mois après VAT2</p> <ul style="list-style-type: none"> - VAT-4 1 an après VAT3 ou à la prochaine grossesse - VAT-5 1 an après VAT4 ou à la prochaine grossesse <p>(5 VAT = une protection complète)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Déparasiter systématiquement au 3^{ème} trimestre avec 500 mg de mébendazole ou 400 mg d'albendazole • Préparer le plan individuel d'accouchement et de prise en charge des complications : <ul style="list-style-type: none"> - le lieu de l'accouchement, - le personnel qualifié de recours, - le transport, - les fonds nécessaires, - la prise de décision et le soutien, - les donneurs de sang, - les articles nécessaires pour un accouchement propre et sûr • Si accès palustre au cours de la grossesse, voir protocole en vigueur. • Si atteinte de syphilis, administrer de la Benzathine pénicilline suivant les protocoles en vigueur. • Si la femme est séropositive au vih, se référer au protocole de prise en charge en vigueur. 	<ul style="list-style-type: none"> • Idem

Service	Niveau communautaire	ESPC IDE, sages-femmes et médecins	Référence IDE, sages-femmes et médecins
<p>2- Consultation proprement dite (Première visite)</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier l'état vaccinal et compléter en cas de besoin Vaccin antitétanique <ul style="list-style-type: none"> - VAT-1 Premier contact - VAT-2 4 semaines après VAT1 Si la femme est séropositive au VIH, -donner des conseils sur : <ul style="list-style-type: none"> • l'utilisation du préservatif • l'alimentation équilibrée • la nécessité d'accoucher dans une structure sanitaire par un personnel qualifié • les avantages du traitement aux ARV • le choix de l'alimentation du nouveau-né (allaitement maternel exclusif pendant 6 mois ou allaitement artificiel exclusif) • l'importance d'impliquer le partenaire pour l'amener à faire son dépistage • la nécessité d'avoir un suivi médical • l'existence de réseaux pouvant assurer à elle et à sa famille un support psycho-social - organiser la référence pour accoucher dans un centre de santé Si la femme est séronégative au vih - l'éduquer pour garder sa séronégativité <ul style="list-style-type: none"> • Référer si nécessaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Idem

Service	Niveau communautaire	ESPC IDE, sages femmes et médecins	Référence IDE, sages femmes et médecins
3- Consultation proprement dite (visites de suivi)	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la femme et la mettre à l'aise et en confiance • Mener l'interrogatoire pour ressortir les signes de danger • Orienter vers la formation sanitaire les femmes présentant des maladies ou de signes de danger • S'assurer que la femme a suivi les instructions du prestataire lors de la consultation prénatale ou lors des références • Aider la femme à respecter le plan individuel d'accouchement, établi lors des visites antérieures 	<ul style="list-style-type: none"> • Préparer le matériel et l'équipement pour la CPN • Accueillir la femme et la mettre à l'aise et en confiance • Mener l'interrogatoire pour ressortir les signes de danger • Prendre en charge immédiatement en cas de complications suivant le plateau technique • Revoir le plan individuel d'accouchement établi lors des visites antérieures • Utiliser le carnet de santé de la gestante et de l'enfant pour suivre l'évolution de la grossesse à travers les mêmes paramètres que lors de la première visite. • Fixer le pronostic de l'accouchement à partir du 8^{ème} mois par : <ul style="list-style-type: none"> - mesure de la hauteur utérine - examen du bassin - diagnostic de la présentation - auscultation des BDCF 	<ul style="list-style-type: none"> • Idem • Prendre en charge des cas référés • Prise en charge spécifique • Assurer la contre référence

Service	Niveau communautaire	ESPC IDE, sages femmes et médecins	Référence IDE, sages femmes et médecins
3- Consultation proprement dite (visites de suivi)		<ul style="list-style-type: none"> • Counseling et test volontaire du vih si non fait • Prescrire la 2^{ème} prise de SP (à un mois d'intervalle de la 1^{ère}) ; si vih + prévoir une 3^{ème} dose un mois plus tard • Prescrire : <ul style="list-style-type: none"> - une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII/MILDA) si elle ne l'a pas reçue au premier contact et expliquer le mode d'utilisation - du fer folate ou acide folique - Mébendazole 500 mg ou 400 mg d'albendazole au 3^{ème} trimestre de la grossesse • Administrer le VAT suivant le calendrier • Assurer le suivi des maladies et complications • Référer si nécessaire 	

II - 2 SURVEILLANCE DU TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT ET DU POST PARTUM IMMEDIAT : SOINS PERINATALS

II - 2 . 1 NORMES

II-2-1-1 DEFINITION

La surveillance de l'accouchement est l'ensemble des soins et des gestes effectués au cours de ses trois phases qui sont le travail, l'expulsion et la délivrance.

La surveillance du post-partum immédiat est l'ensemble des soins et des gestes effectués au cours des 6 premières heures suivant la délivrance.

II-2-1-2 BUT

Cette surveillance vise à garantir une issue favorable de l'accouchement pour la mère et pour le nouveau-né.

II-2-1-3 OBJECTIFS

- Apporter un soutien à la parturiente et à sa famille afin de répondre à leurs besoins.
- Effectuer une surveillance du travail, de l'accouchement et du post partum à l'aide du partogramme.
- Identifier précocement les anomalies du travail, de l'accouchement et du post partum.
- Administrer les soins essentiels à la mère et au nouveau-né.
- Assurer le suivi du Post partum
- Faciliter la prise de décision pour une prise en charge adéquate et rapide.

II-2-1-4 LIEUX DE PRESTATION

La surveillance peut être effectuée soit :

- Au niveau de la communauté ;
- Au niveau des établissements sanitaires publics et privés.

II-2-1-5 PRESTATAIRES

Suivant les compétences requises, les personnes qui peuvent effectuer la surveillance sont les suivantes :

- Sages femmes et IDE
- Médecins

II-2-1-6 MOMENT / PERIODICITE

La surveillance est nécessaire au cours des différents moments tels que :

- le travail : première phase,
- l'expulsion : deuxième phase,
- la délivrance : troisième phase,
- le post partum immédiat : 6 premières heures après l'accouchement

Toute accouchée doit être gardée sous surveillance médicale pendant au moins 48 heures.

II - 2 . 2 PROCEDURES PAR NIVEAU ET PAR TYPE D'INTERVENANT

Services	Niveau communautaire	ESPC IDE, sage femmes et médecins	Référence IDE, sage femmes et médecins
1. Soins essentiels à la femme pendant le travail	<ul style="list-style-type: none"> • Donner les conseils d'hygiène • Apporter un soutien psychologique à la parturiente • Aider au transfert de la parturiente vers le centre de référence 	<ul style="list-style-type: none"> • Appliquer les procédures de prévention des infections • Revoir le carnet de santé de la mère et de l'enfant pour évaluer le suivi prénatal • Poser le pronostic de l'accouchement • Apporter un soutien psychologique à la parturiente • Suivre le travail à l'aide du partogramme et prendre une décision rapide suivant les données • Informer la femme et sa famille sur le progrès du travail et / ou la nécessité de référence • Organiser la référence en cas de signe de danger • Ne pas raser la parturiente, mais couper les poils de pubis avec des ciseaux si nécessaire • Ne pas rompre la poche des eaux de manière routinière • Encourager la parturiente à satisfaire l'envie d'uriner • Appliquer les procédures de prévention des infections • Apporter un soutien psychologique et émotionnel à la parturiente • Réaliser l'accouchement eutocique et référer si dystocie 	<ul style="list-style-type: none"> • Idem • Prendre en charge des cas référés • Prise en charge spécifique • Assurer la contre référence

		<ul style="list-style-type: none">• Prévenir l'hémorragie du post partum (PEC active de la troisième phase du travail). Utiliser la TCC• Si la femme est séropositive au VIH, utiliser les protocoles en vigueur• Démarrer précocement l'AME selon le choix de la mère• Réparer les lésions vaginales ou périnéales et une éventuelle épisiotomie• Référer si nécessaire	
--	--	--	--

Services	Niveau communautaire	ESPC IDE, sages femmes et médecins	Référence IDE, sages femmes et médecins
2. Soins essentiels à la femme pendant le post partum immédiat		<ul style="list-style-type: none"> • Surveiller les paramètres de l'involution utérine et du saignement vaginal : <ul style="list-style-type: none"> - toutes les 15 minutes pendant 2 heures avec massage utérin - puis toutes les 30 minutes pendant 1 heure - puis toutes les heures pendant 3 heures • Donner des conseils sur : <ul style="list-style-type: none"> - la nutrition / AME / supplémentation en micronutriments et en vitamine A, - la vaccination, - la Planification Familiale (PF), - l'hygiène de l'accouchée - la consultation postnatale - l'utilisation de moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII / MILDA) dans la prévention du paludisme • Prendre en charge les cas de maladie • Référer les cas compliqués si nécessaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Idem • Prendre en charge des cas référés • Prise en charge spécifique <p>Assurer la contre référence</p>

Services	Niveau communautaire	ESPC IDE, sages femmes et médecins	Référence IDE, sages femmes et médecins
3. Soins essentiels du nouveau-né		<ul style="list-style-type: none"> • Clamper et couper immédiatement le cordon ombilical dès la naissance • Ne rien appliquer sur le moignon du cordon ombilical mais le protéger avec une compresse propre. • Changer de gants avant d'examiner le nouveau-né • Sécher l'enfant avec un linge propre • Observer l'enfant en le séchant • Aspirer les sécrétions du né, de la bouche et de la gorge avec du matériel adapté • Evaluer l'indice d'APGAR à la 1^{ère} et à la 5^{ème} minutes • Peser et mesurer la taille du nouveau-né • Faire un examen complet du nouveau-né à la recherche de malformations • Donner l'enfant à la mère dès que possible, le poser sur sa poitrine ou son abdomen pour un contact peau à peau • Couvrir l'enfant pour éviter la déperdition de chaleur • Encourager la mise au sein dans la demi-heure suivant l'accouchement • Référer immédiatement si nécessaire • Dans les 6 premières heures, évaluer toutes les 15 minutes : la respiration (FR 30 à 60/mn), la coloration (qui doit être rose), le moignon du cordon (qui ne doit pas saigner), la température, les mouvements et les réflexes, la posture, le sommeil et autre comportement • Ne baigner le nouveau-né qu'entre les 6 	<ul style="list-style-type: none"> • Idem • Prendre en charge des cas référés • Prise en charge spécifique • Assurer la contre référence

		<p>et 24 premières heures (après que la température soit stabilisée)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rédiger la déclaration de naissance • Conseiller à la mère les pratiques pour protéger le nouveau-né contre les infections : AME, propreté du cordon, vaccins recommandés, utilisation de moustiquaires imprégnées • Administrer les vaccins BCG et Polio • Sensibiliser sur l'intérêt, l'utilité de la vaccination et la prévention des maladies évitables • Administrer la vitamine K1 de 1 à 2mg/kg et un collyre antibiotique • Donner les soins avant la référence : • réchauffer le nouveau-né en cas d'hypothermie • Refaire la ligature du cordon en cas de saignement du cordon • Aider la mère et sa famille à préparer un plan de prise en charge en cas de signes de danger • Pour un bébé de mère séropositive pour le vih, appliquer le protocole de prise en charge en vigueur • Référer les cas compliqués si nécessaire 	
--	--	---	--

Services	Niveau Communautaire	ESPC IDE, sages femmes et médecins	Référence IDE, sages femmes et médecins
4. Prise en charge de la sortie de la maternité à la consultation du post-partum précoce	<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier <ul style="list-style-type: none"> - l'état de l'ombilic du nouveau-né - les paramètres vitaux de la mère et du nouveau-né - le saignement vaginal - l'involution utérine - la montée laiteuse • Rechercher les signes de danger chez la mère et le nouveau-né • Donner des conseils sur <ul style="list-style-type: none"> - la supplémentation en vitamine A, la vaccination, la PF, l'AME, l'utilisation de MII/MILDA et la nutrition spécifique • Demander à l'accouchée si elle a un saignement ou des pertes malodorantes ou fièvre ou douleur du bas ventre • Organiser la référence communautaire pour : <ul style="list-style-type: none"> - la vaccination du nouveau-né et de la mère - les cas de complications 		

Services	Niveau Communautaire	ESPC IDE, sages femmes et médecins	Référence IDE, sages femmes et médecins
5. Visite de suivi du post partum précoce : 6 jours après l'accouchement	<ul style="list-style-type: none"> • Enregistrer le nouveau-né dans le cahier de l'ASC • Faire le suivi des soins du nouveau-né notamment le nouveau-né de faible poids de naissance et le nouveau-né à haut risque • Référer le nouveau-né en cas de signes liés aux affections néonatales • Rappeler les signes de danger à la mère et l'inciter à aller au centre de santé pour des soins appropriés • Suivre les soins prescrits par l'IDE/SFDE et référer le nouveau-né s'il n'y a pas d'amélioration après 24 heures • Importance de garder le nouveau-né au chaud (technique de kangourou) • Prendre et lire la température du nouveau-né • Faire le suivi des soins des yeux, du cordon ombilical et de la peau du nouveau-né • Vérifier la vaccination chez le nouveau-né (BCG et polio) et inciter la mère à retourner au centre de santé pour faire vacciner le nouveau-né 	<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier l'état de l'ombilic du nouveau-né, les paramètres vitaux de la mère et du nouveau-né (poids, température, pouls, TA), le saignement vaginal, l'involution utérine et la montée laiteuse • Rechercher les signes de danger chez la mère et le nouveau-né • Donner des conseils sur la supplémentation en vitamine A, la vaccination, la PF, l'AME, l'utilisation de MII/MILDA, la nutrition spécifique • Administrer de la vitamine A à la mère • Vacciner le nouveau-né et la mère au besoin • Référer si nécessaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Idem • Prendre en charge des cas référés • Prise en charge spécifique • Assurer la contre référence

II - 3 SOINS POSTNATALS

II - 3 . 1 NORMES

II-3-1-1 DEFINITION

Les soins postnatals englobent les conseils et les soins offerts à la femme et à l'enfant à partir de la 6^{ème} semaine après l'accouchement.

II-3-1-2 BUT

Ces soins visent à prévenir les complications tardives des suites de couches et à garantir le retour à l'état antérieur à la grossesse du corps de la femme. Pendant cette période, seront effectuées la promotion de la nutrition et la Planification Familiale.

II-3-1-3 OBJECTIFS

Les objectifs sont :

- Effectuer le suivi des suites des couches.
- Prendre en charge les problèmes de santé dépistés.
- Donner des conseils pour la promotion de l'AME, l'utilisation des MII/MILDA et la prévention de l'anémie.
- Offrir des soins essentiels au nouveau-né et à la mère, et proposer une méthode de contraception adaptée à la femme.

II-3-1-4 PRESTATAIRES

Les personnes qui peuvent effectuer les soins post natals sont les suivants :

- Relais communautaires (accoucheuses traditionnelles formées, agents de service communautaire)
- IDE et sages-femmes
- Médecins

II-3-1-5 MOMENT/PERIODICITE

Ces soins s'effectuent à partir de la 6^e semaine après l'accouchement.

II - 3 . 2 PROCEDURES PAR NIVEAU ET PAR TYPE D'INTERVENANT

Services	Niveau Communautaire	ESPC IDE, sages femmes et médecins	Référence IDE, sages femmes et médecins
Visite de suivi : 6 semaines après l'accouchement	<ul style="list-style-type: none"> • Rendre visite à domicile • Discuter avec l'accouchée sur les suites de l'accouchement en vue de déceler les signes de danger • Enseigner les PFE • Donner des conseils sur : <ul style="list-style-type: none"> - la vaccination suivant le calendrier vaccinal, - la PF, - l'AME, - l'utilisation de MII/MILDA, - la nutrition spécifique - la prévention des IST/vih, - les violences sexuelles et domestiques, - le cancer du col utérin, - les règles d'hygiène • Distribuer des contraceptifs en utilisant la liste de contrôle 	<ul style="list-style-type: none"> • Suivre l'involution utérine • Rechercher les signes de danger chez la mère et chez le nouveau-né • Vacciner le nouveau-né selon le calendrier vaccinal • Donner la supplémentation en vitamine A à la mère • Prescrire une méthode contraceptive, en priorisant la Méthode d'Allaitement Maternel et d'Aménorrhée (MAMA) • Dépister le cancer du col utérin par IVA/IVL • Référer si nécessaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Idem • Prendre en charge des cas référés • Prise en charge spécifique • Assurer la contre référence • Prescrire une méthode contraceptive de longue durée (Implant, DIU, CCV).

II - 4 SOINS OBSTETRIKAUX ET NEONATALS D'URGENCE

II - 4 . 1 NORMES

II-4-1-1 DEFINITION

Les soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) sont des soins prodigués à la femme et au nouveau-né qui présentent des complications pouvant mettre leur vie en danger au cours de la grossesse, de l'accouchement et du post partum.

II-4-1-2 BUT

Le but c'est de réduire la morbidité/mortalité maternelle et néonatale.

II-4-1-3 OBJECTIF

L'objectif est d'offrir des soins de qualité à la mère et au nouveau-né au cours de la prise en charge des complications pendant la grossesse, l'accouchement et le post partum.

II-4-1-4 FONCTIONS ESSENTIELLES

II-4.1.4.1 Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base : SONUB

Les différents soins à dispenser sont :

Pour la mère:

- Utilisation d'antibiotique par voie parentérale
- Utilisation des ocytociques par voie parentérale
- Utilisation des anticonvulsivants par voie parentérale
- Délivrance artificielle du placenta suivie de la révision utérine
- Evacuation utérine par aspiration manuelle ou par curetage évacuateur
- Accouchement instrumental par voie basse

Pour le nouveau-né :

- Réanimation : réchauffement, libération des voies aériennes, massage cardiaque, ventilation et traitement pré transfert
- Prise en charge des nouveau-nés à faible poids de naissance (prématuré ou hypotrophique)
- Prise en charge des complications en cas de :
 - Détresse respiratoire (apnée, gasps)
 - Souffrance (convulsions, gémissement)
 - Infection (hyperthermie ou hypothermie)
 - Anémie (pâleur palmaire ou plantaire)

II-4.1.4.2 Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets : SONUC

En complément aux fonctions essentielles du SONUB s'ajoutent pour la mère:

- Transfusion sanguine
- Interventions majeures comme les opérations césariennes et les laparotomies.

En ce qui concerne le nouveau-né, il faut ajouter :

- Réanimation du nouveau-né : intubation et ventilation.
- Transfusion sanguine
- Prise en charge des malformations

II-4-1-5 LIEUX DE PRESTATION

Les SONUB peuvent être dispensés suivant les cas, soit :

- Au niveau communautaire : accoucheuses traditionnelles formées et les agents de santé communautaire
- Dans les établissements sanitaires publics et privés de premier contact

Les SONUC s'effectueront au niveau des établissements sanitaires publics et privés de référence : HG, CHR, CHU, cliniques et polycliniques privées.

II-4-1-6 PRESTATAIRES

Suivant les cas, les personnes qui peuvent dispenser les SONUB sont :

- Communauté : relais communautaires
- IDE et sages femmes
- Médecins

Les SONUC seront dispensés de préférence par les médecins spécialistes ou tout médecin ayant les capacités en collaboration avec les IDE et les sages femmes.

II-4-1-7 MOMENT/PERIODICITE

Les soins sont prodigués en situation d'urgence pendant la grossesse, le travail, l'accouchement et le post-partum.

II - 4 . 2 PROCEDURES PAR NIVEAU ET PAR TYPE D'INTERVENANT

Services	Niveau communautaire	ESPC IDE, sages femmes et médecins	Référence IDE, sages femmes et médecins
1. CCC	<ul style="list-style-type: none"> • Donner des informations sur les signes de danger pour la mère : <ul style="list-style-type: none"> - maux de tête intenses - vision trouble - saignement vaginal - perte de liquide d'origine vaginale - perte de connaissance ou convulsion - pâleur - choc - œdèmes des membres - œdèmes de la face - corps chaud - essoufflement - vomissement - douleur abdominale ou pelvienne - issue de membre de fœtus ou du cordon - non perception des mouvements du fœtus <ul style="list-style-type: none"> - saignement imbibant le linge servant de garniture totalement au bout de 5 minutes après la délivrance • Donner des informations sur les signes de danger chez le nouveau-né : 	<ul style="list-style-type: none"> • Informer sur les signes de danger pour la mère : <ul style="list-style-type: none"> - céphalées sévères - vision trouble - saignement vaginal - rupture prématurée des membranes - perte de connaissance ou convulsion - pâleur - choc - œdèmes des membres, de la face - fièvre - détresse respiratoire - vomissement - douleur abdomino-pelvienne - procidence de membre de fœtus ou du cordon - non perception du mouvement du fœtus - retard à la délivrance (> 1 heure après l'accouchement) - saignement imbibant le linge servant de garniture totalement au bout de 5 minutes après la délivrance (>500 ml) • Donner des informations sur les signes de danger chez le nouveau-né : <ul style="list-style-type: none"> - difficulté respiratoire 	<ul style="list-style-type: none"> • Idem • Prendre en charge des cas référés • Prise en charge spécifique • Assurer la contre référence

	<ul style="list-style-type: none"> - difficulté respiratoire - crise convulsive - fièvre - froideur des extrémités - saignement du cordon ombilical - diarrhée (nombre des selles supérieur à 10 par jour) - difficulté à se nourrir - pus au niveau des yeux - plaie ombilicale infectée - jaunisse - coloration bleue des extrémités - non émission de méconium <ul style="list-style-type: none"> • Mener des séances de sensibilisation sur l'importance d'une organisation de la référence communautaire. 	<ul style="list-style-type: none"> - crise convulsive - fièvre - froideur des extrémités - saignement du cordon ombilical - diarrhée - difficulté à se nourrir - conjonctivite - plaie ombilicale infectée - ictère - cyanose - non émission de méconium <ul style="list-style-type: none"> • Mener des séances de sensibilisation sur l'importance d'une organisation de la référence 	
2. Prise en charge des complications chez la mère	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser et aider au transfert sur le centre de santé 	<p>Evaluation rapide et réponse en cas d'urgence</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rester calme et se concentrer sur les besoins de la femme - Ne pas laisser la femme sans surveillance - Contrôler la situation en rappelant à chaque membre de l'équipe et à l'accompagnant ce qu'ils doivent faire - Appeler de l'aide si nécessaire - Vérifier que le plateau d'urgence est prêt 	<ul style="list-style-type: none"> • Idem • Prendre en charge des cas référés • Prise en charge spécifique • Assurer la contre référence

		<ul style="list-style-type: none"> - Allonger la femme en décubitus latéral gauche, jambes surélevées, - Rassurer la femme - Lui demander (ou à son accompagnant) les symptômes et leur moment d'apparition - faire un examen rapide : TA, pouls, respiration, température, couleur des paumes des mains et des conjonctives. - Vérifier le saignement et la quantité de sang perdu. - Effectuer les gestes de prise en charge en urgence de la <p>Détresse respiratoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Poser une voie veineuse et commencer à perfuser. - Administrer de l'oxygène si possible - Déterminer le groupe rhésus et le taux d'hémoglobine. - Rechercher la ou les causes et traiter (voir manuel) <p>Choc :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Installer une voie veineuse (si possible, deux), - Faire un prélèvement de sang pour déterminer le taux d'hémoglobine et le groupe rhésus, - faire immédiatement un contrôle de compatibilité et un test de coagulation, - Perfuser rapidement une solution (pas de liquide par voie orale) - Sonder la vessie et surveiller 	
--	--	---	--

		<p>l'apport de liquide et le débit urinaire</p> <ul style="list-style-type: none"> - Administrer de l'oxygène si possible <p>- Rechercher les causes et les traiter.</p> <p>Convulsion</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dégager les voies aériennes et intuber si nécessaire - Administrer de l'oxygène si possible - Si éclampsie, lui donner du sulfate de magnésium - Si la cause n'est pas encore déterminée, procéder comme pour une éclampsie et rechercher les causes. <p>Saignement vaginal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si la patiente est choquée, installer une voie veineuse et commencer à perfuser - Rechercher les causes et les traiter sinon évacuer. <p>Douleur abdominale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si la patiente est choquée, installer une voie veineuse et commencer à perfuser - Agir selon les causes <p>Fièvre</p> <ul style="list-style-type: none"> - Encourager la femme à rester alitée et à boire plus qu'à l'accoutumée - faire baisser sa température par application d'eau fraîche ou par ventilation - classer la fièvre selon le moment 	
--	--	--	--

		<p>de survenue, rechercher les causes et les corriger</p> <ul style="list-style-type: none"> - effectuer les gestes de prise en charge et/ou le traitement pré transfert <p><i>Pendant la grossesse</i></p> <p>Saignement vaginal avant 22 SA :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Causes : avortement ou grossesse ectopique ou grossesse molaire <p>Saignement vaginal après 22 SA :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Causes : placenta prævia ou hématome rétro placentaire ou rupture utérine <p>Céphalées, vision floue, convulsions ou perte de connaissance : penser à éclampsie, paludisme, épilepsie, tétanos</p> <p>Fièvre : penser à infection urinaire, paludisme, complications de l'avortement</p> <p>Douleurs abdominales : penser à un kyste de l'ovaire, appendicite, grossesse ectopique.</p> <p>Difficultés respiratoires : penser à la pneumonie</p> <p><i>Pendant le travail :</i></p> <p>Fièvre : penser à infection urinaire, au paludisme</p> <p>Difficultés respiratoires et douleurs abdominales : penser à une chorio-amnionite, à un hématome rétro</p>	
--	--	--	--

		<p>placentaire, ou à une rupture utérine.</p> <p>En post partum immédiat : Saignement : hémorragie du post partum Fièvre : endométrite, abcès pelvien, péritonite, infection mammaire Douleurs abdominales : penser à la métrite Difficultés respiratoires : penser à l'embolie pulmonaire</p>	
--	--	---	--

Services	Niveau communautaire	ESPC IDE, sages femmes et médecins	Référence IDE, sages femmes et médecins
3. Prise en charge des complications chez le nouveau-né		<p>Situation nécessitant une évaluation rapide :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Signes de détresse respiratoire : apnée, gasps • Signes de souffrance neurologique: convulsions, gémissement • Signes d'infection : hyperthermie ou hypothermie • Signes d'anémie : pâleur palmaire ou plantaire <p>Réponses en cas d'urgence</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respecter les principes de prévention des infections • Se présenter à la mère et lui demander les problèmes • Laisser la mère avec le nouveau-né durant l'examen si possible • Placer le nouveau-né sur une table chauffante et avec une bonne luminosité durant l'examen • Rechercher les signes de danger • Corriger rapidement l'anomalie pour éviter le décès <p>Réanimation sous lampe chauffante</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Idem • Prendre en charge des cas référés • Prise en charge spécifique • Assurer la contre référence

		<p>si nécessaire :</p> <ul style="list-style-type: none">• Désobstruer les voies aériennes supérieures• Faire la stimulation cutanée• Ventiler au masque• Faire le massage cardiaque <p>Effectuer les gestes de prise en charge et/ou le traitement avant le transfert en cas de:</p> <ul style="list-style-type: none">- faible poids de naissance/ prématuré/ jumeaux- difficulté de se nourrir- infection- ictère- convulsions ou spasmes- anomalie de la température- vomissement et / ou distension abdominale- diarrhée- saignement/ pâleur- malformations	
--	--	--	--

II - 5 SOINS APRES AVORTEMENT

II - 5 . 1 NORMES

II-5-1-1 DEFINITION

Les Soins Après Avortement (SAA) sont les conseils et les soins prodigués aux femmes qui présentent des complications suite à un avortement incomplet. Les cinq éléments des soins post abortum sont :

- Traitements d'urgence
- Counseling post abortum.
- Services de PF.
- Lien avec les autres services de santé de la reproduction.
- Lien avec la communauté.

II-5-1-2 BUT

Ces soins contribueront à la réduction du risque :

- de morbidité et de mortalité chez les femmes ayant effectué un avortement incomplet,
- du nombre de grossesse non désirées
- et de la répétition des avortements à risque.

II-5-1-3 OBJECTIF

Les objectifs sont :

- Assurer les soins d'urgence aux femmes ayant présenté un avortement incomplet.
- Offrir le counseling post-abortum.
- Offrir des services de Planification Familiale.
- Assurer les liens avec les autres services de SR et avec la communauté

II-5-1-4 LIEUX DE PRESTATION

Les soins post abortum peuvent être dispensés suivant les cas, au niveau :

- Communauté.
- Etablissements sanitaires publics et privés

II-5-1-5 PRESTATAIRES

Suivant les cas et les compétences requises correspondantes, les personnes qui peuvent dispenser les soins post abortum sont :

- Relais communautaires
- IDE et sages-femmes.
- Médecins

II-5-1-6 MOMENT/PERIODICITE

Le traitement est dispensé en urgence. Par contre, le conseil, les services de PF et les autres services de la santé de la reproduction peuvent être offerts immédiatement après le traitement d'urgence et/ ou lors de tout contact avec la cliente.

II - 5 . 2 PROCEDURES PAR NIVEAU ET PAR TYPE D'INTERVENANT

Services	Niveau communautaire	ESPC IDE, sages femmes et médecins	Référence IDE, sages femmes et médecins
1. CCC	<ul style="list-style-type: none"> • Informer sur les signes de danger : <ul style="list-style-type: none"> - saignement vaginal - écoulement anormal - douleur abdomino-pelvienne - perte de connaissance, agitation, anxiété, confusion - vertige - refroidissement des extrémités - corps chaud - durcissement du ventre • Sensibiliser sur : <ul style="list-style-type: none"> - l'importance de se rendre immédiatement dans une structure sanitaire en cas de signe de danger - l'importance de l'organisation de la référence - informations sur le retour à la fécondité et l'utilité de la Planification Familiale post abortum. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informer sur les signes de danger <ul style="list-style-type: none"> - saignement vaginal - écoulement anormal - douleur abdomino-pelvienne - perte de connaissance, agitation, anxiété, confusion - vertige - refroidissement des extrémités - fièvre - défense abdominale ou contracture • Sensibiliser sur : <ul style="list-style-type: none"> - l'importance de se rendre immédiatement dans une structure sanitaire en cas de signe de danger - l'importance de l'organisation de la référence - informations sur le retour à la fécondité et l'utilité de la planification familiale post abortum. 	<ul style="list-style-type: none"> • Idem

Services	Niveau communautaire	ESPC IDE, sages femmes et médecins	Référence IDE, sages femmes et médecins
2. Prise en charge de l'urgence	<ul style="list-style-type: none"> Organiser la référence communautaire 	<p>Accueil</p> <p>Evaluation initiale :</p> <ul style="list-style-type: none"> Rechercher les signes de choc : Rechercher les symptômes de complications suivants : <ul style="list-style-type: none"> - nausées/vomissement - fièvre, température supérieure à 38° - douleur abdomino-pelvienne - saignement abondant - vertiges, asthénie, perte de connaissance - écoulement vaginal malodorant ou purulent <p>Prise en charge d'urgence en pré transfert si nécessaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - poser une voie veineuse - libérer les voies aériennes supérieures - si infection, faire une antibiothérapie - identifier les besoins de la patiente et essayer d'y répondre <p>Prise en charge médicale post-abortum</p> <ul style="list-style-type: none"> - Administrer le misoprostol par voie orale - Surveiller pendant 2 heures - Conseiller pour le suivi - Conseiller sur PF et autres 	<ul style="list-style-type: none"> Idem Prendre en charge des cas référés Prise en charge spécifique Assurer la contre référence

		<p>services SR</p> <p>Prise en charge par AMIU</p> <ul style="list-style-type: none">- Appliquer les mesures PI- Préparer l'équipe et le matériel- Effectuer le counseling pré AMIU (soutien psychologique et prise en charge de la douleur)- Exécuter l'AMIU tout en assurant un soutien verbal à la patiente- Effectuer la surveillance post opératoire- Effectuer le counseling post AMIU :<ul style="list-style-type: none">➤ les signes normaux de récupération➤ les conseils d'hygiène➤ le rendez-vous pour le suivi ou en cas de problème- Référer les cas compliqués	
--	--	---	--

Services	Niveau communautaire	ESPC IDE, sages femmes et médecins	Référence IDE, sages femmes et médecins
3. Conseils et PF	<ul style="list-style-type: none"> • Donner des conseils sur : <ul style="list-style-type: none"> - le retour à la fécondité (14 jours après un avortement) - les avantages de la PF • Aider la femme à suivre les instructions sur la prise de contraceptifs 	<ul style="list-style-type: none"> • Donner des conseils sur : <ul style="list-style-type: none"> - le retour à la fécondité (14 jours après un avortement) - les avantages de la PF • Prescrire une méthode contraceptive • Référer si la méthode contraceptive choisie n'est pas disponible • Référer si nécessaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Idem • Prendre en charge des cas référés • Prise en charge spécifique • Assurer la contre référence
4. Liens avec les autres services de SR et avec la communauté	<ul style="list-style-type: none"> • Informer sur l'existence des autres services SR et leurs localisations: <ul style="list-style-type: none"> - prévention des IST/VIH, test, diagnostic et traitement - dépistage de toutes violences sexuelles ou domestiques - nutrition - CPN - prise en charge de l'infertilité - dépistage et prise en charge du cancer du col utérin • Informer sur l'existence des services et associations de prise en charge psycho sociale et où les chercher 	<ul style="list-style-type: none"> • Informer sur l'existence des autres services SR et leurs localisations: <ul style="list-style-type: none"> - prévention des IST/VIH, test, diagnostic et traitement - dépistage de toutes violences sexuelles ou domestiques - nutrition - CPN - prise en charge de l'infertilité - dépistage et prise en charge du cancer du col utérin • Assurer une liaison avec les autres services SR : <ul style="list-style-type: none"> - identifier les autres besoins en SR - prendre en charge les besoins de la cliente relevant de ses compétences - proposer le dépistage volontaire du VIH - référer les cas relevant d'autres services SR au besoin • Informer sur l'existence des services / associations de prise en charge psycho sociale et où les chercher 	<ul style="list-style-type: none"> • Idem • Prendre en charge des cas référés • Prise en charge spécifique • Assurer la contre référence

III- SURVIE ET DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT (VOLET PCIMNE)

III - 1 NORMES

III-1-1-1 DEFINITION

Le concept PCIME se définit comme étant la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant.

Celui de PCIMNE se définit comme étant la prise en charge intégrée des maladies du nouveau-né et de l'enfant. C'est cette nouvelle appellation qui prend effectivement en compte tous les enfants de 0 à 59 mois sans en oublier aucun.

III-1-1-2 BUT

Le but de la PCIMNE est de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité des enfants de moins de 5 ans.

III-1-1-3 OBJECTIF

- Améliorer la prise en charge des enfants de moins de 5 ans
- Promouvoir la croissance et le développement harmonieux des enfants de moins de 5 ans

III-1-1-4 COMPOSITION DE LA STRATEGIE PCIMNE

C'est une stratégie à 3 composantes :

- L'amélioration des compétences des agents de santé appelée PCIMNE clinique dans la mise en œuvre
- L'amélioration du système de santé
- La promotion des Pratiques Familiales Essentielles

III-1-1-5 LIEUX DE PRESTATIONS

Communauté
Associations/ ONG
Etablissements sanitaires publics et privés

III-1-1-6 PRESTATIRES

- Agents communautaires
- Agents de santé : médecins, IDE, sages femmes

III-1-1-7 MOMENT/PERIODICITE

Tout contact avec l'enfant

III-1-1-8 CIBLES

La population cible concerne les enfants de 0 à 5 ans, les familles et la communauté.

III - 2 PROCEDURES PAR NIVEAU ET PAR TYPE D'INTERVENANT

Services	Niveau communautaire	ESPC IDE, sages femmes et médecins	Référence IDE, sages femmes et médecins
1. CCC	<ul style="list-style-type: none"> • Donner des informations et des conseils à la mère et à la famille sur les 12 PFE: <ul style="list-style-type: none"> - la promotion de la croissance et du développement - la prévention - la prise en charge à domicile - la recherche des soins 	<ul style="list-style-type: none"> • Idem 	<ul style="list-style-type: none"> • Idem
2. Activités de prévention	<ul style="list-style-type: none"> • Faire la promotion des activités suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - l'alimentation de l'enfant - l'hygiène de l'enfant - l'importance de la vaccination - la croissance de l'enfant 	<ul style="list-style-type: none"> • Faire la promotion des activités suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - l'alimentation de l'enfant - l'hygiène de l'enfant - l'importance de la vaccination - la croissance de l'enfant • Evaluer l'état nutritionnel • Evaluer le développement psychomoteur • Vacciner les enfants 	<ul style="list-style-type: none"> • Idem
3. Activités de soins	<ul style="list-style-type: none"> • Dépister et orienter les cas 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic des cas et leur prise en charge spécifique • Prendre en compte les problèmes de la mère 	<ul style="list-style-type: none"> • Idem • Prendre en charge des cas référés • Prise en charge spécifique • Assurer la contre référence

IV- PLANIFICATION FAMILIALE

IV - 1 NORMES

IV-1-1-1 DEFINITION

L'offre des différentes méthodes de contraception est une approche pour la fourniture de moyens contraceptifs en prenant en compte les besoins des clients en matière de soins de santé sexuelle et génésique et suivant un ensemble de critères leur permettant de choisir et d'utiliser une méthode de Planification Familiale.

Deux processus sont requis pour pouvoir mener à bien cette approche :

- une bonne communication pour le changement de comportement
- un examen / bilan initial adéquat

La communication pour le changement de comportement est un processus qui permet d'échanger des informations claires, à travers des canaux appropriés entre un individu et un autre individu, un couple, un groupe ou une communauté. On distingue 2 sortes de communication interpersonnelles :

- Communication de groupe : causerie en groupe, entre le prestataire et un groupe de personnes (maximum 20)
- Counseling : entre le prestataire et 01 à 02 personnes

L'examen / bilan initial est un processus permettant au prestataire de savoir si la cliente ou le couple est éligible à l'utilisation d'une méthode contraceptive.

IV-1-1-2 BUT

Programmer les naissances au meilleur moment afin d'éviter les grossesses non désirées et en assurer un espacement convenable.

IV-1-1-3 OBJECTIF

- Sensibiliser la communauté sur l'importance et les avantages de la Planification Familiale
- Donner aux clients les informations correctes sur les méthodes de contraception
- Aider le/la client/ ou le couple à faire un choix éclairé en matière de contraception
- Vérifier si le/la client/e présente des conditions médicales qui puissent causer un problème, ou qui demandent un suivi plus fréquent pour une méthode contraceptive quelconque.
- Fournir des méthodes de contraception en tenant compte du choix et des critères d'éligibilité
- Donner des conseils sur l'utilisation de la méthode choisie
- Assurer le suivi et la prise en charge des effets secondaires

IV-1-1-4 LIEUX DE PRESTATION

A tous les niveaux du système sanitaire public et privé :

- Niveau communautaire (AT, ASC)
- Etablissements sanitaires publics et privés

IV-1-1-5 PRESTATIRES

- Agent communautaire (AT, ASC)
- IDE, sages-femmes
- Médecins

IV-1-1-6 MOMENT/PERIODICITE

A chaque opportunité intra ou hors établissement sanitaire.

IV-1-1-7 CIBLES

- Adolescents et jeunes
- Femmes en âge de reproduction
- Hommes

IV - 2 PROCEDURES PAR NIVEAU ET PAR TYPE D'INTERVENANT

Services	Niveau communautaire	ESPC IDE, sages femmes et médecins	Référence IDE, sages femmes et médecins
1. CCC	<ul style="list-style-type: none"> Donner des informations sur : <ul style="list-style-type: none"> - les avantages de la PF - les différentes méthodes contraceptives offertes par le programme national (CO, CI progestatif seul, PFN, MJF, MAMA, barrières, MLD : DIU, implants, CCVM, CCVF) orienter les clients vers les ESPC 	<ul style="list-style-type: none"> Donner des informations sur : <ul style="list-style-type: none"> - les avantages de la PF - les différentes méthodes contraceptives offertes par le programme national (CO, CI progestatif seul, PFN, MJF, MAMA, barrières, MLD : DIU, implants, CCVM, CCVF) Si la méthode désirée n'est pas disponible, proposer une méthode d'appoint et orienter les clients vers structures hospitalières de référence 	<ul style="list-style-type: none"> Idem Prendre en charge des cas référés Prise en charge spécifique Assurer la contre référence
2. Première consultation		<p>Bienvenue :</p> <ul style="list-style-type: none"> accueillir la femme/ couple avec bienveillance et cordialité assurer la confidentialité demander le motif de la consultation <p>Entretien</p> <p>Interroger sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> les expériences de la cliente en PF les renseignements concernant la cliente les antécédents <p>Renseignements :</p> <ul style="list-style-type: none"> donner les informations sur les méthodes, en utilisant les supports CCC/ PF 	<ul style="list-style-type: none"> Idem Prendre en charge des cas référés Prise en charge spécifique Assurer la contre référence

		<ul style="list-style-type: none"> • Les différentes méthodes avec les modes d'action, les avantages et les inconvénients, • Les services disponibles et les lieux où les trouver <p>Choix : aider la cliente à faire un choix informé</p> <p>Explication et rendez-vous</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eliminer la possibilité d'une grossesse éventuelle en se servant de la liste de contrôle <p>Se servir de la fiche individuelle de consultation PF pour l'examen des critères d'éligibilité médicale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Examen clinique <ul style="list-style-type: none"> • Prendre la TA • Mesurer le poids • Examiner les seins • Effectuer l'examen gynécologique au cours de la première visite et tous les ans : - Examen au spéculum, TV combiné au palper - IVA/IVL <ul style="list-style-type: none"> • Effectuer l'examen des organes génitaux chez l'homme si indiqué (CCVM) • Faire la synthèse des résultats et en informer le client • Expliquer en détail comment employer la méthode adoptée 	
--	--	--	--

		(action, mode d'emploi, signes d'alarme, effets secondaires...) • Référer si nécessaire	
--	--	--	--

Services	Niveau communautaire	ESPC IDE, sages femmes et médecins	Référence IDE, sages femmes et médecins
A. Offre des méthodes naturelles :			
a) MAMA	<ul style="list-style-type: none"> • Informer, encourager, assurer le suivi de la MAMA si les 03 conditions sont remplies 	<ul style="list-style-type: none"> • Informer, encourager, assurer le suivi de la MAMA si les 03 conditions sont remplies 	<ul style="list-style-type: none"> • Idem
b) Méthode des Jours Fixes	<ul style="list-style-type: none"> • Distribuer le collier du cycle en utilisant la liste de contrôle, assurer le suivi de la MJF 	<ul style="list-style-type: none"> • Distribuer le collier du cycle en utilisant la liste de contrôle, assurer le suivi de la MJF 	<ul style="list-style-type: none"> • Idem
c) Glaires, calendrier température, coït interrompu	<ul style="list-style-type: none"> • Orienter les clients qui optent pour ces méthodes vers la FS • Référer les cas à problème 	<ul style="list-style-type: none"> • Prendre en charge les cas référés 	<ul style="list-style-type: none"> • Prendre en charge les cas référés
B. Offre des méthodes modernes			
a) Contraceptifs oraux COC : Loféménal COP ou PP : Ovrette		Fournir la contraception orale : <ul style="list-style-type: none"> • Compléter les informations en se basant sur les critères éligibilité de l'OMS décrits dans la fiche de consultation • Commencer les CO : <ul style="list-style-type: none"> - dans les 7 premiers jours du cycle ou à n'importe quelle période du cycle si le test de grossesse est négatif. - En post-partum ou en post abortum immédiatement 	<ul style="list-style-type: none"> • Idem

Services	Niveau communautaire	ESPC IDE, sages femmes et médecins	Référence IDE, sages femmes et médecins
a) COC		<ul style="list-style-type: none"> • Débuter la méthode : <ul style="list-style-type: none"> - 6 mois après l'accouchement : pour les femmes qui pratiquent la MAMA - pour les femmes qui n'allaitent pas à partir du 21^{ème} jour après l'accouchement - ou à n'importe quel moment du cycle si on est raisonnablement sûr que la femme n'est pas enceinte, • Donner le nombre de cycles répondant au besoin des clientes : • 1^{ère} visite : 3 à 6 cycles, visites suivantes : 6 à 12 cycles • Programmer les rendez-vous de réapprovisionnement • Encourager les clientes à revenir en cas de problème et pour le réapprovisionnement • Prendre en charge les effets secondaires et les problèmes, ainsi que les référées • Référer si nécessaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Idem • Prendre en charge des cas référés • Prise en charge spécifique • Assurer la contre référence
b) Contraceptifs injectables, progestatif seul		<p>Fournir le CI :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compléter les informations en se basant sur les critères d'éligibilité de l'OMS décrits dans la fiche de consultation • Commencer les CI : <ul style="list-style-type: none"> - dans les 5 premiers jours du cycle - en post-partum et post abortum immédiatement - femme qui allaite exclusivement et en aménorrhée : 6 mois après 	<ul style="list-style-type: none"> • Idem • Prendre en charge des cas référés • Prise en charge spécifique • Assurer la contre référence

		<p>l'accouchement</p> <ul style="list-style-type: none"> - pour la femme qui n'allait pas à partir du 21^{ème} jours après l'accouchement - Ou à n'importe quel moment du cycle si on est raisonnablement sûr que la femme n'est pas enceinte <p>Appliquer les mesures de prévention des infections</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrer le CI : toutes les 12 semaines • Programmer le suivi : tous les 3 mois • Encourager les clientes à revenir en cas de problème et pour le réapprovisionnement • Assurer le suivi • Prendre en charge les effets secondaires et les problèmes <p>Référer si besoin</p>	
--	--	--	--

Services	Niveau communautaire	ESPC IDE, sages femmes et médecins	Référence IDE, sages femmes et médecins
c) Barrières	<ul style="list-style-type: none"> Distribuer les méthodes barrières : préservatifs ou spermicides selon les besoins des clients Effectuer le suivi des utilisateurs réguliers Référer en cas de problème 	<ul style="list-style-type: none"> Prendre en charge les cas référés Fournir les méthodes barrières : condom ou spermicides selon les besoins des clients Effectuer le suivi des utilisateurs réguliers Prendre en charge les problèmes éventuels 	<ul style="list-style-type: none"> Idem Prendre en charge des cas référés Prise en charge spécifique Assurer la contre référence

Services	Niveau communautaire	ESPC IDE, sages femmes et médecins	Référence IDE, sages femmes et médecins
d) - MLD : - DIU - Implants - CCVF - CCVM		<p>DIU : TCu 380 A</p> <ul style="list-style-type: none"> Compléter les informations en se basant sur les critères d'éligibilité de l'OMS décrits dans la fiche de consultation Appliquer les mesures de prévention des infections Effectuer l'insertion <ul style="list-style-type: none"> - dans les 12 premiers jours du cycle - dans le post-partum : dans les 48 heures après l'accouchement, ou à partir de la 4^{ème} semaine après l'accouchement - dans le post-partum, immédiatement si les conditions la permettent - à n'importe quel moment du cycle si on est raisonnablement sûr que la femme n'est pas enceinte 	<ul style="list-style-type: none"> Idem Prendre en charge des cas référés Prise en charge spécifique Assurer la contre référence <p>CCVF : Contraception chirurgicale Volontaire Féminine</p> <ul style="list-style-type: none"> Compléter les informations en se basant t sur les critères d'éligibilité de l'OMS décrits dans la fiche de consultation Obtenir le consentement éclairé et approuvé Appliquer les mesures de prévention des infections Effectuer la CCVF <ul style="list-style-type: none"> - à n'importe quel moment du cycle si on est raisonnablement sûr que la femme n'est pas enceinte

		<ul style="list-style-type: none"> • Encourager les clientes à revenir en cas de problème • Programmer le suivi tous les ans • Insister sur le respect de l'hygiène • Prendre en charge les effets secondaires et les problèmes • Référer si besoin <p>IMPLANTS CONTRACEPTIFS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compléter les informations en se basant sur les critères d'éligibilité de l'OMS décrits dans la fiche de consultation • Appliquer les mesures de prévention des infections • Effectuer l'insertion <ul style="list-style-type: none"> - dans les 7 premiers jours du cycle - en post-partum : ou en post abortum immédiatement - femme qui allaite exclusivement et en aménorrhée ou a ses règles : 6 mois après l'accouchement - pour la femme qui n'allait pas à partir du 21^{ème} jour après l'accouchement - à tout moment du cycle si on est raisonnablement sûr que la femme n'est pas enceinte • Programmer le suivi tous les ans • Encourager les clientes à revenir en cas de problème • Prendre en charge les effets secondaires et les problèmes <p>Référer si besoin</p>	<ul style="list-style-type: none"> - dans les 7 jours après l'accouchement, ou à partir de la 6^{ème} semaine après l'accouchement - en post-partum, immédiat si les conditions la permettent • Assurer le suivi une semaine après la CCVF • Encourager les clientes à revenir en cas de problème <p>Prendre en charge les complications y afférentes</p> <p>CCVM: Contraception Chirurgicale Volontaire Masculine</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obtenir le consentement éclairé et approuvé • Appliquer les mesures de prévention des infections • Effectuer la CCVM • Assurer le suivi une semaine après la CCVM • Encourager les clientes à revenir en cas de problème • Prendre en charge les complications y afférentes • Conseiller des rapports sexuels protégés pendant 3 mois <p>Effectuer spermogramme si possible pour confirmation</p>
--	--	--	---

		CCVF : Contraception Chirurgicale Volontaire Féminine <ul style="list-style-type: none">• Référer les clients qui désirent les méthodes de longue durée irréversible :<ul style="list-style-type: none">- CCVM- CCVF	
--	--	--	--

Services	Niveau communautaire	ESPC IDE, sages femmes et médecins	Référence IDE, sages femmes et médecins
e) Contraception d'urgence	<ul style="list-style-type: none"> Donner dans les 72 heures qui suivent le rapport sexuel non protégé la pilule selon le protocole en vigueur Orienter les clients vers les établissements sanitaires en cas de complications ou de vomissement. 	<ul style="list-style-type: none"> Donner dans les 72 heures qui suivent le rapport sexuel non protégé la pilule selon le protocole en vigueur Insérer le DIU dans les 5 à 7 jours qui suivent le rapport sexuel non protégé Prendre en charge les cas référés 	<ul style="list-style-type: none"> Idem Prendre en charge des cas référés Prise en charge spécifique Assurer la contre référence
3. Consultation de suivi	<ul style="list-style-type: none"> Etablir des rapports cordiaux avec la cliente Utiliser des compétences de communication interpersonnelle pour : <ul style="list-style-type: none"> - demander à la cliente si elle est satisfaite de la méthode utilisée - écarter une éventuelle grossesse - identifier les effets secondaires ou les problèmes associés à la méthode utilisée - déterminer le besoin de protection contre les IST et vih/ sida - rappeler à la cliente les instructions sur l'utilisation des produits contraceptifs, ainsi que les signes d'alerte Donner les instructions concernant les visites de retour 	<ul style="list-style-type: none"> Etablir des rapports cordiaux avec la cliente Utiliser des compétences de communication interpersonnelle pour : <ul style="list-style-type: none"> - demander à la cliente si elle est satisfaite de la méthode utilisée - écarter une éventuelle grossesse - identifier les effets secondaires ou les problèmes associés à la méthode utilisée - déterminer le besoin de protection contre les IST et vih/ sida - rappeler à la cliente les instructions sur l'utilisation des produits contraceptifs, ainsi que les signes d'alerte - Donner les instructions concernant les visites de retour Référer en cas de besoin 	<ul style="list-style-type: none"> Idem Prendre en charge des cas référés Prise en charge spécifique Assurer la contre référence

V- PRISE EN CHARGE DE L'INFERTILITE

V - 1 NORMES

V-1-1-1 DEFINITION

La fertilité définit l'aptitude à concevoir c'est-à-dire être enceinte. L'infertilité désigne une difficulté à concevoir.

L'infertilité est différente de la stérilité qui est l'impossibilité absolue de concevoir.

La prise en charge de l'infertilité est l'ensemble des mesures mises en œuvre pour permettre au couple d'avoir un enfant vivant.

V-1-1-2 BUT

Aider tout couple désirant un enfant

V-1-1-3 OBJECTIF

- Informer sur les facteurs de risque
- Dépister les causes de l'infertilité
- Prendre en charge le couple infertile

V-1-1-4 LIEUX DE PRESTATIONS

A tous les niveaux du système sanitaire public et privé :

- Niveau communautaire
- Etablissements sanitaires publics et privés

V-1-1-5 PRESTATIRES

- Agent communautaire
- IDE, sages femmes et médecins

V-1-1-6 CIBLES

- Femmes en âge de reproduction et hommes infertiles

V - 2 PROCEDURES PAR NIVEAU ET PAR TYPE D'INTERVENANT

Services	Niveau communautaire	ESPC IDE, sages femmes et médecins	Référence IDE, sages femmes et médecins
Prise en charge de l'infertilité	<ul style="list-style-type: none"> • Informer sur les facteurs de risque d'infertilité : <ul style="list-style-type: none"> - comportement sexuel à haut risque, - IST, - éventuelles anomalies génitales - avortements provoqués • Orienter la femme ou le couple qui se plaint de ne pas avoir d'enfant vers la formation sanitaire 	<p>Prise en charge du couple infertile</p> <ul style="list-style-type: none"> • Effectuer des investigations pour s'assurer qu'il s'agit d'une infertilité et pour identifier la cause : <p>Interrogation sur : la régulation des rapports sexuels, le développement pubertaire, les habitudes toxiques, les facteurs de risques professionnels</p> <p>- antécédents médicaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chez la femme : IST, infection pelvienne, dysménorrhée, dyspareunie, tuberculose, maladies générales débilitantes... • Chez l'homme : IST, oreillons, tuberculose, pathologie endocrinienne... <p>- antécédents chirurgicaux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chez la femme : intervention abdomino-pelvienne, coelioscopie • Chez l'homme : cure de hernie inguinale, cure d'ectopie testiculaire, traumatisme testiculaire, cure de varicocèle... <p>- antécédents obstétricaux : - gestité, parité, avortement, infection en post-partum, post abortum,...</p> <p>- symptômes éventuels :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Idem • Prendre en charge des cas référés • Prise en charge spécifique • Assurer la contre référence <p>Examens complémentaires: TEST POST COÏTAL, SPERMOGRAMME, SPERMOCYTOGRAMME, EXAMEN MICROSCOPIQUE DE LA GLAIRE APRES RAPPORT, COURBE DE TEMPERATURE, BIOPSIE DE L'ENDOMETRE, DOSAGE DE PROGESTERONE, HYSTEROSALPINGOGRAPHIE (INSUFFLATION TUBAIRE)...</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Chez la femme douleurs abdominales, écoulement vaginal anormal, pertes de sang anormales... • Chez l'homme : écoulement urétral, douleurs scrotales... <p>Examen physique</p> <p>Pour rechercher</p> <ul style="list-style-type: none"> • Femme : tuméfactions abdominales, douleur, cicatrice, goitre, hirsutisme, anomalie de vulve, vagin, col, glaire, utérus, annexes, suivi de la T° basale pendant 3 à 6 cycles... • Homme : type de pilosité, gynécomastie, cicatrice abdomino-pelvienne, testicules (taille, position, consistance, sensibilité), épидидymes, canaux déférents (varicocèle), écoulement de la verge, hypospadias... • Assurer le traitement étiologique <p>Référer le couple au besoin</p>	
--	--	--	--

VI- SANTE DE LA REPRODUCTION DES ADOLESCENTS ET JEUNES

VI - 1 NORMES

VI-1-1-1 DEFINITION

L'adolescence englobe le groupe d'âge de 10 à 19 ans. Elle est considérée comme étant une période de transition entre l'enfance et l'âge adulte, période pendant laquelle la société ne considère plus l'adolescent comme un enfant sans pour autant lui accorder ni le statut, ni le rôle, ni la fonction d'adulte. Cette période fait intervenir des changements importants d'ordre physiologique, cognitif, social, économique et psychologique.

On entend par jeunes, les individus sortis de l'adolescence et qui ont moins de 25 ans.

VI-1-1-2 BUT

Le but de la prise en charge de la santé reproductive chez l'adolescent est d'améliorer l'état de santé et le bien-être de ce groupe de population afin de parvenir à son plein épanouissement.

VI-1-1-3 OBJECTIF

- Amener les adolescents et les jeunes à adapter des comportements responsables en matière de sexualité et de procréation
- Offrir des services de qualité adaptés aux adolescents et aux jeunes
- Prendre en charge les problèmes psychosociaux et médicaux (IST, grossesse précoce non désirée, avortement, violences sexuelles).

VI-1-1-4 LIEUX DE PRESTATIONS

- Milieu familial
- Communauté
- Etablissements scolaires
- Maisons des jeunes et associations des jeunes (scouts, chorale, groupes sportifs etc....)
- Centres de rééducation des jeunes délinquants, prisons
- Etablissements sanitaires publics et privés
- Organisations religieuses

VI-1-1-5 PRESTATIRES

- Communauté : famille, relais communautaire
- Enseignements/ éducateurs
- IDE, sages femmes et médecins
- Assistants sociaux
- Membres des associations, organisations publiques, privées, confessionnelles œuvrant dans la SRA

VI-1-1-6 MOMENT/PERIODICITE

- A chaque contact avec un adolescent ou un jeune
- à chaque regroupement d'adolescents ou de jeunes,

- en cas de problème social ou de santé chez l'adolescent ou jeune

VI-1-1-7 CIBLES

Tous les adolescents et les jeunes de 10 à 24 ans sans distinction de sexe, de milieu d'origine, de niveau d'instruction.

VI - 2 PROCEDURES PAR NIVEAU ET PAR TYPE D'INTERVENANT

Services	Niveau communautaire	ESPC IDE, sages femmes et médecins	Référence IDE, sages femmes et médecins
1. CCC	<ul style="list-style-type: none"> • Conseiller sur : <ul style="list-style-type: none"> - puberté et sexualité - rapport sexuel trop précoce - grossesse précoce - grossesse non désirée - trouble de la puberté - avortement y compris la loi en vigueur - IST/VIH/sida - violence sexuelle - délinquance juvénile - toxicomanie, suicide - civisme ou éducation civique • Organiser des séances de sensibilisation pour les adolescents/ jeunes scolarisés ou non, les parents, la communauté et les éducateurs en utilisant tous les canaux de communication existants sur le comportement sexuel et social responsable, sur les lois en vigueur... 	<ul style="list-style-type: none"> • Idem 	<ul style="list-style-type: none"> • Idem
2. Prise en charge des grossesses avant l'âge de 18 ans	<p>Devant une adolescente/ jeune présentant une grossesse précoce ou non désirée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aider l'adolescente à surmonter les problèmes éventuels dus aux conséquences possibles de la grossesse sur sa vie future • Informer l'adolescente sur l'importance des soins prénatals 	<p>Devant une adolescente/ jeune présentant une grossesse précoce ou non désirée</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aider l'adolescente à surmonter les problèmes éventuels dus aux conséquences possibles de la grossesse sur sa vie future • Informer l'adolescente sur l'importance des soins prénatals 	<ul style="list-style-type: none"> • Idem • Prendre en charge des cas référés • Prise en charge spécifique • Assurer la contre référence

	<ul style="list-style-type: none"> encourager et référer pour les consultations prénatales. 	<ul style="list-style-type: none"> Effectuer les CPN Référer en cas de nécessité 	
3. Prise en charge des complications d'avortement	Devant une adolescente présentant des complications d'avortement, la référer au centre de santé	Devant une adolescente présentant des complications d'avortement : <ul style="list-style-type: none"> Prendre en charge le cas (voir soins après avortement) Référer en cas de complications. 	<ul style="list-style-type: none"> Idem Prendre en charge des cas référés Prise en charge spécifique Assurer la contre référence
4. Prévention des grossesses non désirées	Devant un groupe de jeunes / adolescents qui fréquentent les centres de jeunesse : <ul style="list-style-type: none"> Informer les adolescents sur : <ul style="list-style-type: none"> les dangers et les complications de l'avortement les conséquences de l'avortement sur leur vie future les modes de prévention de l'avortement la loi en vigueur interdisant l'avortement Conseiller les adolescents sur les méthodes contraceptives adaptées aux jeunes (Abstinence, préservatif, Contraception d'urgence...) et leur mode d'utilisation Distribuer des contraceptifs adaptés aux jeunes/ adolescents en utilisant la liste de contrôle. 	<ul style="list-style-type: none"> Idem 	<ul style="list-style-type: none"> Idem
	<ul style="list-style-type: none"> Informer les sites d'approvisionnement en contraceptifs Adresser au centre de santé si nécessaire 		

<p>5. Prévention et prise en charge de la toxicomanie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conseiller sur la prévention de la toxicomanie /l'alcoolisme devant un groupe d'adolescents ou devant un cas de toxicomanie ou d'alcoolisme • Conseiller et orienter vers les centres sociaux éducatifs et de formation les adolescents à problèmes 	<ul style="list-style-type: none"> • Idem 	<ul style="list-style-type: none"> • Idem • Prendre en charge des cas référés • Prise en charge spécifique • Assurer la contre référence
<p>6. lutte contre les IST / sida</p> <p>Prévention et PEC des IST</p>	<p>Devant un groupe d'adolescents, un couple d'adolescents, fréquentant les maisons des jeunes ou non :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Donner des informations sur les signes, les modes de transmission, les moyens de prévention des IST, sur la prévention des risques de récurrence, de complications et séquelles • Conseiller et démontrer le mode d'utilisation des préservatifs • Encourager les adolescents à se faire soigner dans une formation sanitaire, à notifier leurs partenaires et les référer pour la prise en charge 	<p>Devant un groupe d'adolescents, un couple d'adolescents, fréquentant les maisons des jeunes ou non :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Donner des informations sur les signes, les modes de transmission, les moyens de prévention des IST, sur la prévention des risques de récurrence, de complications et séquelles • Conseiller et démontrer le mode d'utilisation des préservatifs • Encourager les adolescents à se faire soigner et à notifier leurs partenaires • Prendre en charge les cas d'IST en utilisant l'approche syndromique • Référer vers un centre spécialisé au besoin 	<ul style="list-style-type: none"> • Idem • Prendre en charge des cas référés • Prise en charge spécifique • Assurer la contre référence
<p>Prévention et PEC de l'infection à vih / sida</p>	<p>Devant un groupe d'adolescents, un couple d'adolescents, fréquentant les maisons des jeunes ou non :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Donner des informations sur les signes, les modes de transmission, les moyens de prévention du VIH/ sida les avantages du dépistage 	<p>Devant un groupe d'adolescents, un couple d'adolescents, fréquentant les maisons des jeunes ou non :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Donner des informations sur les signes, les modes de transmission, les moyens de prévention du VIH/ sida les avantages du dépistage 	<ul style="list-style-type: none"> • Idem • Prendre en charge des cas référés • Prise en charge spécifique • Assurer la contre référence

	<p>volontaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orienter les plus de 18 ans vers le centre de dépistage • Démontrer le mode d'utilisation des préservatifs et conseiller l'utilisation • Encourager les adolescents à se faire soigner et à notifier leurs partenaires en cas d'IST et de vih+ • Eduquer à conserver la séronégativité 	<p>volontaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orienter les plus de 18 ans vers le centre de dépistage • Démontrer le mode d'utilisation des préservatifs et conseiller l'utilisation • Encourager les adolescents à se faire soigner et à notifier leurs partenaires en cas d'IST et de vih+ • Prendre en charge les infections opportunistes • Traiter aux ARV et assurer le suivi médical • Ou éduquer à garder la séronégativité <p>Référer si nécessaire</p>	
--	---	---	--

VII- LUTTE CONTRE LES VIOLENCES SEXUELLES ET DOMESTIQUES

VII - 1 NORMES

VII-1-1-1 DEFINITION

La Déclaration des Nations Unies sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes (1993) désigne la violence à l'égard des femmes comme "tous actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée". La violence est une violation générale des droits de tout être humain : droit à la vie, à la sécurité, à la dignité et à l'intégrité physique et mentale. On la rencontre aussi bien dans le cadre de la famille (violence conjugale, mutilations sexuelles) que dans la société (viols, agressions et harcèlement sexuel, esclavage domestique, traite des femmes et prostitution forcée).

VII-1-1-2 BUT

Le but est de réduire l'incidence de la violence sexuelle et domestique.

VII-1-1-3 OBJECTIF

- Sensibiliser la communauté sur la prévention et la prise en charge des violences sexuelles et domestiques.
- Contribuer à l'application des sanctions prévues par la loi dans cette situation.
- Veiller à l'humanisation de la prise en charge des victimes par les fonctionnaires de la loi, les agents sociaux et le personnel de santé.
- Réduire l'incidence des IST/ VIH, des grossesses non désirées, d'avortement.
- Assurer la prise en charge médicale des cas de complications et des séquelles.

VII-1-1-4 TYPES DE PRESTATION

- Prévention
- Prise en charge psychologique
- Prise en charge médicale
- Prise en charge médico-légale

VII-1-1-5 LIEUX DE PRESTATIONS

- Communauté, famille, ONG...
- Etablissements sanitaires privés et publics

VII-1-1-6 PRESTATIRES

- IDE, sages femmes et médecins
- Partenaires communautaires (membres des associations féminines, religieux...)
- Les fonctionnaires chargés de l'application de la loi

VII-1-1-7 MOMENT/PERIODICITE

Chaque fois que l'on se trouve devant un cas de violence sexuelle ou domestique

VII-1-1-8 CIBLES

- Femmes, adolescents ou jeunes, enfants et hommes
- Hommes

VII - 2 PROCEDURES PAR NIVEAU ET PAR TYPE D'INTERVENANT

Services	Niveau communautaire	ESPC IDE, sages femmes et médecins	Référence IDE, sages femmes et médecins
1. Prévention et prise en charge psychologique	<ul style="list-style-type: none"> • Donner des Informations et des conseils sur <ul style="list-style-type: none"> - la prévention et la lutte contre les violences sexuelles et domestiques - les lois en vigueur sur la violence sexuelle, les droits de l'homme, de la femme et de l'enfant • Etablir des mesures d'accompagnement : soutien moral continu, faire preuve de confidentialité, discrétion, et de sensibilité • Orienter vers les services concernés (police des mœurs, centre de santé) 	<ul style="list-style-type: none"> • Donner des informations et des conseils sur <ul style="list-style-type: none"> - la prévention et la lutte contre les violences sexuelles et domestiques - les lois en vigueur sur la violence sexuelle, les droits de l'homme, de la femme et de l'enfant • Etablir des mesures d'accompagnement : soutien moral continu, faire preuve de confidentialité, discrétion, et de sensibilité • Orienter vers les services concernés (police des mœurs) • Prévenir et prendre en charge les problèmes possibles 	<ul style="list-style-type: none"> • Idem • Prendre en charge des cas référés • Prise en charge spécifique • Assurer la contre référence

Services	Niveau communautaire	ESPC IDE, sages femmes et médecins	Référence IDE, sages femmes et médecins
2 Prise en charge médicale	<ul style="list-style-type: none"> • Apporter un soutien psychosocial à la victime • Référer les victimes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apporter un soutien psychosocial à la victime • Traiter d'urgence toutes lésions corporelles • Prescrire une contraception d'urgence en cas de viol si 	<ul style="list-style-type: none"> • Idem • Prendre en charge des cas référés • Prise en charge spécifique • Assurer la contre référence

		<p>rapport non protégé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dépister et traiter une IST ou une infection à VIH • Administrer des ARV prophylactiques • Administrer le sérum antitétanique si nécessaire • Effectuer un prélèvement vaginal et cervical pour recherche de germes, de spermatozoïdes en cas de viol • Référer les cas compliqués • Assurer le suivi médical selon le cas 	
--	--	--	--

Services	Niveau communautaire	ESPC IDE, sages femmes et médecins	Référence IDE, sages femmes et médecins
3. Prise en charge médico-légale	<ul style="list-style-type: none"> • Conseiller à la victime de conserver les vêtements tâchés et les remettre à la police en cas de plainte • Déclarer les cas aux autorités compétentes (cette dénonciation est obligatoire s'il s'agit d'une mineure) 	<ul style="list-style-type: none"> • Conseiller à la victime de conserver les vêtements tâchés et les remettre à la police en cas de plainte • Déclarer les cas aux autorités compétentes (cette dénonciation est obligatoire s'il s'agit d'une mineure) • Rédiger un certificat médical <p>Référer si nécessaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Idem • Prendre en charge des cas référés • Prise en charge spécifique • Assurer la contre référence •

VIII- CANCERS GENITAUX ET MAMMAIRES ET LES AUTRES AFFECTIONS DE L'APPAREIL GENITAL FEMININ

VIII - 1 NORMES

VIII-1-1-1 DEFINITION

Le cancer du col utérin est une tumeur maligne qui se développe à la jonction de l'endocol et de l'exocol. L'évolution vers le cancer du col de l'utérus peut être évitée par une prise en charge précoce des lésions précancéreuses apparaissant plusieurs années avant la maladie. Le cancer du sein est une tumeur maligne qui se développe à partir de la glande mammaire.

VIII-1-1-2 BUT

Le but est de réduire l'incidence, la morbidité et la mortalité dues au cancer du sein et au cancer du col utérin, cancers au pronostic redoutable.

VIII-1-1-3 OBJECTIF

- Amener l'individu à adapter des comportements sexuels sains
- Faire un dépistage et un traitement précoce des IST
- Faire un dépistage et un traitement des lésions précancéreuses du col utérin
- Faire un dépistage précoce du cancer du sein
- Prendre en charge les cas de cancer du col dépistés
- Prendre en charge les cas de cancer du sein dépistés

VIII-1-1-4 TYPES DE PRESTATIONS

- Prévention du cancer du sein
- Dépistage par autopalpation des seins et par la mammographie
- Prévention du cancer du col utérin
- Prévention et traitement des IST
- Dépistage des lésions cervicales par Inspection Visuelle utilisant l'acide acétique et/ ou par Inspection Visuelle utilisant le lugol (IVA / IVL)
- Traitement par la cryothérapie
- Prise en charge des cas du cancer du col dépistés
- Prise en charge des cas de cancer du sein dépistés

VIII-1-1-5 LIEUX DE PRESTATIONS

- Communauté : associations, ONG
- Etablissements sanitaires publics et privés

VIII-1-1-6 PRESTATIRES

- Agents communautaires
- IDE, sages femmes et médecins

VIII-1-1-7 MOMENT/PERIODICITE

Tout contact avec la femme.

VIII-1-1-8 CIBLES

La population éligible concerne les femmes de 25 à 65 ans, plus spécifiquement les femmes à risques.

VIII - 2 PROCEDURES PAR NIVEAU ET PAR TYPE D'INTERVENANT

Services	Niveau communautaire	ESPC IDE, sages femmes et médecins	Référence IDE, sages femmes et médecins
1. CCC et prévention	<ul style="list-style-type: none"> • Donner des informations et des conseils sur : <ul style="list-style-type: none"> - l'hygiène de la vie (éviter le tabagisme etc.) - l'hygiène sexuelle : éviter les rapports sexuels précoces, les partenaires multiples, les maternités trop précoces ou trop nombreuses - l'obligation de se faire traiter en cas d'IST ainsi que la notification du ou des partenaires - l'autopalpation des seins - la mammographie • Informer sur les signes d'alerte du cancer du col utérin et du sein • Conseiller <ul style="list-style-type: none"> - le préservatif pour la prévention des IST - la PF - le dépistage précoce du cancer du col utérin - la vaccination contre Papilloma virus - les avantages de l'allaitement - sur les méfaits de l'auto-médication en cas d'IST - sur la prévention et prise en charge des IST 	<ul style="list-style-type: none"> • Idem 	<ul style="list-style-type: none"> • Idem

Services	Niveau communautaire	ESPC IDE, sages femmes et médecins	Référence IDE, sages femmes et médecins
2. dépistage et prise en charge des cas des lésions précancéreuses du col utérin et du cancer dépistés	<ul style="list-style-type: none"> Orienter vers l'établissement sanitaire pour le dépistage 	<ul style="list-style-type: none"> Faire un dépistage systématique chez toute femme par inspection visuelle, en utilisant l'acide acétique ou le lugol (IVA /IVL) ou par FCV Référer les cas de lésions précancéreuses 	<ul style="list-style-type: none"> Faire un dépistage systématique chez toute femme par inspection visuelle, en utilisant l'acide acétique ou le lugol (IVA /IVL) Effectuer un frottis de dépistage ou une biopsie pour un examen cytologique si nécessaire Traiter les lésions précancéreuses Faire un traitement chirurgical des cas de cancer avérés diagnostiqués Procéder à la chimiothérapie et/ ou radiothérapie selon les cas Assurer un suivi médical et un soutien psychologique Faire un contrôle régulier Assurer la contre référence
3. dépistage et prise en charge des cas de cancer du sein	<ul style="list-style-type: none"> Orienter vers la FS pour le dépistage et la prise en charge 	<ul style="list-style-type: none"> Confirmer la suspicion de cancer du sein et orienter vers le niveau supérieur pour prise en charge 	<ul style="list-style-type: none"> Faire une mammographie et assurer la prise en charge correcte par un traitement chirurgical des cas diagnostiqués complétés par la chimiothérapie et/ ou radiothérapie Assurer un suivi médical et un soutien psychologique Faire un contrôle régulier.

IX- SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES HOMMES

IX - 1 NORMES

IX-1-1-1 DEFINITION

Par santé sexuelle et reproductive des hommes, on entend celle des sujets de sexe masculin âgés de plus de 24 ans et de moins de 60 ans.

IX-1-1-2 BUT

Le but de la prise en charge de la santé sexuelle et reproductive chez les hommes est la prévention pour leur santé physique, mentale et sociale et son implication sur la vie familiale.

IX-1-1-3 OBJECTIF

- Amener les hommes à adopter des comportements responsables en matière de sexualité et de procréation
- Offrir des services de qualité adaptés aux hommes
- Prendre en charge les problèmes psychosociaux et médicaux des hommes en termes de santé sexuelle et reproductive

IX-1-1-4 LIEUX DE PRESTATIONS

- Milieu familial
- Communauté
- Etablissements sanitaires publics et privés
- Organisations religieuses

IX-1-1-5 PRESTATIRES

- Membres de la famille
- Agent communautaire
- Psychologue, sexologue
- Personnel de santé
- Membres des associations, organisations publiques, privées, confessionnelles

IX-1-1-6 MOMENT/PERIODICITE

- A la demande

IX-1-1-7 CIBLES

Tous les hommes qui en ont besoin sans distinction de milieu d'origine ou de niveau d'instruction.

IX - 2 PROCEDURES PAR NIVEAU ET PAR TYPE D'INTERVENANT

Services	Niveau communautaire	ESPC IDE, sages femmes et médecins	Référence IDE, sages femmes et médecins
1. CCC	<ul style="list-style-type: none"> • conseiller sur : <ul style="list-style-type: none"> - l'éducation sexuelle - les pratiques traditionnelles néfastes - la prévention des grossesses non désirées et des mariages précoces - les violences domestiques - l'implication des hommes dans la planification familiale et la prévention des IST/Sida - la prévention de l'infertilité 	<ul style="list-style-type: none"> • Idem 	<ul style="list-style-type: none"> • Idem
2. Prise en charge des pathologies		<p>Les soins portent sur les affections et plus particulièrement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le traitement des infections du tractus génito-urinaire - la consultation pré-nuptiale 	<ul style="list-style-type: none"> • Idem • Prendre en charge des cas référés • Prise en charge spécifique • Assurer la contre référence

X- SANTE SEXUELLE DES PERSONNES DU 3^{ème} AGE

X - 1 NORMES

X-1-1-1 DEFINITION

Les personnes du 3^{ème} âge sont les individus de 60 ans et plus.

X-1-1-2 BUT

Le but de la prise en charge de la santé sexuelle des personnes du 3^{ème} âge est la prévention pour leur santé physique, mentale et sociale et leur implication sur la vie familiale.

X-1-1-3 OBJECTIF

- Offrir des services de qualité adaptés aux personnes du 3^{ème} âge
- Prendre en charge les problèmes psychosociaux et médicaux des personnes du 3^{ème} âge en ce qui concerne leur santé sexuelle

X-1-1-4 LIEUX DE PRESTATIONS

- Milieu familial
- Communauté
- Etablissements sanitaires publics et privés

X-1-1-5 PRESTATIRES

- Membres de la famille
- Agent communautaire
- Psychologue, sexologue,
- Personnel de santé
- Membres des associations, organisations publiques.

X-1-1-6 MOMENT/PERIODICITE

- A la demande

X-1-1-7 CIBLES

Toutes les personnes du 3^{ème} âge qui en ont besoin sans distinction de milieu d'origine ou de niveau d'instruction.

X - 2 PROCEDURES PAR NIVEAU ET PAR TYPE D'INTERVENANT

Services	Niveau communautaire	ESPC IDE, sages femmes et médecins	Référence IDE, sages femmes et médecins
1. CCC	<ul style="list-style-type: none"> • Conseiller sur : <ul style="list-style-type: none"> - les pratiques traditionnelles néfastes - les violences domestiques - l'implication des personnes dans la PF et la prévention des IST/sida 	<ul style="list-style-type: none"> • Conseiller sur : <ul style="list-style-type: none"> - les pratiques traditionnelles néfastes - les violences domestiques - l'implication des personnes dans la planification familiale et la prévention des IST/Sida • informer sur les pathologies des organes génitaux liées spécifiques au 3^{ème} âge aussi bien chez les hommes que chez les femmes 	<ul style="list-style-type: none"> • Idem
2. Dépistage		<ul style="list-style-type: none"> • Dépister les cancers du col utérin et du cancer du sein • Diagnostiquer précocement des cancers de l'appareil génital masculin 	<ul style="list-style-type: none"> • Idem
3. Prise en charge des pathologies diagnostiquées		<p>Les soins portent sur les affections et plus particulièrement sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le traitement des pathologies de l'appareil génital • la prise en charge psycho-sociale • la prise en charge andrologique • la prise en charge de la ménopause 	<p>Les soins portent sur les affections et plus particulièrement sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le traitement des pathologies de l'appareil génital - la prise en charge psycho-sociale - la prise en charge andrologique - la prise en charge de la ménopause - les cancers (prostate, sein, col utérin, endomètre, testicule)

XI - SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES GROUPES VULNERABLES

XI - 1 NORMES

XI-1-1-1 DEFINITION

Les personnes vulnérables sont celles qui sont menacées dans leur autonomie, leur dignité ou leur intégrité, physique ou psychique. La vulnérabilité peut résulter de l'âge, de la maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse. Les catégories de personnes présentées comme vulnérables peuvent varier selon le contexte. Sont habituellement considérés comme personnes vulnérables "les ressortissants étrangers, les enfants, les personnes souffrant d'un handicap mental ou émotionnel, au sens large du terme, les handicapés physiques ou personnes atteintes de maladies physiques, les mères ou pères de jeunes enfants, les illettrés, les déscolarisés, les prisonniers, les réfugiés et demandeurs d'asile, les alcooliques et toxicomanes."

XI-1-1-2 BUT

Le but de la prise en charge de la santé sexuelle et reproductive chez les personnes marginalisées est la prévention et le traitement de leur santé physique, mentale et sociale.

XI-1-1-3 OBJECTIF

- Amener les personnes vulnérables à adopter des comportements responsables en matière de sexualité et de procréation
- Offrir des services de qualité adaptés à ces personnes
- Prendre en charge les problèmes psychosociaux et médicaux des personnes vulnérables en termes de santé sexuelle et reproductive

XI-1-1-4 LIEUX DE PRESTATIONS

- Milieu familial
- Communauté (prisons, camps de réfugiés ...)
- Etablissements sanitaires publics et privés
- Organisations religieuses

XI-1-1-5 PRESTATIRES

- Membres de la famille
- Agent communautaire
- Psychologue, sexologue, psychiatre
- Personnel de santé
- Membres des associations, organisations publiques, privées, confessionnelles

XI-1-1-6 MOMENT/PERIODICITE

- A la demande

XI-1-1-7 CIBLES

Toutes les personnes qui en ont besoin sans distinction de milieu d'origine, de sexe ou de niveau d'instruction.

XI - 2 PROCEDURES PAR NIVEAU ET PAR TYPE D'INTERVENANT

Services	Niveau communautaire	ESPC IDE, sages femmes et médecins	Référence IDE, sages femmes et médecins
1. CCC	<ul style="list-style-type: none"> • Conseiller sur : <ul style="list-style-type: none"> - l'éducation sexuelle - les pratiques traditionnelles néfastes - la prévention des grossesses non désirées et des mariages précoces - les violences domestiques - l'implication des hommes dans la planification familiale et la prévention des IST/Sida - la prévention de l'infertilité 	<ul style="list-style-type: none"> • Idem 	<ul style="list-style-type: none"> • Idem
2. Prise en charge des pathologies		<p>Les soins portent sur les affections et plus particulièrement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le traitement des infections du tractus génito-urinaire - la consultation pré-nuptiale 	<p>Les soins portent sur les affections et plus particulièrement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le traitement des infections du tractus génito-urinaire - le traitement de l'infertilité - la consultation pré-nuptiale - les dysfonctionnements sexuels et les pathologies (y compris l'adénome et le cancer de la prostate)

DEUXIEME PARTIE :
LES EQUIPEMENTS TECHNIQUES,
LES MEDICAMENTS ET LES CONSOMMABLES

I - MATERNITE A MOINDRE RISQUE

I-1 EQUIPEMENTS

I-1-1 BLOC OPÉRATOIRE

Scialytique
Lavabo chirurgical
Autoclave vertical
Table d'opération
Chariot à instruments
Assistant muet
Aspirateur chirurgical
Brancard sur roulettes
Bistouri électrique
barrières de protection (lunettes, tablier, bottes, bavettes)
Linge (champs)
Escabeau
moniteur multi paramètre
table d'anesthésie plus respirateur
table de réanimation néonatale
chariot d'urgence
Registre de compte rendu opératoire
Linge (casaques, champs, tabliers, bottes, bavettes)
Cardiotocographe

I-1-2 SALLE D'ACCOUCHEMENT

Lits de pré travail
Table d'accouchements
Divan d'examen
Négatoscope
Lampe d'examen
Détecteur de pouls fœtal
Echographe
Aspirateur trachéal manuel
Aspirateur électrique
Table de réanimation néonatale
Chariot de soins
Stéthoscope de Pinard
Registre d'accouchement avec partogramme

I-2 INSTRUMENTS BLOC OPERATOIRE ET SALLE D'ACCOUCHEMENT

Boîte d'accouchement simple
-2 pinces de Kocher, 14 cm, droites, à griffes
- 1 paire de ciseaux droits mousse/mousse de 14 cm
- 1 clamp à cordon ombilical de Collin, 8,5 cm
- 1 sonde urinaire métallique
-1 pince à rompre
Boîte de suture d'épisiotomie
Boîte inox comprenant:
- 2 pinces de Kocher, 14 cm, droites, à griffes
- 1 paire de ciseaux droits mousse/mousse de 14 cm
- 1 porte-aiguille Mayo-Hegar, 16 cm.
- 1 pince à disséquer 14 cm
Ventouse obstétricale
Boîte d'AMIU
1 boîte inox 32 x 15 x 6 cm
1 valve a poids
- 1 spéculum de Collin 35
- 1 pince à pansements de 25 cm de Maier
- matériel d'AMIU
- 1 pince à faux germes
- 1 hystéromètre de Sims
- 2 curettes tranchantes
- 2 curettes mousses
2 pinces de Pozzi
1 pince a faux germes
Boîte petite chirurgie vaginale
Boîte inox, contenant:
- 1 porte-aiguille Mayo-Hégar 18 cm
- 1 ciseaux Mayo courbe 14 cm
- 1 paire de valve de Doyen 90 x 45 mm
- 1 pince Kocher avec griffes droite 14 cm
- 1 pince de dissection sans griffes 18 cm
- 1 pince de dissection avec griffes 18 cm
- 1 pince en coeur 18 cm
- 4 pinces à champs de Backauss 9 cm
- 1 Pince faux germes
Boîte de Césarienne
1 Boîte inox 40 x 16 x 7.5cm
- 6 pinces à champs de Backhauss 14 cm
- 6 pinces de Kocher droite 16 cm
- 1 pince à disséquer à griffes 14 cm
- 1 pince à disséquer sans griffe 14 cm
- 1 pince à disséquer sans griffe 20 cm
- 1 pince à disséquer à griffe 20 cm

- 1 paire de ciseaux droits mousse 14 cm
- 1 paire de ciseaux droits mousse 20 cm
- 1 écarteur abdominal de Gosset
- 2 écarteurs de Farabeuf 15 cm
- 2 pinces en coeur 16 cm
- 4 pinces de Terrier 12 cm
- 4 pinces de Halstead droites
- 4 pinces de Halstead courbes
- 2 pince de J.L. Faure à griffes
- 1 pince hystérolable de Dartigues
- 1 porte aiguille de Mayo-Hegar 15 cm
- 1 manche de bistouri n° 4 + 5 lames n°22
Valve sus pubienne
Boîte de laparotomie et GEU
1 boîte inox 40 x 16 x 7.5 cm
-1 manche de bistouri n°4 + 5 lames 22
- 1 pince porte tampon de Forester droite 21cm
- 1 pince de Faure à griffes
- 2 pinces anatomiques 18 cm (Bengolea courbe)
- 2 pinces à dissection 18 cm
- 1 pince de Pauchet lane
- 1 pince de Duval 20 cm
- 2 paire de ciseaux de Mayo droite 23 cm
- 1 pince de Chéron coudée 25 cm
- 4 pinces de Backhaus 14 cm
- 1 Ecarteur de Gosset (grand modèle)
- 1 canule aspiratrice de Yankauer
- 4 pinces de Chaput
- 1 écarteur abdominal de Doyen
1 paire de ciseau mousse
Boîte d'hystérectomie
- 1 boîte inox 40 x 16 x 7.5 cm
- 6 pinces de Kocher droites 20 cm
- 6 pinces de Leriche droites à griffes
- 3 pinces en coeur 16 cm
- 1 pince de Pozzi
- 4 pinces de J.L.Faure à griffes
- 4 pinces de Bengolea (2 courbes, 2 droites)
- 1 pince anatomique 20 cm sans griffe
- 1 porte aiguille de Mayo Hégar 20 cm
- 2 pinces de Duval 20 cm
- 2 pinces intestinales de Doyen courbes
- 2 pinces de Chaput 13 cm
- 6 fixes champs de Backhauss 14 cm
- 1 paire de ciseaux de Mayo courbe 17 cm
- 1 paire de ciseaux de Metzembbaum droite 23 cm
- 1 paires d'écarteurs de Farabeuf 15 cm
- 1 écarteur abdominal de Richard + valve
- 1 valve de Doyen

- 1 Spatule abdominale
- 1 manche de bistouri n° 4
- 1 pince porte tampon de Forester droite 21cm
Boîte à Pansement
Boîte inox 21 x 10 x 3 cm
- 1 Pince à disséquer A.G 14cm
- 1 Pince de Kocher droite A.G 14 cm
- 1 Pince hémostatique Péan 14cm
- 1 paire de ciseaux courbes à pointe mousse 14 cm

I-3 KITS ET AUTRES MEDICAMENTS

Kit d'accouchement
2 ocytocine 5 UI
1 Clamp ombilical
1 Bande Velpeau 7 cm
3 paires de gants chirurgicaux stériles 7,5
10 gants d'examen non stérile
2 Compresse stérile 40 X 40 P/ 5
2 Seringue 10 cc + aiguille
1 Sonde d'aspiration N° 6 ou 8
1 Vitamine K1 injectable
Kit de césarienne
2 Amoxicilline 1gramme injectable
3 Vicryl n°1
2 Vicryl 0
2 Vicryl 2/0
1 Vitamine K1 injectable
sonde d'aspiration n 6 ou 8
1 Cathéter 18 gauges
1 Perfuseur
2 Seringue 10 cc + aiguille
1 Sonde de Foley n° 16
1 Lame d bistouri 23mm
6 ocytocine
10 Compresse stérile 40 X 40 P/ 5
1 Bande adhésive
7 Gant chirurgical stérile 7,5
1 Poche à urine
1 PVD iodé Rouge 125 ml
1 PVD iodé jaune 125 ml
Rachianesthésie
3 SSI 500 cc
1 Norcuron
2 Valium 10 mg

2 Atropine 0,25
1 Célestène 4 mg inj
1 Canule de Guedel
1 Perfalgan
1 Diprivan
1 Fentanyl
Kit d'épisiotomie
1 Lidocaïne inj 2% 20 ml
1 Seringue 10 cc + aiguille
2 Compresse stérile 40 X 40 P/ 5
1 paire de gants chirurgicaux stériles 7,5
2 Vicryl 2/0
1 polyvidone iodé jaune
Kit de laparotomie+ GEU
2 Céphalosporine 1g injectable
2 Atropine sulfate 0, 25 mg
1 Cathéter g 18
2 Fil à peau
5 paires de gants chirurgicaux stériles (7,5 , 8)
1 Gélatine 500 cc
10 Compresse stérile 40 X 40 P/ 5
1 polyvidone iodé rouge 125 ml
1 polyvidone iodé jaune 125 ml
1 Bande adhésive
1 Lame de bistouri numéro 23
1 Poche à urine
1 Sonde de Foley n° 14
1 Seringue 10 cc + aiguille
2 Vicryl 0
2 Vicryl n°1
3 Vicryl 2/0
Kit de curetage
2 Amoxicilline 1g inj
1 Cathéter 18 gauges
2 paires de gants chirurgicaux stériles 7,5
2 Compresses stérile 40 X 40 P/ 5
1 polyvidone iodé jaune 125 ml
1 Seringue 10 cc + aiguille
3 ocytocine
Kit de déchirure périnéale complète et incomplète + déchirure cervicale
2 Amoxicilline 1g inj
1 Cathéter g 18
4 paires de gants chirurgicaux stériles 7,5
2 Compresse stérile 40 X 40 P/ 5
1 polyvidone iodé jaune 125 ml
1 Lame d bistouri numéro 23
1 gélatine

1 Perfuseur
1 Poche à urine 2l
1 Seringue 10 cc + aiguille
2 SSI 0,9 % 500 cc
1 Sonde de Foley n° 14
2 Vicryl 0
2 Vicryl n°1
Kit de révision utérine et/ou délivrance artificielle avec anesthésie générale
1 Cathéter g 18
1 Gant de révision utérine
4 paires de gants chirurgicaux stériles 7,5
1 Perfuseur
1 Seringue 10 cc + aiguille
1 Seringue 20 cc + aiguille
1 SSI 0,9 % 500 cc
6 Ocytocine 5 U.I
2 Thiopental 500 mg
1 Valium 10 mg injectable
Kit de révision utérine sans anesthésie générale
1 Cathéter 18 gauges
1 paire de gants de révision utérine
1 Perfuseur
1 Seringue 10 cc + aiguille
1 Valium 10mg injectable
4 ocytocine 5 UI
Kit de médicaments d'urgence
6 Ocytocine 5 UI
1 Cathéter G 18
1 Geloplasma
1 Perfuseur
2 SSI
Seringue 10cc
Kit d'éclampsie
1SSI
1 Sulfate de magnésie 2g
2 Sulfate de magnésie 5g
1 Intranule G18
1 Perfuseur
1 Loxen injectable 10mg
Antibiotiques
Amoxicilline
Ampicilline
Benzylpénicilline (= pénicilline G)
Céfazoline

Cetriaxone
Netromycine
Erythromycine
Gentamicine
Kanamycine
Métronidazole
Triméthorpine/sulfaméthoxazole
Amoxicilline + acide clavulanique
Corticocoides
Bétaméthazone
Dexaméthazone
Hydrocortisone
Solution IV
Ringer lactate
Sérum physiologique
Colloïdes
Solution de glucose (à 5%, 10%)
Anticonvulsants
Diazépam
Phénytoïne
Sulfate de magnésium
Phénobarbital lyophilisé
Antihypertenseurs
Alpha methyl dopa
Hydralazine
Labétalol
Nifédipine
Nicardipine injectables et comprimés
Ocytociques
15 métyl prostaglandine F2a
Ergométrine
Méthylergométrine
Misoprostol
Ocytocine
Prostaglandine E2
Analgésiques
Morphine injectable
Paracétamol injectable
Péthidine
Kétoprofène
Sédatifs
Diazépam (Valium)

Antipaludiques
Artémether
Artésunate
Dichlorhydrate de quinine
Sulfadoxine/pyriméthamine
Sulfate de quinine
Tocolytiques
Indométacine
Nifédipine
Salbutamol
Terbutaline
Médicaments utiles pour les urgences
Aminophylline
Digoxine
Ephedrine
Epinéphrine
Furosémide
Gluconate de calcium
Naloxone
Prednisolone
Prednisone
Sulfate d'atropine
Antispasmodiques
Autres
Acide folique
Anatoxine tétanique
Antitoxine tétanique
Citrate de sodium
Fumarate ferreux
Héparine de bas poids moléculaire
Héparine sodique ou calcique
Sérum antitétanique
Sulfate ferreux
Vitamine K1

II - PTME DU VIH/SIDA

II - 1 EQUIPEMENTS

Mini centrifugeuse de paillasse
Micropipette variable 50 à 200 µl
Portoir pour micropipette
Réfrigérateur à 2 compartiments
Incinérateur d'aiguille (destructeur d'aiguilles usagées)
Tabouret vissant
Fauteuil de prélèvement

II - 2 MEDICAMENTS ET AUTRES MATERIELS

Anti retroviraux
Zidovudine 300mg, 100mg, 250 mg, 50mg/ml, 10mg/ml
Stavudine 15mg, 20mg,30mg, 40m, 5mg/5ml
Lamivudine 150mg, 50mg/5ml
Nevirapine 200mg, 50mg/ml
Saquinavir 200mg
Ritonavir 100mg, 400mg/5ml
Indinavir 200mg, 333mg, 400mg
Nelfinavir 250mg, 50mg/g
Lopinavir + ritonavir 133.3mg+33.3mg, 400mg+100mg/5ml
Petit matériel
Minuteur mécanique
Portoir pour tubes à essai
Bac à javel
Garrot
Réactifs
Génie 2
Determine HIV
Consommables
Sparadrap micropore
Tubes EDTA
Tubes secs
Aiguilles de prélèvement 21 ou 22 G
Microtube (cryotube à vis)
Cône universel jaune
Pasteurette polyéthylène
Portoir pour cryotubes (boîte de stockage)
Container à aiguille (boîte jaune)
Corps vacutainer (adaptateur d'aiguille)
Javel
Ethanol
Coton
Compresse non stérile
Gants non stériles

III - PLANIFICATION FAMILIALE

III - 1 MEDICAMENTS ET AUTRES PRODUITS

Contraceptifs oraux
Ethinylestradiol + levonorgestrel 30 microgrammes + 150 microgrammes
Levonorgestrel 30 microgrammes, 750 microgrammes, 1,5 mg
Ethinylestradiol + norethisterone 35 microgrammes +1,0 mg
Injectables
Medroxyprogesterone acetate 150mg/ml
Norethisterone enanthate 200mg/ml
Dispositif Intra Utérin
Cooper T 380 A
Préservatifs
Condom masculin
Condom féminin
Consommables
Seringue 2ml avec aiguille
Gants d'examen non stérile
Implants
Norplant
Jadelle
Spermicides
neoshampoo
Contraception d'urgence
Norlevo
Postinor

III - 2 EQUIPEMENTS ET MATERIELS

Equipements
1 table d'examen
Lampe d'examen
Carnet de rendez-vous
Registre de consultation
Matériel
Boite d'insertion et retrait de DIU
Boite d'insertion et retrait du norplant
IST
IST
Ceftriaxone 400 mg
Amoxicilline 250; 500 mg ou 200 mg/5ml
Doxycycline 100 mg

Erythromycine 250 mg, 125 mg, 500 mg
Metronidazole 200mg, 500 mg, 1g
Fluconazole 50 mg, 2m/ml, 50mg/ml
Procaine benzylpenicilline 1g, 3g
Traitement des infections opportunistes
Sulfamethoxazole + trimethoprim 100mg+20 mg, 400mg+80 mg, 200mg+40mg/5ml, 80mg+16mg/ml

IV - MATERIEL D'INFORMATION SANITAIRE

Ordinateur
Imprimante
Matériel d'archivage (registre de consultations, fiches de consultation.....)

V - ANESTHESIE ET REANIMATION

DESIGNATION	Présentation	Niveau pyramide sanitaire
Thiopental	Amp 500	3 et 2
Kétamine	Amp 250	3 et 2
Propofol	Amp 200	3 et 2
Midazolam	Amp 5	3 et 2
CURARES		
Vécuronium	Amp 4mg	3 et 2
Suxaméthonium	Amp 100mg	3
ADJUVANTS		
Atropine	Amp 0,5	3, 2, 1
VOLATILES		
Isoflurane	Fl 250	3 et 2
Halothane	Fl 250	3 et 2
Sevoflurane	Fl 250	3 et 2
Oxygène	QSP	
Protoxyde d'azote	QSP	
ANALGESIQUES		
MORPHINIQUES		
Morphine base	Amp 10	3
Fentanyl	Amp 10	3 et 2
Sufentanyl	Amp 10	3
Alfentanyl	Amp 10	3
Remifentanyl	Amp 5	3
MOPHINOMIMETIQUES		
Tramadol	Amp 100	3 et 2
Nefopam	Amp 20	3 et 2
ANTALGIQUES ET AINS		
Kétoprofène injectable IV	Amp 100	3, 2, 1

Paracetamol Injectable IV	Amp 1g	3, 2, 1
MATERIEL DE PRISE DE VOIE VEINEUSE		
Intranule ou cathéter périphérique court	QSP	3, 2, 1
Perfuseur	QSP	3, 2, 1
Ringer	Fl	3, 2, 1
SGI	Fl	3, 2, 1
SSI	Fl	3, 2, 1
Macromolécule	Fl	3, 2, 1
Antiseptique type Bétadine jaune	Fl 125	3, 2, 1
Antiseptique type Bétadine rouge	Fl 125	3, 2, 1
Gants propres	unités	3, 2, 1
Sparadraps	QSP	3, 2, 1
Compresses 40X40	Paquet 10	3, 2, 1
Seringues 10 cc		3, 2, 1
MATERIEL D'INTUBATION ET DE VENTILATION		
Sonde d'intubation avec ballonnet (6,5 ; 7; 7,5)	QSP	3, 2
Masque Laryngé (3 et 4)	QSP	3
Canule de Guedel	QSP	3, 2
Laryngoscope avec 4 lames +ampoules de rechange	QSP	3,2
Mandrin-guide d'intubation	QSP	3,2
Pince de Magill	QSP	3,2
Masque facial de ventilation transparent	QSP	3,2
tuyau d'oxygénation en silicone de 2 mètres	QSP	3,2
valve d'anesthésie type Ruben	QSP	3,2
Respirateur d'anesthésie	QSP	3,2
Chariot d'anesthésie mobile avec tiroirs de rangement	QSP	3,2
Sonde D'aspiration 12; 14	QSP	3,2, 1
Aspirateur électrique	QSP	3,2, 1
Masque à oxygène	QSP	3,2, 1
Lunettes à oxygène	QSP	3,2, 1
	QSP	
MATERIEL DE MONITORAGE D'AU MOINS 4 PARAMETRES (FC, ECG, TA ,SPO2)		
	QSP	
PRODUITS DE REANIMATION AU BLOC OPERATOIRE		
	QSP	3,2
Prostigmine	QSP	
Naloxone	QSP	
Adrénaline	QSP	
Corticoides	QSP	
Colloïdes et cristalloïdes	QSP	
Ephédrine	QSP	
	QSP	
KIT DE RACHIANESTHESIE		
	QSP	
Intranule G18 ou 20	QSP	
Perfuseur	QSP	
3 SSI 500ml	QSP	

2 RL500ml	QSP	
1seringue 2cc	QSP	
2 seringues 10cc	QSP	
1 seringue 5cc	QSP	
Aiguille de rachi anesthésie 25 a 27G	QSP	
Bupivacaine 0,5 amp de 5ml	QSP	
Lidocaine 1% 5ml		
Atropine 0,5%		
2 amp d'Ephédrine 0,3%		
Compresses steriles 40/40		
1 paire de gants steriles		

VI - IST/VIH/SIDA

Produits	ESPC	HG	CHR, CHU
Equipements			
Mini centrifugeuse		1	1
Micropipette variable 50 à 200 µl		1	1
Portoir pour micropipette		1	1
Portoir pour micropipette		1	1
Réfrigérateur à 2 compartiments		1	1
Destructeur d'aiguilles	1	1	1
Tabouret vissant		1	1
Compteur de CD4		1	1
Fauteuil de prélèvement		1	1
Anti-Rétroviraux			
Zidovudine		X	X
Stavudine		X	X
Lamivudine		X	X
Nevirapine	X	X	X
Saquinavir		X	X
Ritonavir		X	X
Indinavir		X	X
Lopinavir+ritonavir		X	X
Nelfinavir		X	X
Petit matériel			
Minuteur mécanique		1	1
Portoir pour tube à essai	1	1	1
Garrot	1	1	1
Bac à javel	1	1	1

Réactifs			
Genie 2		1	1
Determine		1	1
Consommables			
Sparadrap	1	1	1
Tube EDTA	1	1	1
Tubes secs	1	1	1
Aiguilles de prélèvement 20/21 ou 22 G	1	1	1
Microtube		1	1
Cône universel jaune		1	1
Pasteurette polyéthylène		1	1
Boite de stockage pour cryotubes		1	1
Container à aiguille	1/200	1/200	1/200
Corps vacutainer	1	1	1
Javel	1	1	1
Ethanol	1/25	1/25	1/25
Compresse non stérile	2	2	2
Paire de gants non stériles	1	1	1
Préservatif			
Condom masculin	1	1	1
Condom féminin	1	1	1
IST			
Ceftriaxone 400	1	1	1
Amoxiciline 200 à 500	1	1	1
Doxycycline	1	1	1
Erythromycine 250, 125, 500	1	1	1
Metronidazole 200, 500, 1 g	1	1	1
Fluconazole 50 mg,	1	1	1
Procaine benzylpenicilline 1 g, 3g	1	1	1
Nitrate d'argent collyre	1	1	1
Infections opportunistes			
Cotrimoxazole	1/jour	1/jour	1/jour

VII - PEDIATRIE

VII - 1 SONU

VII - 1 . 1 NIVEAU I : Etablissements sanitaires de premier contact (ESPC)

	QUANTITE
EQUIPEMENTS	
Table chauffante	01
Aspirateur de mucosité portatif à pédale	02
Bombonne d'oxygène	01
Ambu manuel pour ventilation	02
Masques faciaux en kit (000, 00, 0)	01
MEDICAMENTS	
Vitamine K1 ampoule	01
Glucosé 10% en flacon	01
Collyre	01
Diazépam	01 ampoule
Vaccin : BCG, Polio 0	PM
PETIT MATERIEL	
Bracelets d'identification	01
Gants propres	02 04 paires
Gants stériles	01
Cathéters court (intranule n° G24)	02
Seringues 5 ml + aiguille stérile	01
Perfuseur stérile	01
Seringue 10 ml + aiguille stérile	01
Champs propres	01
Clamps ombilicaux	01
Stéthoscope adapté au nouveau-né	01/centre
Flacon de bandelette réactive pour détection glycémie	01/centre
Pèse-bébé	01/centre
Mètre ruban	01/centre
Toise	01/centre
Antiseptique non iodé	1 litre/centre/semaine
Compresse stériles	1 P. compresse
Bandes	bandes 2
Sparadrap Perforé hypoallergénique	01 rouleau/centre/semaine
Ciseaux	02/Centre
Sonde de gavage n°6	01
Sonde d'aspiration n°8	01

VII - 1 . 2 NIVEAU II: CHR /HG

	QUANTITE
EQUIPEMENTS	
Table de réanimation avec chronomètre incorporé	01/centre
Matériel d'aspiration mobile à intensité réglable	02/centre
Source d'oxygène avec débitmètre	04/centre

Ventilateur manuel	02/centre
Boîte d'intubation complète	01/centre
Masques faciaux en kit (000, 00, 0)	01
MEDICAMENTS	
Glucosé 10% en flacon	01
Calcium ampoules de 10 ml	01
Bicarbonate 42 pour 1000 en ampoule de 10 ml	01
Vitamine K1	01
Collyre antiseptique	01
Diazépam	1 ampoule
Amoxicilline injectable	1 ampoule
Aminoside Injectable	1 ampoule
Vaccin : BCG, Polio 0	PM
Adrénaline	½ 1 ampoule
PETIT MATERIEL	
Sonde de gavage n°6	01
Sonde d'aspiration n°8	01
Sonde d'aspiration n°10	01
Bracelets d'identification	01
Gants propres	04
Gants stériles	02
Cathéters court (intranule n° G24)	02
Cathéters ombilical (n° 3,5)	02
Seringues 5 ml + aiguille stérile	02
Perfuseur stérile	01
Seringue 10 ml + aiguille stérile	02
Champs propres	01
Clamps ombilicaux	01
Stéthoscope adapté au nouveau-né	03/centre
Flacon de bandelette réactive pour détection glycémie	01/centre
Pèse-bébé	01/centre
Mètre ruban	01/centre
Toise	01/centre
Antiseptique non iodé	03 litres/semaine
Compresses stériles	01/centre
Bandes	01/centre
Sparadrap Perforé hypoallergénique	01 rouleau/centre/semaine
Aiguilles et robinets à 3 voies	01
Tubes de prélèvement	05
Plateau à cathétérisme ombilical*	02/centre
• Plateau	01
• Ciseau	01
• Sonde cannelée	01
• Fil de suture	01
• Pince à griffe	01
• Pince sans griffe	01
• Porte aiguille	01
• Lame de bistouri	01
• Pince hémostatique droite	01
• Pince hémostatique courbe	01

VII - 1 . 3 NIVEAU III: CHU/INSTITUTS

SALLE DE NAISSANCE		QUANTITE
- EQUIPEMENTS		
Table de réanimation avec chronomètre incorporé.		03/centre
Aspiration :		
- Source de vide + manomètre d'intensité réglable		03/centre
- Aspirateur mobile d'intensité réglable		03/ centre
- Flacon de rinçage stérile		03/ centre
Sonde d'aspiration n°6		01
Sonde d'aspiration n°8		01
Sonde d'aspiration n°10		01
Oxygénation et ventilation :		
➤ Source d'oxygène avec mano détendeur et un barboteur		03/centre
➤ Ventilateur manuel (Ambu pédiatrique) avec masque nouveau-né circulaire (3 tailles : 000, 00, 0)		03/centre
➤ Boîte d'intubation avec :		01/centre
✓ Laryngoscope + piles et ampoules de rechange		
✓ Lames droite (n°0 , 1) et courbe (n°0 , 1)		
✓ Pince de Magill enfant		
✓ Sondes d'intubation 2,5 ; 3 et 3,5		
✓ Slip joint (adaptateur universel du tube à l'Ambu)		
✓ Canule de Guedel (00, 0, 1)		
✓ Raccord de Beaufile		
✓ Sondes d'aspiration trachéale (Taille n°6, 8)		
✓ Sondes d'aspiration naso-pharyngée (Taille n° 8, 10)		
-	NIVEAU	QUANTITE
- MEDICAMENTS		
Glucosé 10% en flacon		01
Glucosé 5% en flacon de 100 ml		01
Calcium ampoules de 10 ml		01
Bicarbonate 42 pour 1000 en ampoule de 10 ml		01
Vitamine K1		01
Collyre antiseptique		01
Diazépam		01
Amoxicilline injectable		01
Aminoside (Amikacine) injectable		01
Ceftriaxone		01
Adrénaline	SM	01
Glucagon		02/centre
Hémisuccinate d'hydrocortisone		01
Flacon dosette de sérum physiologique		01
Gardenal		
Cathéters court (intranule n° G24)	SF	02
Seringues 5 ml + aiguille stérile	SM	02

Perfuseur stérile		01
Seringue 10 ml + aiguille stérile	SF	02
Aiguille		01
Robinet à 3 voies		01
Plateau à cathétérisme ombilical*	SF	02/centre
• Plateau		01
• Ciseau		01
• Sonde cannelée		01
• Fil de suture		01
• Pince à griffe		01
• Pince sans griffe		01
• Porte aiguille		01
• Lame de bistouri		01
• Pince hémostatique droite		01
• Pince hémostatique courbe		01
Vicryl 2/0		
Sonde gastrique n°6		01
Sonde d'aspiration n°8		01
Sonde d'aspiration n°10		01
Petit matériel		
Bracelets d'identification		01
Gants propres		04
Gants stériles		02
Cathéters court (intranule n° G24)		02
Cathéters ombilical (n° 3,5)		02
Seringues 5 ml + aiguille stérile		02
Perfuseur stérile		01
Seringue 10 ml + aiguille stérile		02
Champs propres		01
Clamps ombilicaux		01
Stéthoscope adapté au nouveau-né		03/centre
Flacon de bandelette réactive pour détection glycémie		01/centre
Pèse-bébé		01/centre
Mètre ruban		01/centre
Toise		01/centre
Antiseptique non iodé		03 litres/semaine
Compresses stériles		01/centre
Bandes		01/centre
Sparadrap Perforé hypoallergénique		01 rouleau/centre/s emaine
Aiguilles et robinets à 3 voies		01
Tubes de prélèvement		05
EN NEONATOLOGIE*		
- EQUIPEMENTS		
Incubateurs fermés (couveuses)		10/centre
Table de réanimation avec chronomètre incorporé.		03/centre
Aspiration :		
- Source de vide + manomètre d'intensité réglable		03/centre
- Aspirateur mobile d'intensité réglable		03/ centre
- Flacon de rinçage stérile		03/ centre

Sonde d'aspiration n°6		01
Sonde d'aspiration n°8		01
Sonde d'aspiration n°10		01
Lampes de photothérapie		06/centre
Moniteur multiparamétriques (T°, ECG, Saturation en O2, Fréquence respiratoire)		
Pousse seringue électrique à 2 voies		05/centre
Pompe électrique à perfusion		05/centre
Perfuseurs de précision		05/ centre
Enceinte de HOOD		04/centre
Bilirubinomètre transcutanée		02/centre
Hémoglobinomètre		02/centre
Glucomètre + boîtes de bandelettes adaptées		02/centre
Tire-lait électrique		01/centre
Tire-lait manuel		01/centre
Boîte d'intubation complète comme en salle de naissance		01/centre
1 respirateur enfant type « Babylog »		02/centre
- MEDICAMENTS		
Caféine		
Glucosé 10% en flacon		05
Glucosé 5% en flacon de 100 ml		05
Sodium amp 10%		05
Potassium amp 10%		05
Calcium ampoules de 10 ml		05
Bicarbonate 42 pour 1000 en ampoule de 10 ml		02
Vitamine K1		03
Collyre antiseptique		01
Diazépam		03
Amoxicilline injectable		07
Aminoside (Amikacine) injectable		07
Ceftriaxone		07
Adrénaline		01
Glucagon		02/centre
Hémisuccinate d'hydrocortisone		01
Flacon dosette de sérum physiologique		01
Gardenal		
Furosémide		
Caféine		
Albumine 20% flacon de 100 ml		01
Acide folique		01
Vitamine A		01
PETIT MATERIEL		
Gants propres		04
Gants stériles		02
Cathéters court (intranule n° G24)		10
Cathéters court (intranule n° G22)		05
Cathéters ombilical (n° 3,5)		02
Seringues 5 ml + aiguille stérile		02
Perfuseur stérile		01
Seringue 10 ml + aiguille stérile		02
Champs propres		01
Clamps ombilicaux		02/Centre/semai

		nes
Stéthoscope adapté au nouveau-né		03/centre
Flacon de bandelette réactive pour détection glycémie		01/centre
Pèse-bébé		01/pavillon
Mètre ruban		01/pavillon
Toise		01/pavillon
Antiseptique non iodé		03 litres/semaine/p avillon
Compresses stériles		05 paquets de 10
Bandes		01/centre
Sparadrap Perforé hypoallergénique		01 rouleau/centre/s emaine
Aiguilles et robinets à 3 voies		01
Tubes de prélèvement		05
Alcool 60°		02 litres/semaines/ pavillon
Plateau à cathétérisme ombilical*		02/centre
• Plateau		01
• Ciseau		01
• Sonde cannelée		01
• Fil de suture		01
• Pince à griffe		01
• Pince sans griffe		01
• Porte aiguille		01
• Lame de bistouri		01
• Pince hémostatique droite		01
• Pince hémostatique courbe		01
Aiguille et Robinets à 3 voies		02
Tubes de prélèvement		30
Sonde gastrique n°6		03
Coton (1kg)		02/pavillon/sem aines
Vicryl 2/0		02

VII - 2 PCIMNE (ESPC)

	Quantité
Equipements	
Filtre à eau avec jeu de bougies	01/centres
Médicaments	
SRO	03
Amoxicilline	01
Amoxicilline + Acide clavulanique	01
Artésunate + Amodiaquine	01
Arthéméther + Luméfantrine	01
Fer	01
Vitamine A	01/02
Paracétamol	05
Mebendazole ou Albendazole	01

Tétracycline collyre	01
Violet de gentiane/ Bleu de méthylène	01
Quinine injectable IM	01
Zinc	01
Lait F100	01
Lait F75	01
BP 100	01
BP5	01
CSB	01
Chloramphénicol injectable IM	01

VII - 3 PTME (VIH/SIDA)

	Quantité
EQUIPEMENT	
Tests de dépistage (détermine, génie 2)	
Tubes à prélèvement	
Centrifugeuse	
Seringue Baxa	
MEDICAMENTS	
Névirapine	01
AZT	01
Cotrimoxazole	01
Lait de remplacement	16

TROISIEME PARTIE : LES PROTOCOLES

I - GESTION ACTIVE DE LA TROISIEME PHASE DU TRAVAIL

Le fait de prendre activement en charge le troisième stade du travail (délivrance assistée) aide à prévenir une hémorragie du post-partum. La prise en charge active du troisième stade du travail consiste à :

- administrer de l'ocytocine à la patiente immédiatement après l'accouchement ;
- exercer une traction contrôlée du cordon
- masser l'utérus.

ADMINISTRATION D'OCYTOCINE

• Dans la minute qui suit l'accouchement, palper l'abdomen de la mère pour écarter l'éventualité d'un autre bébé et administrer 10 unités d'ocytocine en IM.



• On recommande d'utiliser de l'ocytocine parce qu'elle fait effet 2 à 3 minutes après l'injection, que ses effets secondaires sont minimes et qu'on peut en donner à toutes les femmes.

Si l'établissement n'a pas d'ocytocine, injecter 0,2 mg d'ergométrine (Méthergin *) en IM ou utiliser des prostaglandines. S'assurer qu'il n'y a pas d'autre fœtus avant d'injecter ces médicaments.

NB : Ne pas donner d'ergométrine aux femmes drépanocytaires, aux femmes atteintes de pré éclampsie, d'éclampsie ou d'hypertension artérielle. L'ergométrine accroît le risque de convulsions et d'accidents vasculaires cérébraux chez les femmes hypertendues et accroît le risque de crise vaso-occlusive chez les drépanocytaires.

TRACTION CONTROLEE DU CORDON OMBILICAL

• Clamper le cordon à proximité du périnée en utilisant une pince porte tampons. Maintenir le cordon et la pince dans une main.

• Placer l'autre main juste au-dessus du pubis de la patiente et stabiliser l'utérus en exerçant une légère pression vers le haut pendant que de la main qui tient la pince on exerce une traction mesurée sur le cordon. La contre traction ainsi exercée refoule le fond utérin et contribue à éviter une inversion de l'utérus.

• Maintenir une légère tension sur le cordon et attendre une forte contraction de l'utérus (2 à 3 min).

• Lorsque **l'utérus s'arrondit** ou que le **cordons'allonge**, tirer très doucement sur le cordon, en direction du bas, pour extraire le placenta. Ne pas attendre que du sang gicle pour exercer une traction sur le cordon. De l'autre main, maintenir la pression vers le haut.



- **Si le placenta ne descend pas** dans les 30 à 40 secondes qui suivent la traction mesurée sur le cordon (c'est-à-dire, s'il n'y a pas de signe de décollement du placenta), cesser de tirer sur le cordon. Tenir délicatement le cordon et attendre une nouvelle contraction utérine. Si nécessaire, déplacer la pince pour clamber le cordon plus près du périnée au fur et à mesure qu'il s'allonge. A la contraction suivante, renouveler la traction contrôlée du cordon en maintenant la pression vers le haut par la main sus pubienne.

NB : Ne jamais exercer de traction sur le cordon (tirer) sans exercer simultanément, avec l'autre main, une contre traction (pousser vers le haut) au-dessus de l'os pubien.

- Pendant l'expulsion du placenta, les membranes peuvent se déchirer. Prendre le placenta avec les deux mains et le faire tourner délicatement jusqu'à ce que les membranes soient enroulées sur elles-mêmes.

- Tirer lentement pour parachever la délivrance.

- Si **les membranes se déchirent**, examiner avec délicatesse la partie supérieure du vagin et du col avec des gants désinfectés et utiliser une pince porte tampons pour retirer tous les débris de membranes.

- Examiner soigneusement le placenta pour être sûr qu'il est complet. S'il manque une partie de la surface maternelle ou si les membranes qui contiennent des vaisseaux sont déchirées, envisager la possibilité d'une rétention placentaire partielle. Dans ce cas, faire une révision utérine et une injection d'ocytocine.

- En cas d'**inversion utérine** (utérus retourné en doigt de gant), repositionner immédiatement l'utérus.

- Si **le cordon est arraché**, il faut procéder à une délivrance artificielle suivie d'injection d'ocytocine.

Attention : ne pas faire de traction intempestive du cordon car risque d'arrachement du cordon et d'hémorragie de la délivrance

MASSAGE UTERIN

- Masser immédiatement le fond utérin à travers la paroi abdominale jusqu'à ce que l'utérus se contracte.



- Renouveler le massage utérin toutes les 15 minutes pendant les 2 premières heures.
- Faire participer la patiente au massage de l'utérus
- S'assurer que l'utérus ne se relâche pas (utérus mou) quand on interrompt le massage utérin.

EXAMEN DES LESIONS

- Examiner soigneusement la patiente et procéder, le cas échéant, à la réparation des déchirures cervicales ou vaginales ou de l'épisiotomie.
- Examiner le vagin et le périnée pour détecter les lésions.

II - PARTOGRAMME

II - 1 DEFINITION

Le partogramme est un outil destiné à la surveillance et à la conduite du travail. Il sert de système d'alarme précoce autorisant la mise en œuvre des mesures nécessaires.

II - 2 PRESENTATION DU PARTOGRAMME DE L'OMS

Nom	Geste	Parité	Numéro de dossier
Date d'admission	Heure d'admission	Rupture des membranes	heures
Bruits du cœur fœtal Liquide amniotique Chevauchement Col (cm) [Tracer un X] Descente de la tête [Tracer un O] Nombre d'heures Heure			
Contractions par 10 minutes Unités d'ocytocine par litre Gouttes par minute Médicaments prescrits et liquides IV Pouls et TA Temp en C° Urine { protéinurie, cétone, volume			

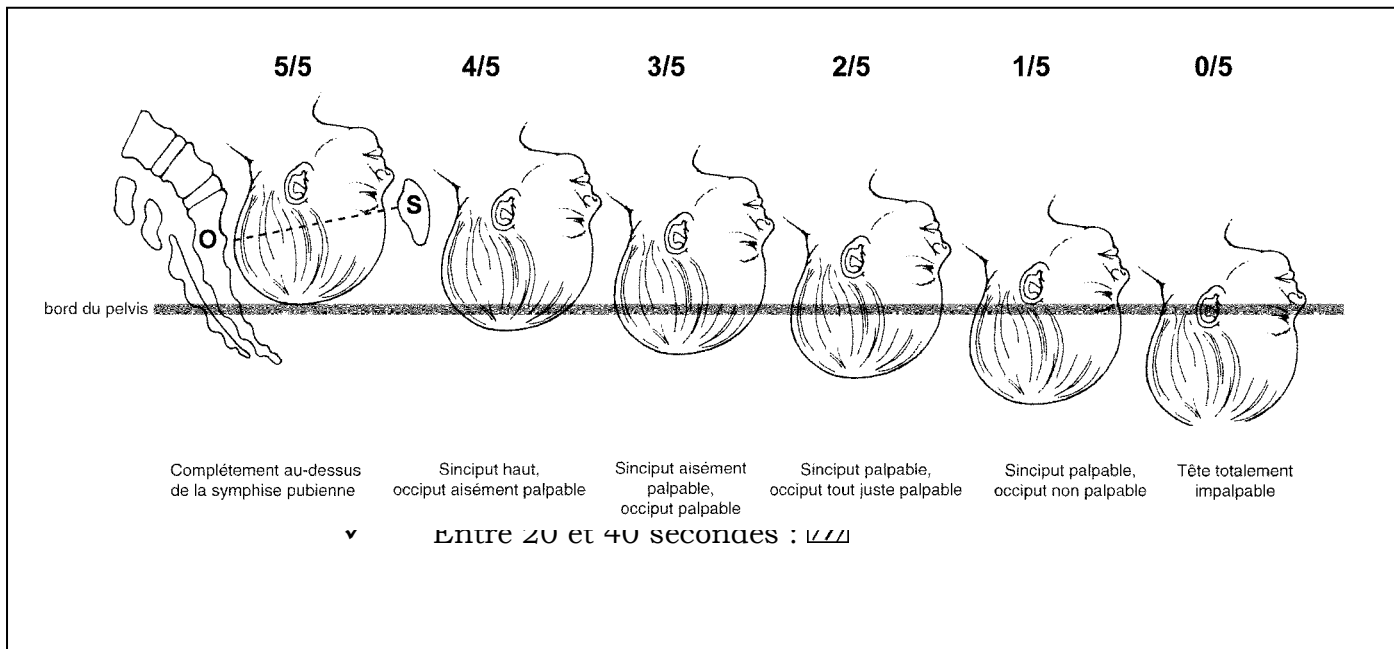
II - 3 TRACE DU PARTOGRAMME

- Les points sur la ligne verticale représentent la dilatation cervicale en centimètre,
- Les points sur la ligne horizontale représentent les heures de travail.
- Le nouveau partogramme débute à partir de la phase active.
- La phase active va de 4 cm à 10 cm (dilatation complète).

II - 3 . 1 UTILISATION DU PARTOGRAMME

- Information sur la patiente : nom, geste, pare, numéro du dossier/hôpital, date et heure d'admission, et moment de rupture des membranes
- Rythme cardiaque fœtal : noter toutes les demi-heures

- Liquide amniotique : noter la couleur lors de chaque examen vaginal :
 - ✓ I : membranes intactes
 - ✓ C : rupture des membranes, liquide clair
 - ✓ M : liquide teinté de méconium
 - ✓ S : liquide teinté de sang
- Modelage de la tête fœtale :
 - ✓ 1 : sutures apposées
 - ✓ 2 : sutures qui se chevauchent mais chevauchement réductible
 - ✓ 3 : sutures qui se chevauchent mais chevauchement irréductible
- Dilatation du col : évaluer à chaque toucher vaginal, marquer d'une croix (X)
- Ligne d'alerte : segment prenant son origine à 4 cm de la dilatation et se terminant au point où la dilatation est complète, à raison d'une progression de 1 cm par heure
- Ligne d'action : parallèle à la ligne d'alerte, 4 h plus à droite. Si la dilatation n'évolue pas tel que mentionné ci-dessus, il faut intervenir
- Descente évaluée à la palpation abdominale : concerne la partie de la tête (divisée en 5 parties) palpable au-dessus de la symphyse pubienne ; la marquer d'un cercle (O) à chaque toucher vaginal. A 0/5, le sinciput (S) est au niveau de la symphyse pubienne.



- Nombre d'heures : durée écoulée depuis le début de la phase active du travail (observée ou extrapolée)
- Heure: 1'heure au moment de l'examen
- Nombre de contractions : toutes les demi-heures ; déterminer à la palpation le nombre de contractions en 10 minutes et noter leur durée en secondes
- Moins de 20 secondes : ▨▨▨
- Entre 20 et 40 secondes : ▨▨▨
- Plus de 40 secondes : ▨▨▨

- Ocytocine : noter la quantité administrée par volume de liquide perfusé, en gouttes/mn toutes les 30 minutes, si utilisée
- Médicaments : noter tout apport médicamenteux
- Température : noter toutes les 2 heures
- Pouls : noter toutes les 30 minutes et marquer d'un point (•)
- Tension artérielle : mesurer toutes les 4 heures et indiquer avec des flèches
- Urine : quantité de protéine, d'acétone et volume : noter à chaque miction

NB:

- Aucune intervention n'est nécessaire pendant la phase de latence (nécessité d'une surveillance).
- A la ligne d'action de la phase active, envisager : mise en place d'une perfusion d'ocytocine (niveau 2), césarienne ou observation et traitement de soutien
- La courbe de dilatation cervicale ne traverse pas la ligne d'action lorsque le travail est normal.

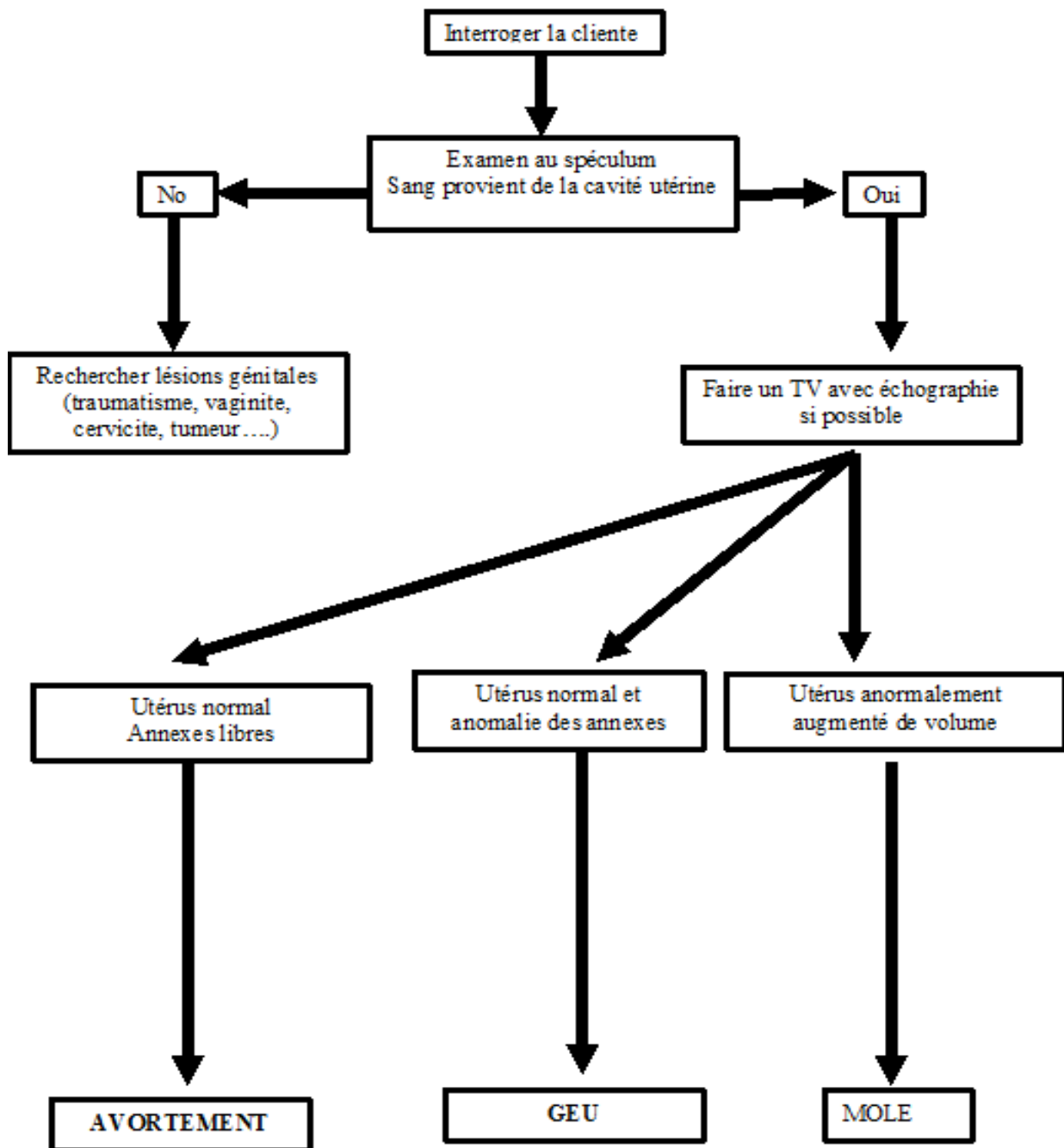
II - 3 . 2 LES ANOMALIES DECELEES A L'AIDE DU PARTOGRAMME

- Dystocie de démarrage
- Ralentissement du travail
- Souffrance fœtale aiguë
- Disproportion fœto-pelvienne

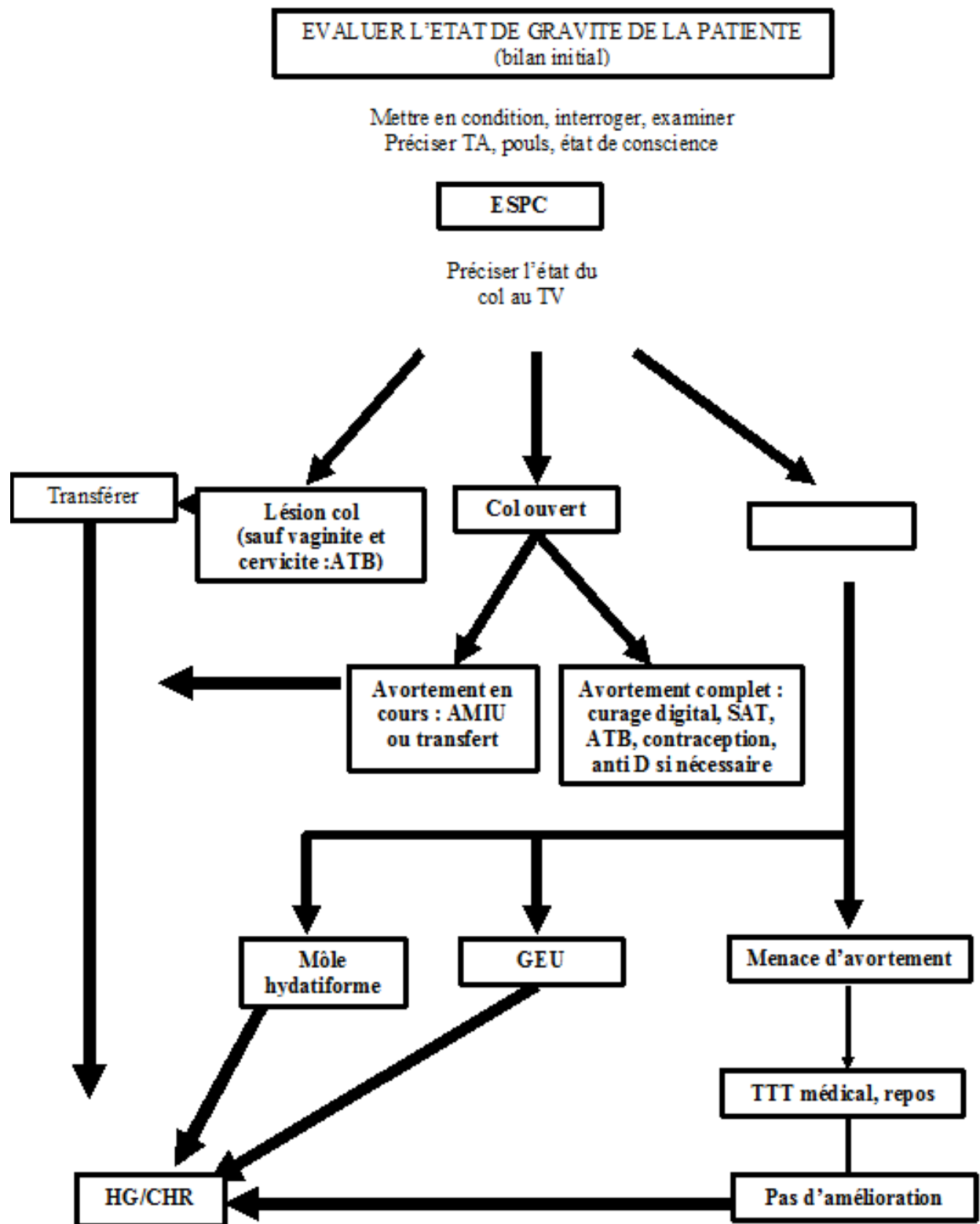
II - 3 . 3 ACTIONS POSSIBLES

Rupture artificielle des membranes, antispasmodiques, perfusion d'ocytocique, césarienne.

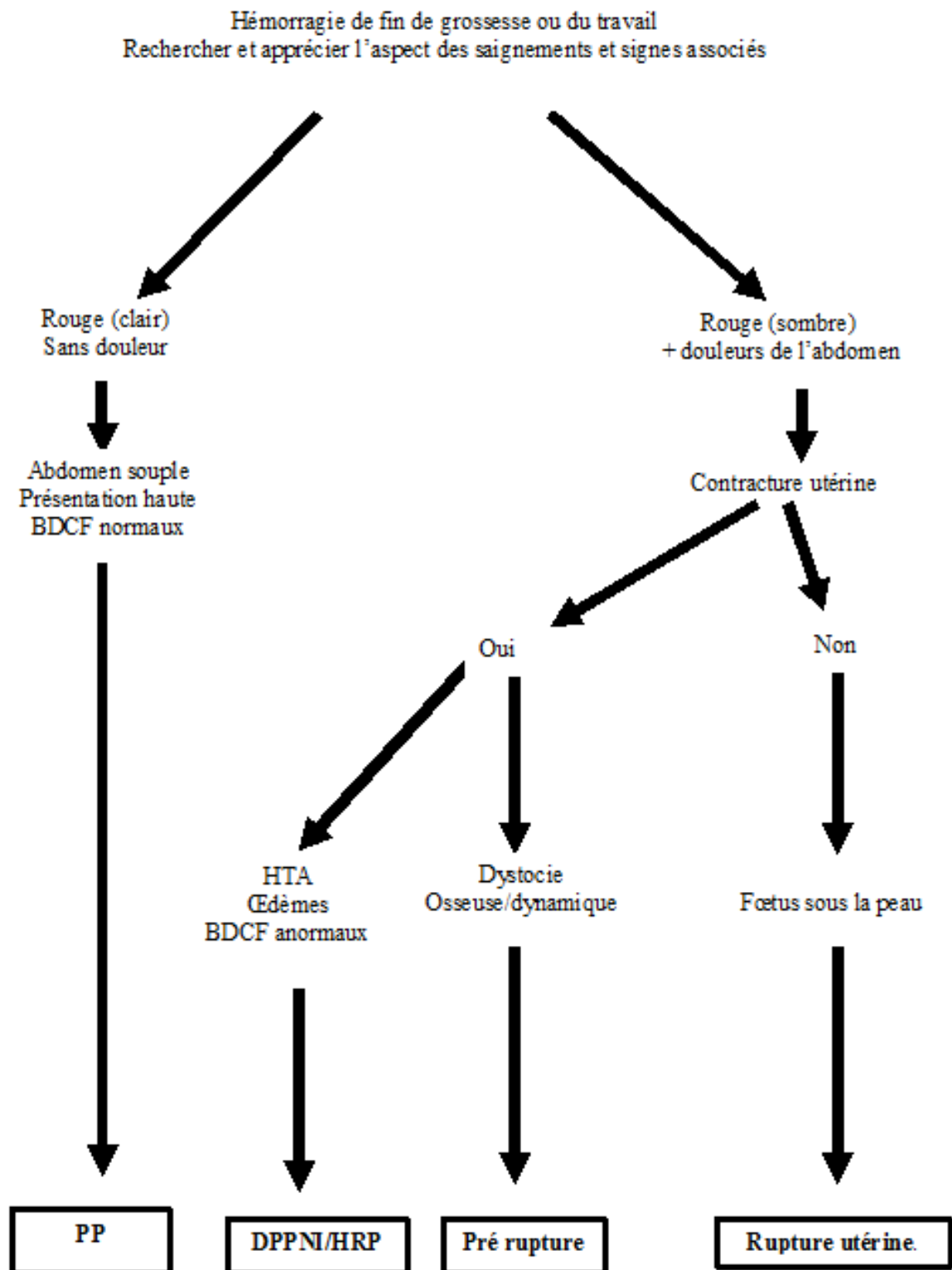
III - DIAGNOSTIC DE L'HEMORRAGIE DE DEBUT DE GROSSESSE



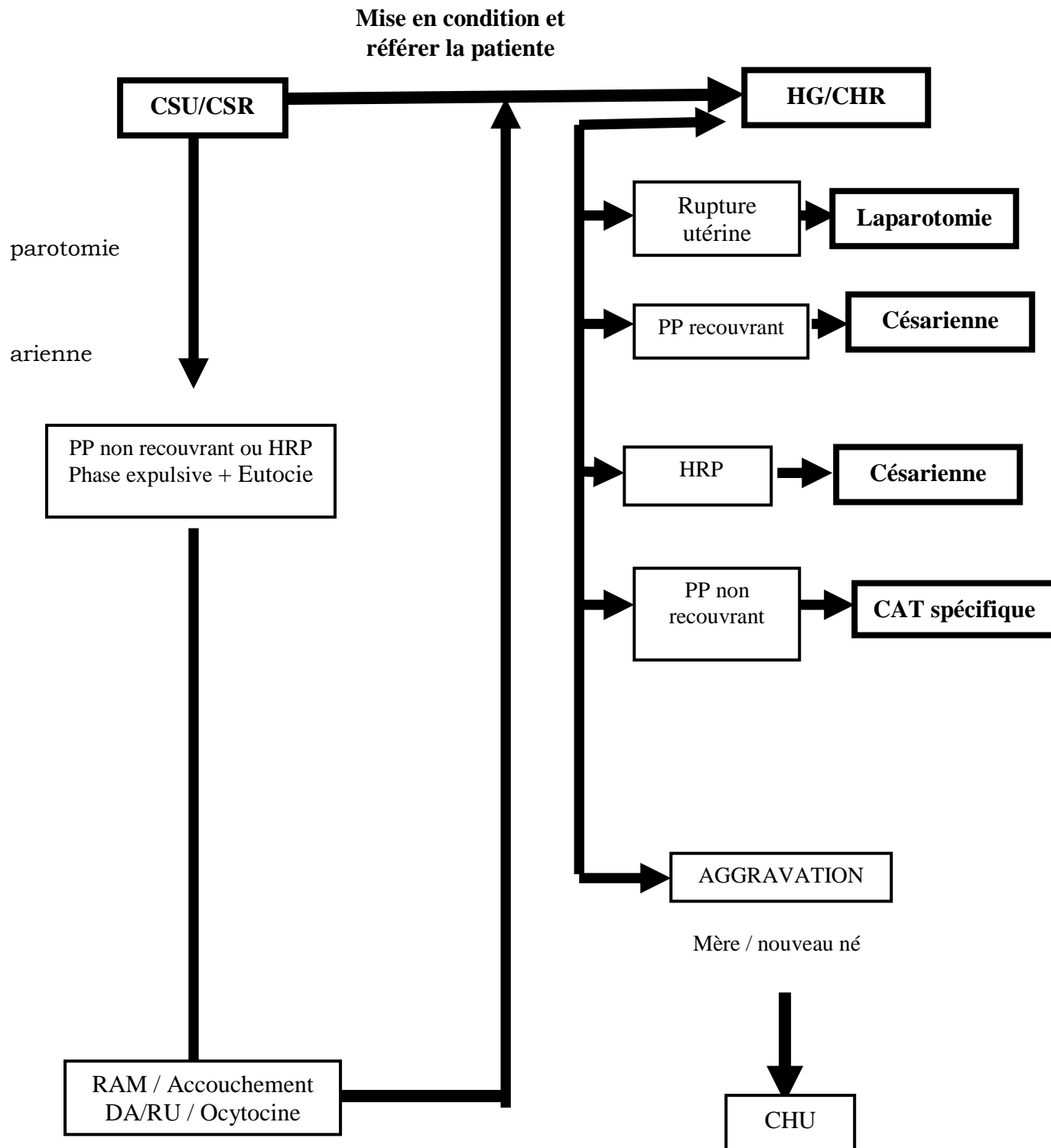
IV - CAT DEVANT UNE HEMORRAGIE DE DEBUT DE GROSSESSE



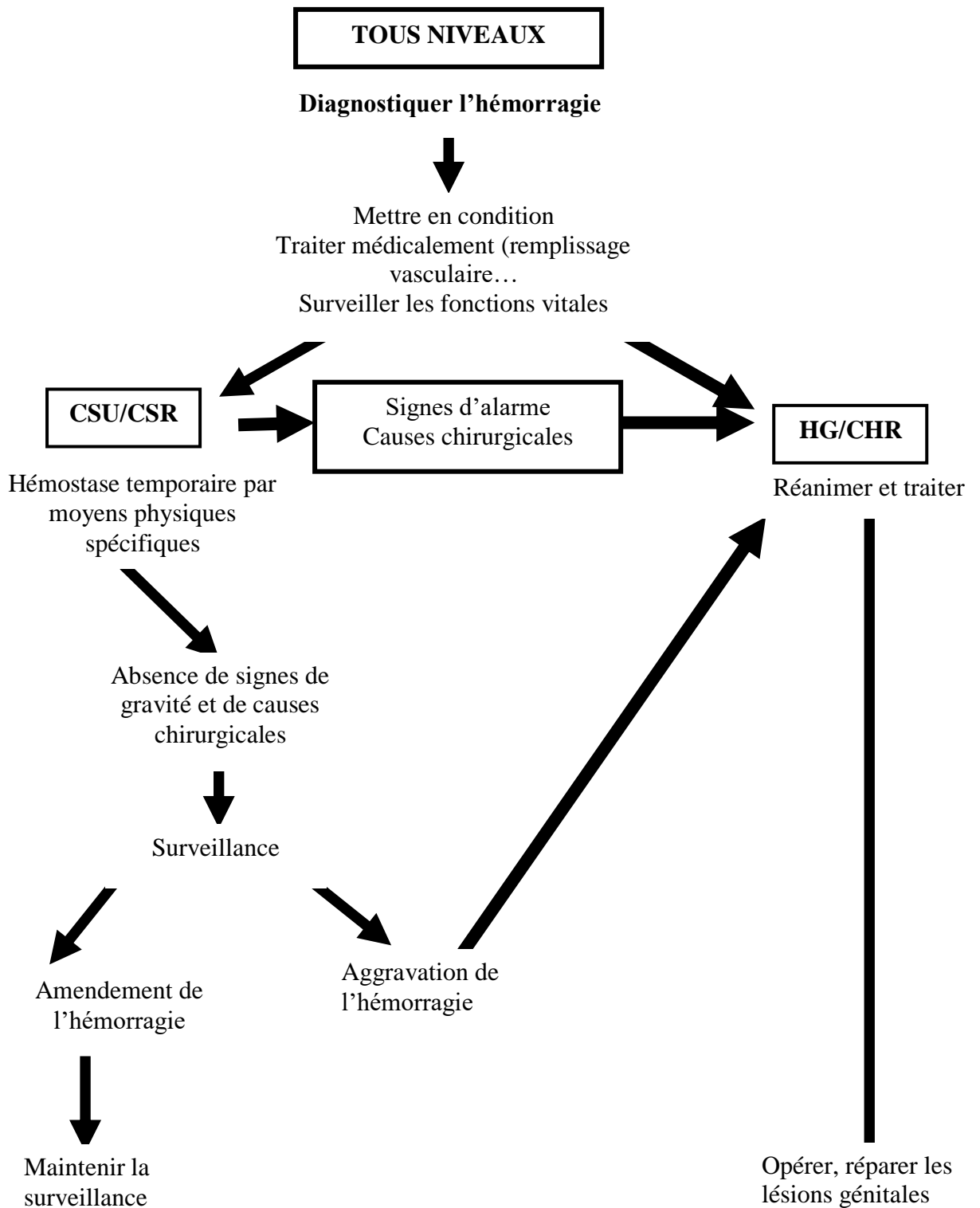
V - DIAGNOSTIC DE L'HEMORRAGIE EN FIN DE GROSSESSE OU DU TRAVAIL



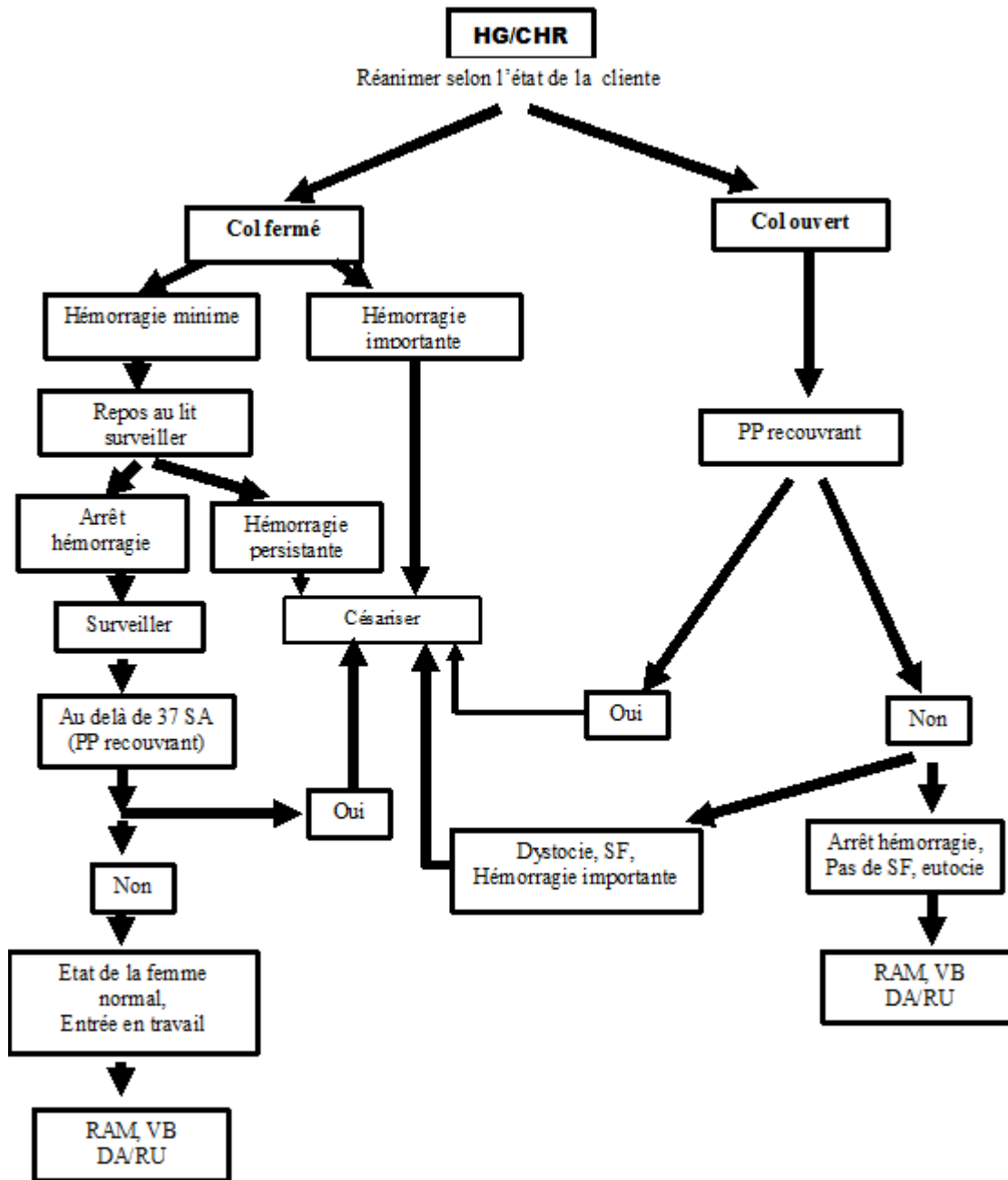
VI - CAT DEVANT UNE HEMORRAGIE EN FIN DE GROSSESSE OU DU TRAVAIL



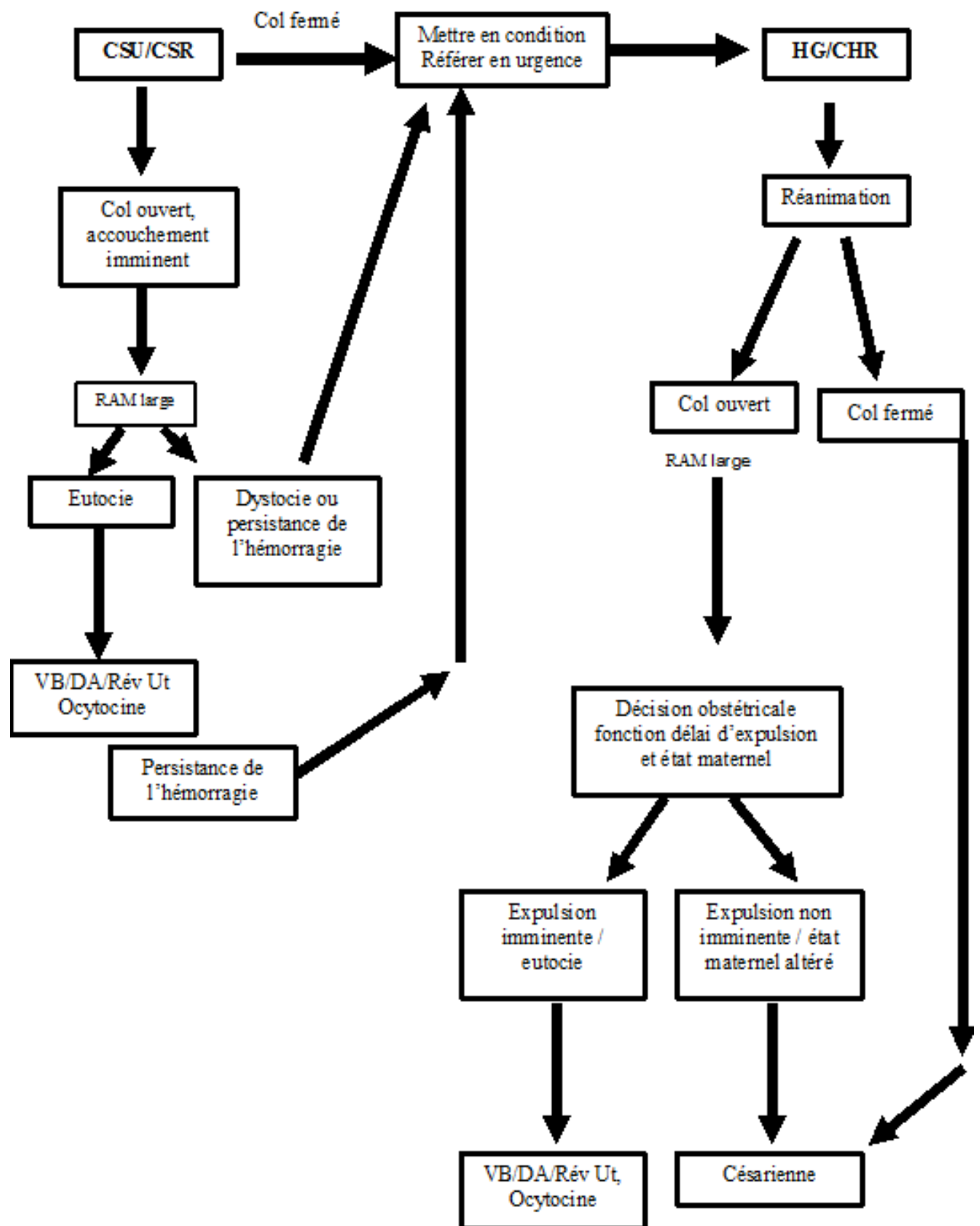
VII - CAT GENERALE DEVANT UNE HEMORRAGIE



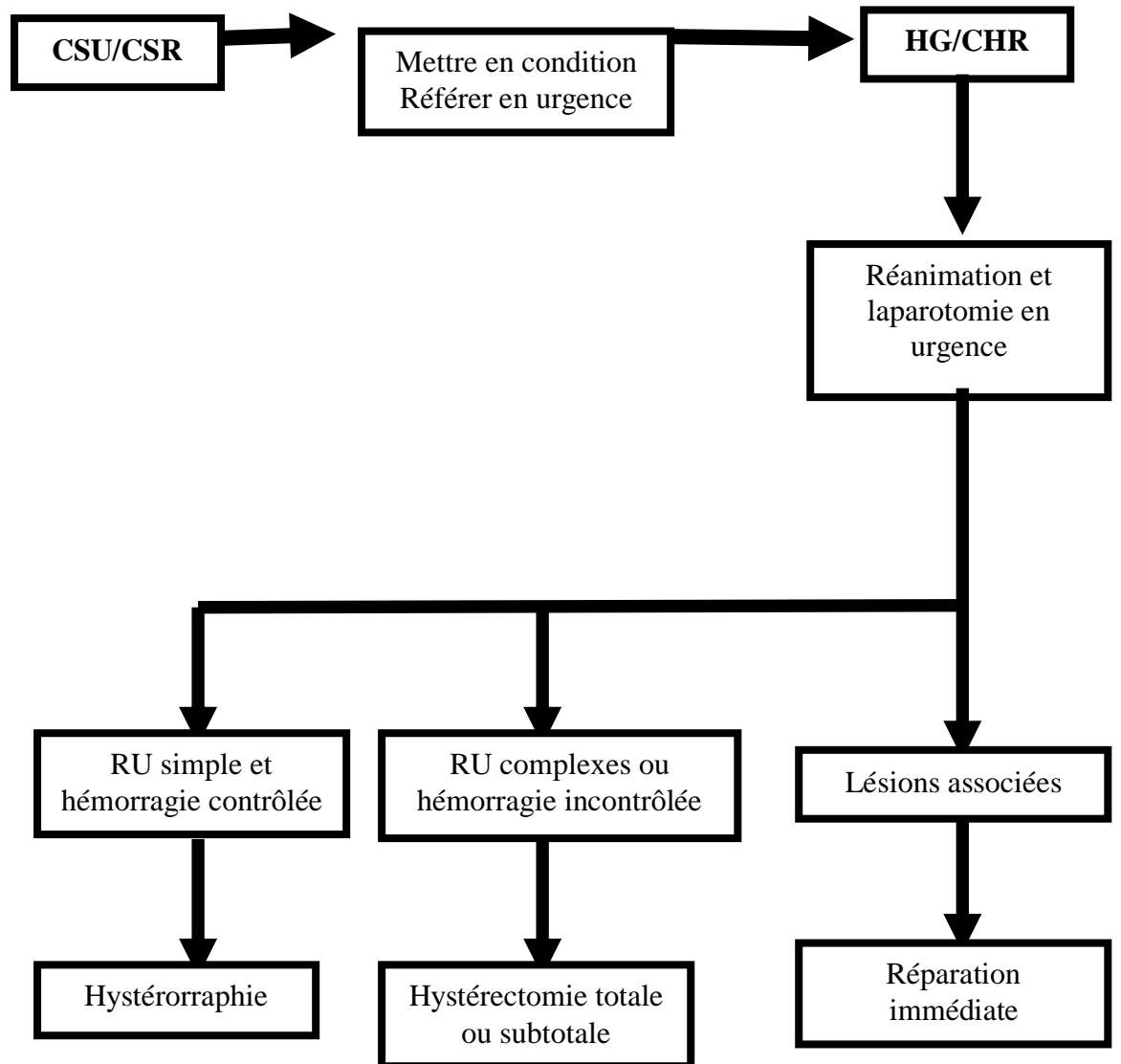
VIII - CAT DEVANT UN PLACENTA PRAEVIA



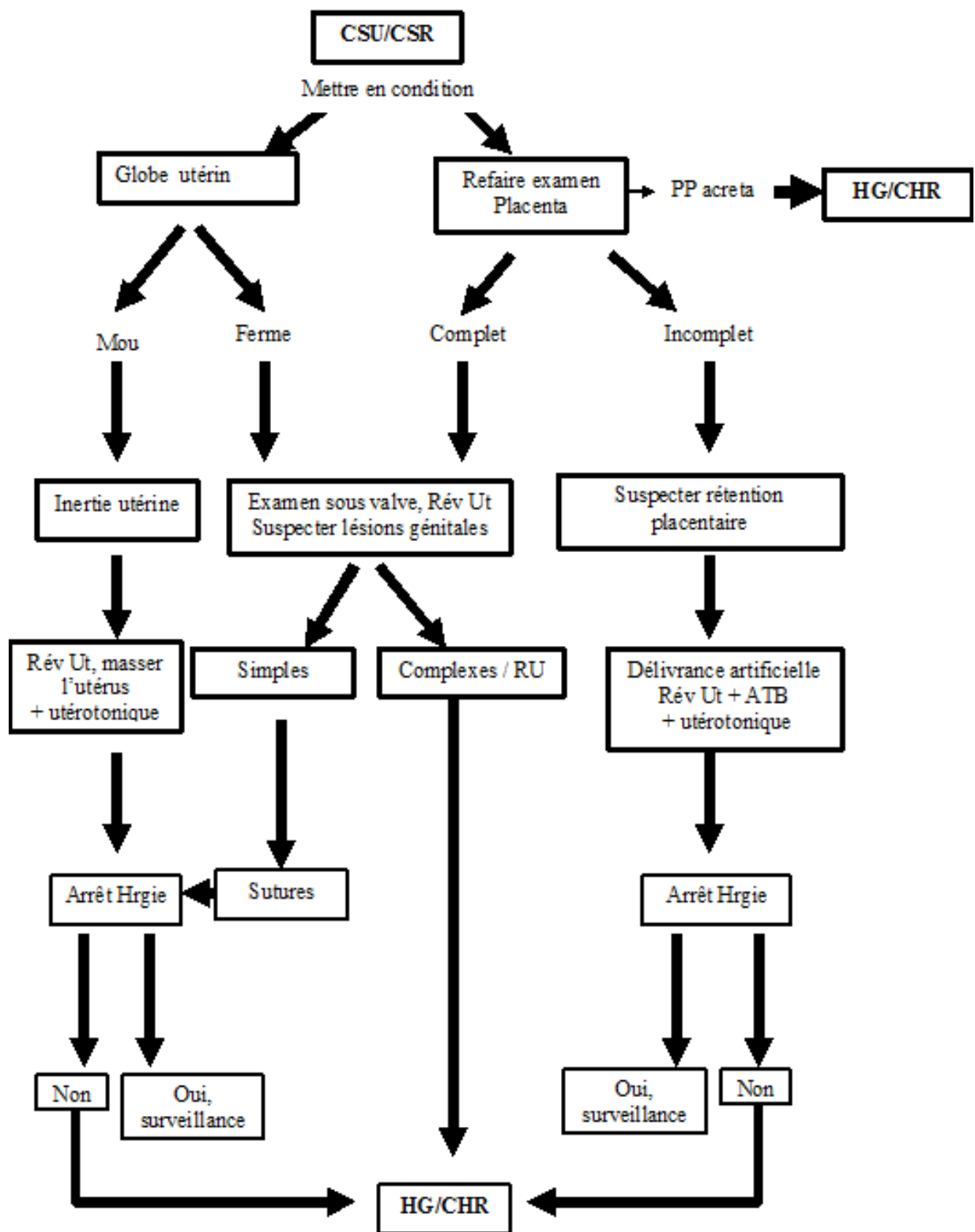
IX - CAT DEVANT UN HRP



X - CAT DEVANT UNE RUPTURE UTERINE



XI - CAT DEVANT HEMORRAGIE DU POST-PARTUM



XII - CAT DEVANT UN ETAT DE CHOC

➤ Maternité sans bloc opératoire

1. Libérer les voies aériennes supérieures (si nécessaire)
2. Installer l'abord veineux par 2 intranules (G16 ou G18)
3. Surélever les deux pieds de la patiente (position de Trendelenburg)
4. Perfuser très rapidement 500 ml en 15 minutes de Dextran, Ringer lactate ou de sérum salé à 9 pour mille
5. Organiser la référence. Mais en attendant, surveiller :
 - Le pouls et la TA toutes les 15 min
 - La température (3 fois/jour)
 - La fréquence respiratoire (toutes les 15 min)
 - L'état de conscience
 - Les battements cardiaques (toutes les heures)
 - Les contractions utérines

➤ Hôpital de référence

1. Alerter l'équipe médicale (anesthésiste, gynécologue obstétricien ou chirurgien, médecin)
2. Vérifier la perméabilité de l'abord veineux
3. Commencer ou poursuivre le remplissage vasculaire
 - Sang et dérivés
 - Macromolécules (Dextran)
 - Solutés (Ringer lactate, sérum salé)
 - Sérum bicarbonaté 14 pour mille pour corriger l'acidose
4. Oxygéner
5. Mettre une sonde vésicale à demeure
6. Mettre en position de Trendelenburg
7. Administrer de l'adrénaline 0,5 mg en perfusion si nécessaire
8. Traiter la cause
9. Etablir une fiche de surveillance
10. Surveiller.

Le déroulement de la surveillance consistera à :

1. Continuer à perfuser rapidement tant que la TA et le pouls restent stationnaires ou que la diurèse reste inférieure à 0,5 ml/Kg/heure
2. Ramener le débit de perfusion à 16 gouttes par min
 - si la TA s'élève (maximale supérieure à 100 mm Hg)
 - si le pouls ralentit (inférieur à 100/min)
 - si la diurèse démarre (atteignant 0,5 à 1 cc/kg/heure)
3. Rechercher l'apparition de râles pulmonaires d'encombrement, pour moduler les apports. Si les râles apparaissent, arrêter le remplissage, administrer du furosémide (40 mg IV) et faire appel au médecin.

Remarques :

- **Choc avéré** : Perfuser à fort débit
- **Choc hémorragique** : passer dès que possible au sang ou au plasma
- **Suspicion d'hypoglycémie** : sérum glucosé 10%
- **Inflation hydrique localisée ou généralisée** (œdème, œdème aigu des poumons, dyspnée, anémie sévère...) : garder une veine avec un soluté, quel qu'il soit, mais mettre à très faible débit. Si on doit transfuser, préférer du culot globulaire ou du sang total décanté à débit très lent.
- **Crise drépanocytaire** : glucosé 5% ou salé 9 pour mille
- **Acidose métabolique** : Bicarbonaté 14 ou 42 pour mille
- **Rééquilibration hydro électrolytique d'un opéré récent** : Ringer lactate ou sérum salé 9 pour mille et glucosé 10% avec NaCl 3g/500 cc et KCl 1g/500 cc
- **Administration de médicaments** : glucosé 5% (le plus souvent) mais aussi sérum salé ou ringer lactate.

XIII - CAT DEVANT UNE DETRESSE RESPIRATOIRE DE LA FEMME ENCEINTE**XIII - 1 EVALUER**

- **Rechercher** :
 - Ne respire pas ?
 - Respiration rapide (FR > 30 par minute)
 - Respiration difficile ou gasp
 - Peau pale ou cyanosée
- **Examiner** :
 - La bouche pour déceler des corps étrangers (par exemple des aliments)
 - Les poumons à la recherche de sibilances ou de râles

XIII - 2 STABILISER

- **Si la patiente ne respire pas** :
 - Demander de l'aide
 - Laisser la patiente couchée sur le dos avec la tête légèrement en arrière
 - Relever le menton pour dégager les voies aériennes
 - Inspecter la bouche pour déceler les corps étrangers et les retirer
 - Aspirer les sécrétions dans la gorge
 - Ventiler avec un ballon et un masque jusqu'à ce qu'elle recommence à ventiler
- **Si la patiente respire mais est toujours en détresse respiratoire** :
 - Demander de l'aide
 - Contrôler rapidement les signes vitaux (TA, pouls, FR)
 - Allonger la patiente sur le côté gauche avec 2 oreillers soutenant son dos
 - Administrer de l'oxygène à raison de 4 à 6 litres par minute si disponible
 - Transférer immédiatement vers un établissement de soins plus élevé.

XIII - 3 ENVISAGER

- **Anémie sévère**
- **Insuffisance cardiaque**
- **Œdème aigu des poumons**

XIV - CAT DEVANT UNE MENACE D'ACCOUCHEMENT PREMATURE

XIV - 1 DEFINITION :

- Menace légère : contractions utérines peu intenses et espacées qui modifient peu le col utérin
- Menace sévère : contractions utérines intenses et rapprochées qui modifient franchement le col. Le col s'ouvre et se raccourcit (la longueur devient inférieure à 2,5 cm).

XIV - 2 BILAN MINIMUM A FAIRE :

- NFS,
- prélèvement vaginal,
- examen cyto bactériologique des urines,
- goutte épaisse.

XIV - 3 PEC THERAPEUTIQUE :

La prise en charge des menaces légères peut se faire au niveau des ESPC tandis que les menaces sévères relèvent d'hospitalisation dans les établissements de référence. Il existe un traitement **étiologique** et un traitement **symptomatique**. Le traitement symptomatique associe :

- au niveau ESPC : repos, antispasmodique
- au niveau de la référence :
 - Le traitement de 1^{ère} intention = salbutamol 0,5 mg. Mettre 5 ampoules dans 500 cc de SGI ou de ringer et à perfuser au débit de 16 gouttes par minute et à moduler en fonction de la tolérance maternelle et des contractions utérines. La durée du traitement ne doit pas dépasser 48 heures.
 - Le traitement de 2^{ème} intention = nifédipine (Adalate®). Donner 1 capsule de 10 mg à avaler chaque 15 minute sans dépasser 4 capsules. A l'arrêt des contractions, donner 1 comprimé de 20 mg (à libération prolongée).

Dans tous les cas, surveillance des constantes hémodynamiques et ne pas oublier le traitement de la cause de la menace d'accouchement prématurée (traitement étiologique). Arrêter ces traitements si la TA systolique chute en dessous de 9 ou si le pouls s'accélère et atteint ou dépasse 130 battements par minute.

Dans les grossesses d'âge inférieur à 34 semaines d'aménorrhée (7 mois et demi), il faut faire la corticothérapie anténatale. Elle consiste à injecter 12 mg de bétaméthasone (Célestène®) en IM à répéter 24 heures plus tard.

XV - CAT DEVANT LA RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES

XV - 1 DEFINITION

C'est la rupture des membranes avant l'entrée en travail.

XV - 2 MESURES GENERALES

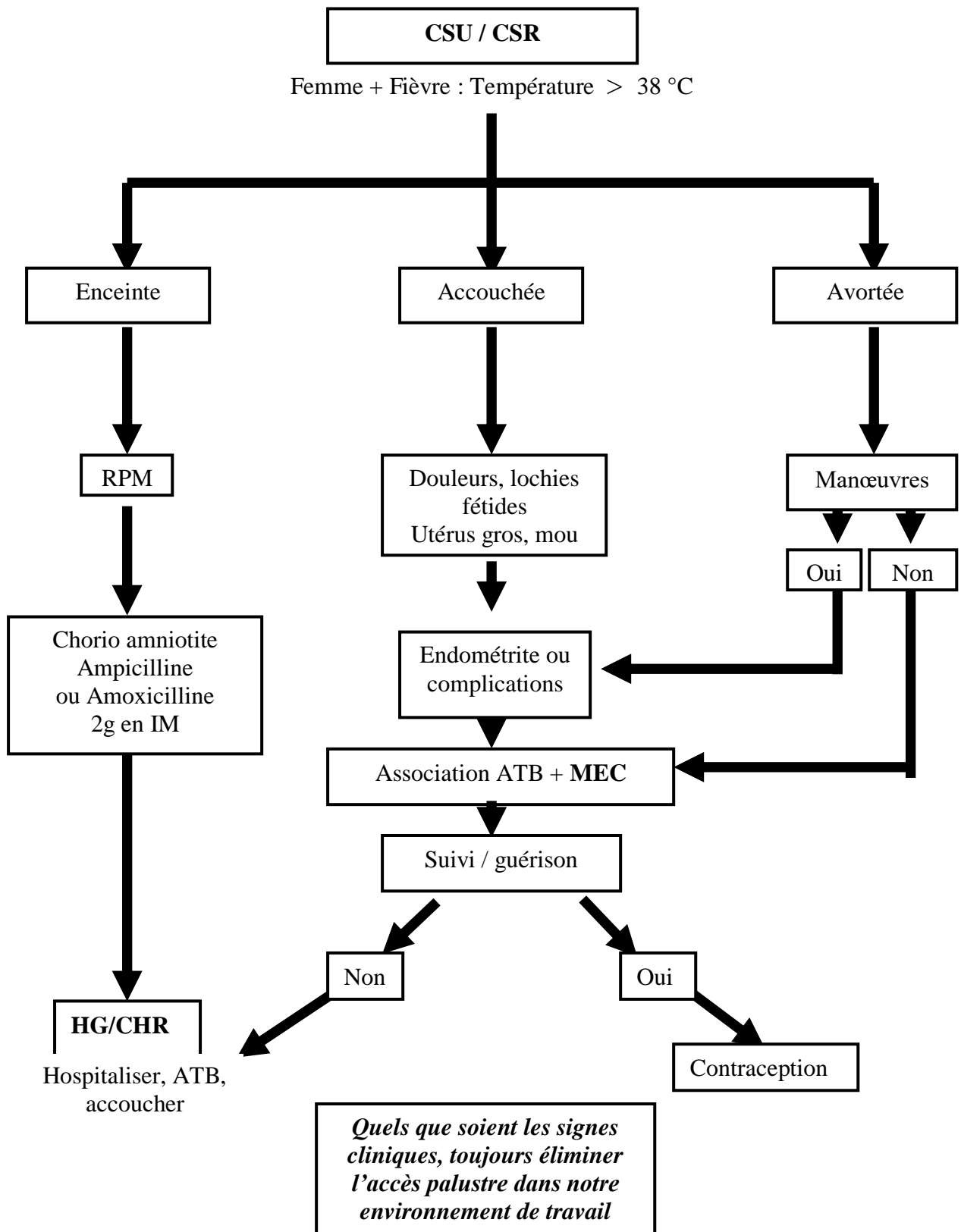
- Eviter les touchers vaginaux itératifs
- Rechercher une procidence du cordon par l'examen au spéculum
- Demander : NFS, CRP, prélèvement vaginal
- Antibiothérapie avec β -lactamines telle amoxicilline 1gramme \times 3 par jour

XV - 3 PRISE EN CHARGE

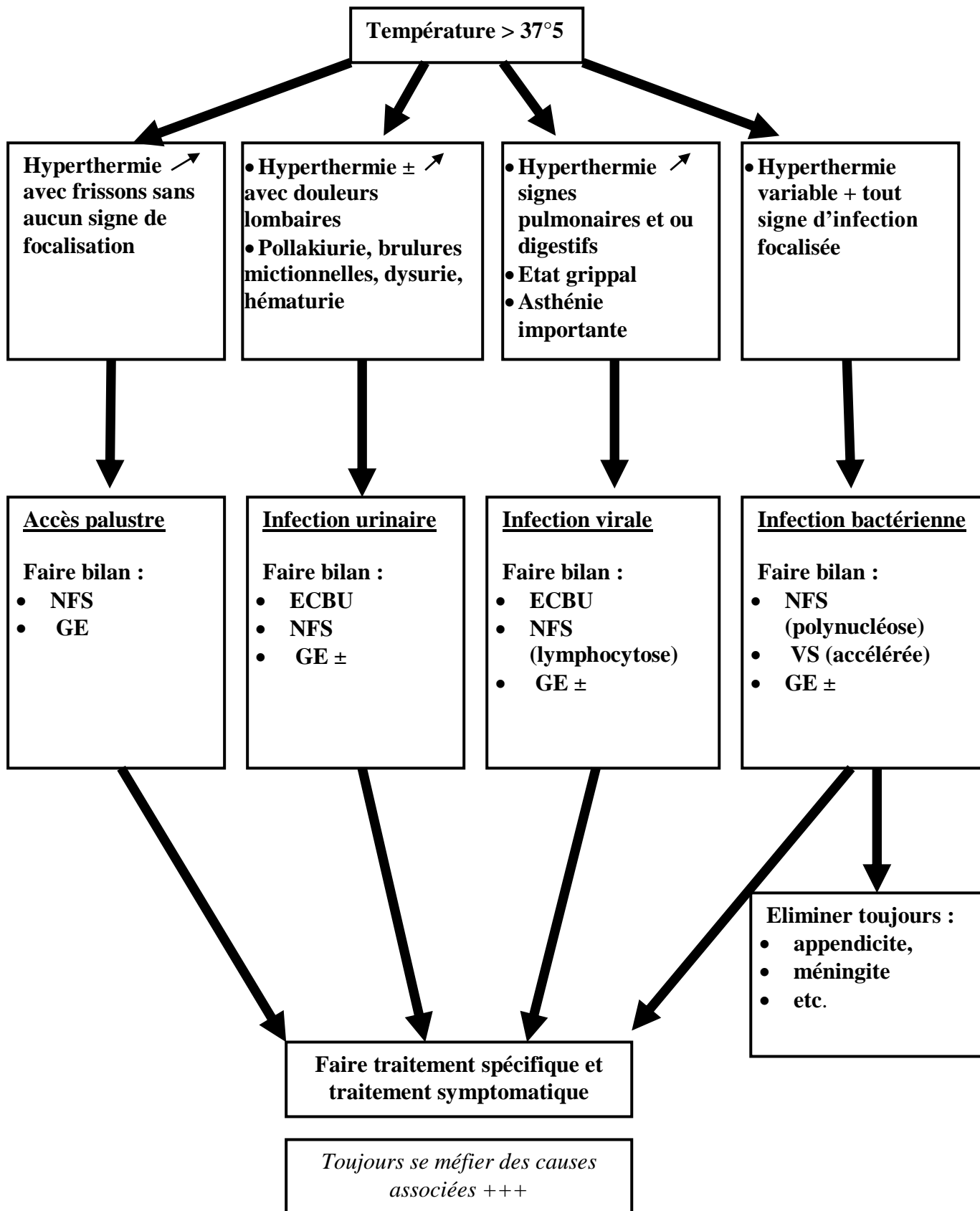
- **Age gestationnel supérieur ou égal à 36 SA**
 - Déclenchement artificiel du travail après 24 heures si les conditions locales sont favorables. Si non, procéder d'abord à une maturation du col utérin.
- **Age gestationnel inférieur à 34 SA**
 - Répéter les examens complémentaires.
 - Repos au lit
 - Corticothérapie anténatale
 - CAT fonction de l'évolution
- **Age gestationnel compris entre 34SA et 36SA**

Aucune des 2 attitudes expectative / déclenchement n'a montré sa supériorité. Envisager le déclenchement artificiel du travail si les conditions cervicales sont favorables sinon faire une césarienne.

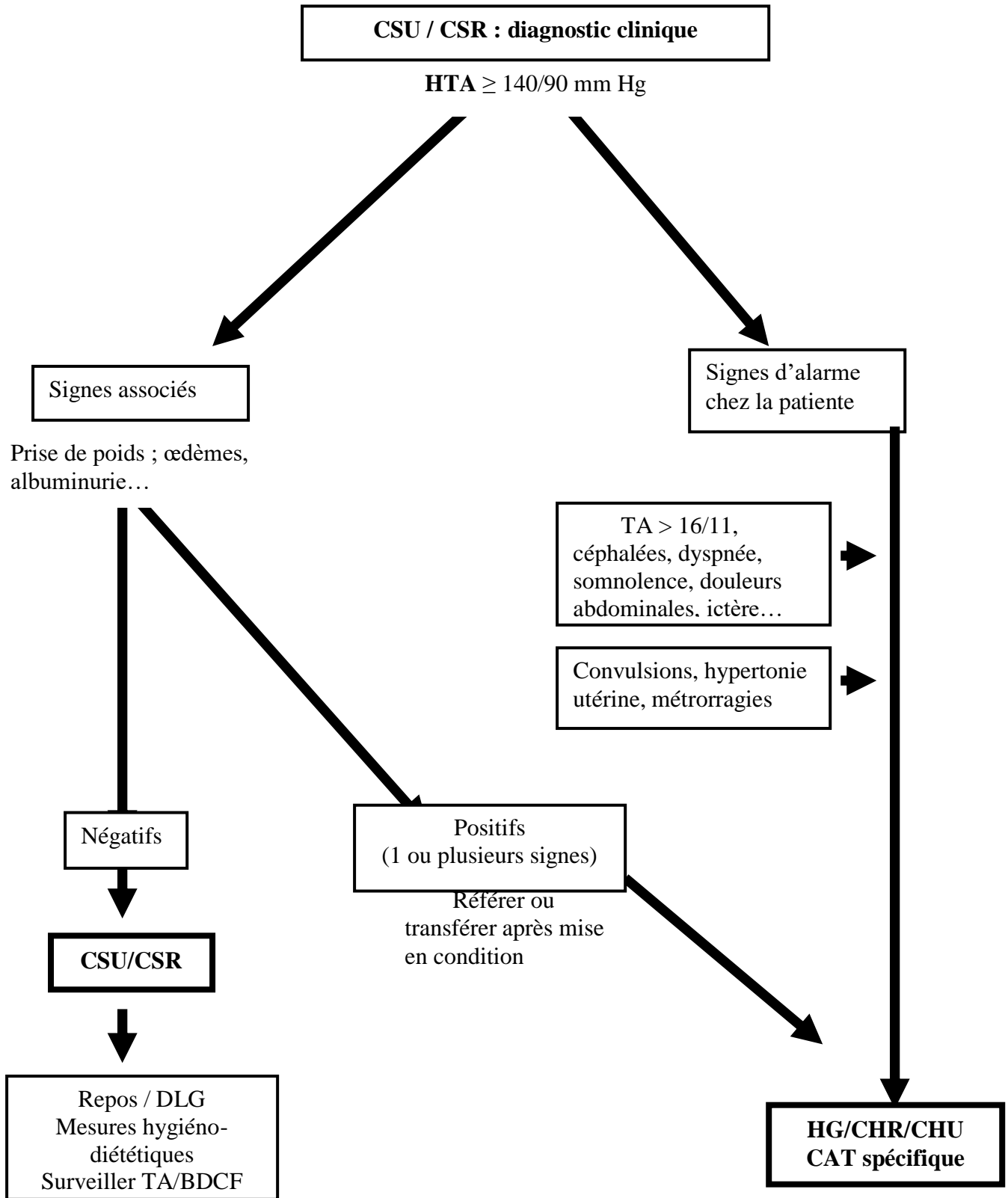
XVI - CAT DEVANT UNE INFECTION AU COURS DE LA GROSSESSE OU DANS LE POST-PARTUM



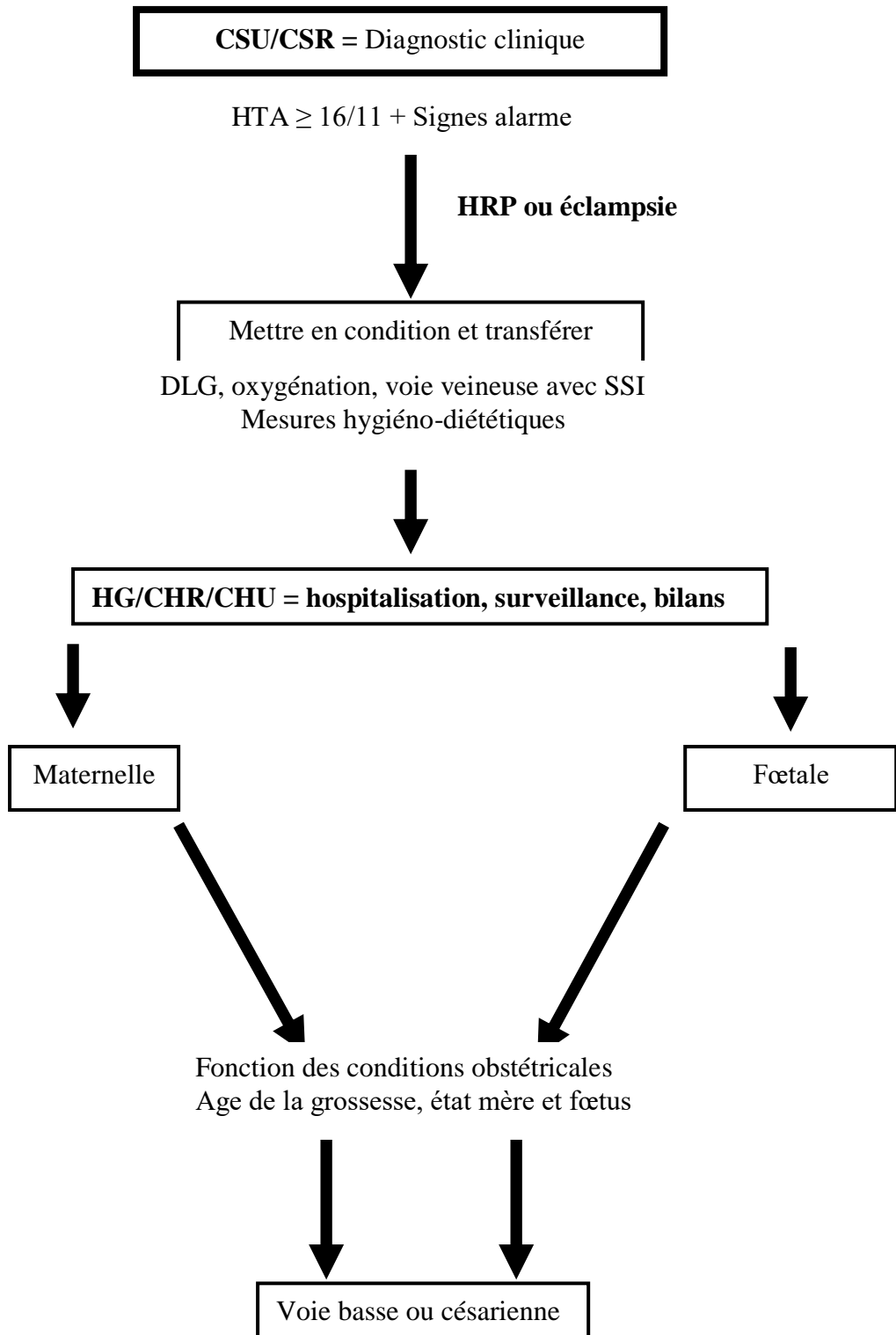
XVII - CAT DEVANT HYPERTHERMIE ET GROSSESSE



XVIII - CAT DEVANT HTA ET GROSSESSE



XIX - CAT GENERALE DEVANT UNE HTA SEVERE ET GROSSESSE



XX - CAT DEVANT UNE CRISE D'ECLAMPSIE

CSU/CSR = Diagnostic + traitement d'urgence + mise en condition

**Grossesse + HTA > 140/90 + Convulsions
DLG + O2 + voie veineuse (Sérum salé) +
- sulfate de magnésium
Diazépam : 10 mg / IV lente à répéter (mais < 30 mg)**



Transférer HG/CHR/CHU le plus proche



La patiente ne se réveille pas



La patiente se réveille



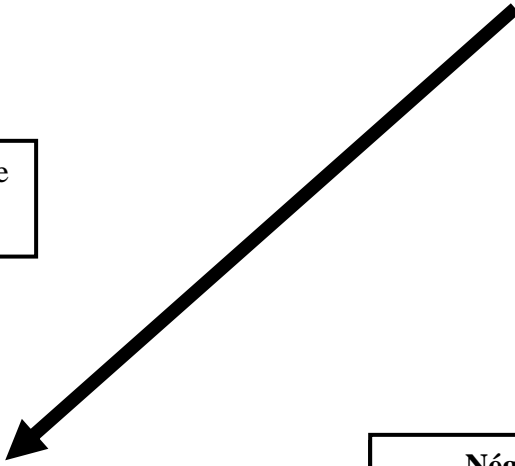
Transférer vers un service de réanimation spécialisé

Rechercher complications

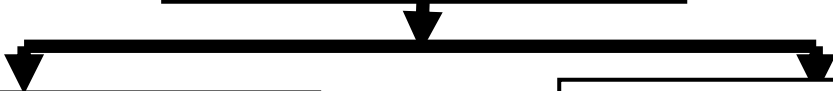


Positifs

Négatifs



Evaluer l'état fœtal et obstétrical



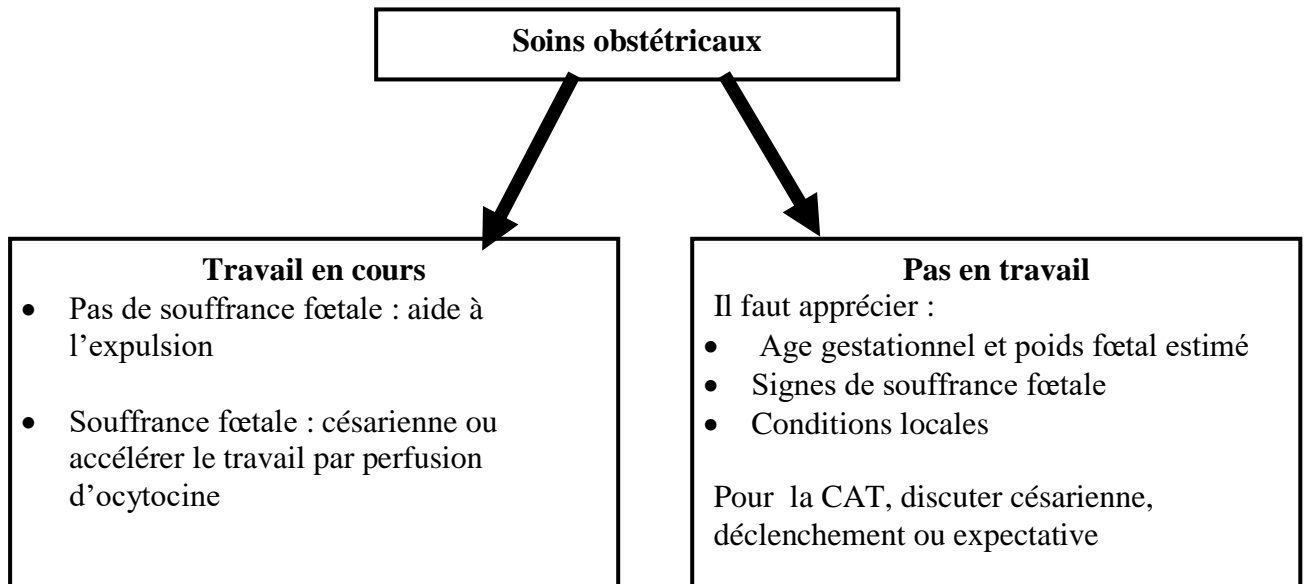
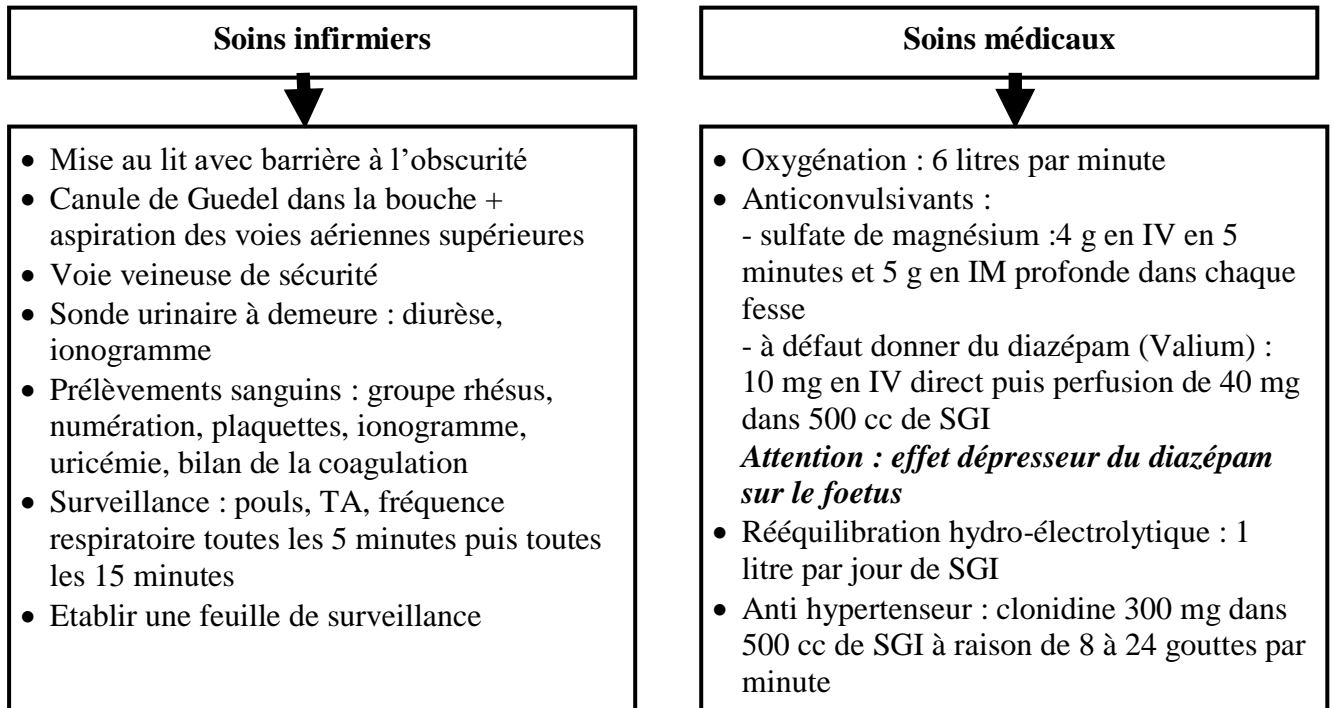
**Pas de complications
Eutocie / BDCF normaux**

**Complications
Dystocie / SF**

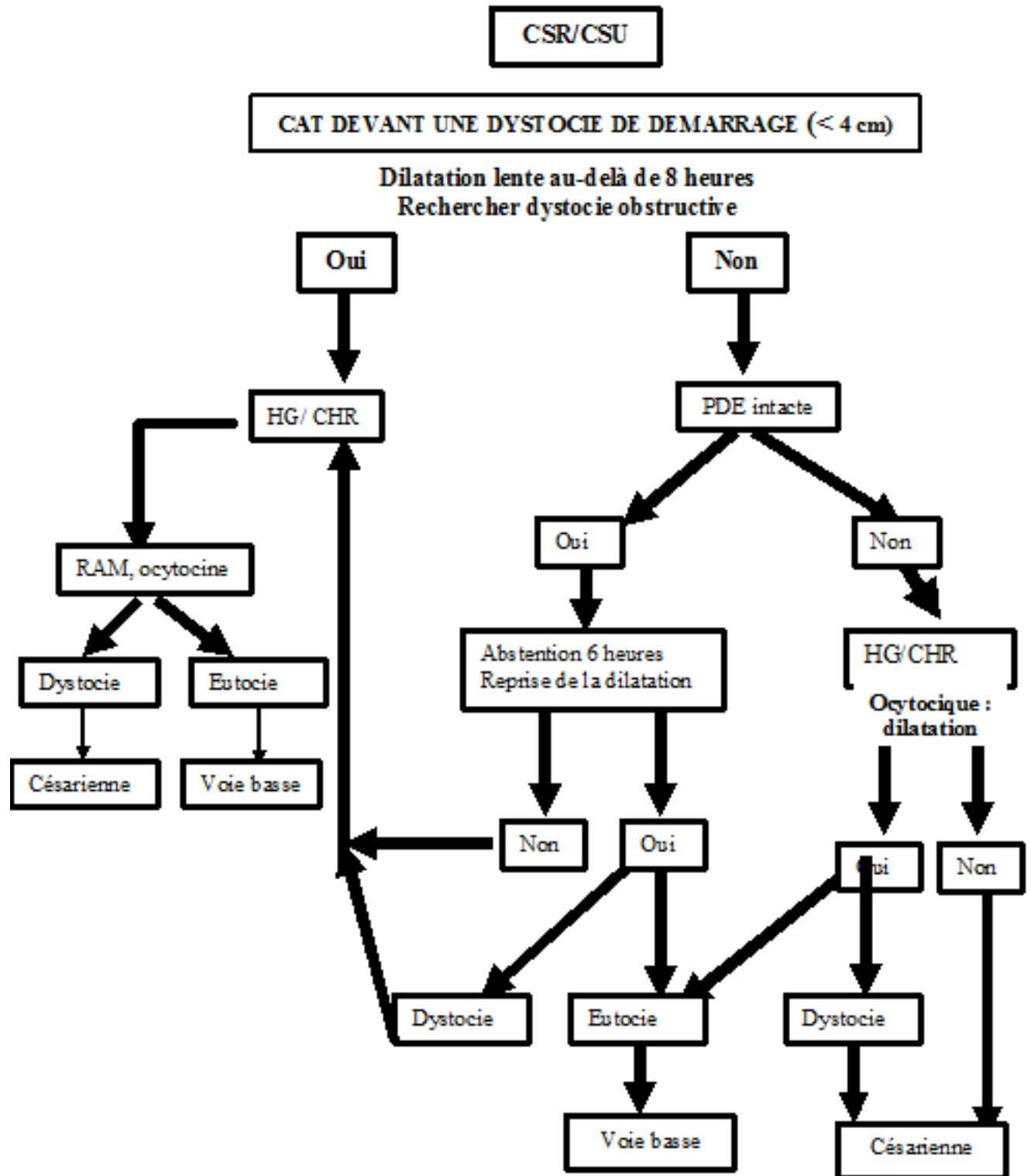
Voie basse

Césarienne

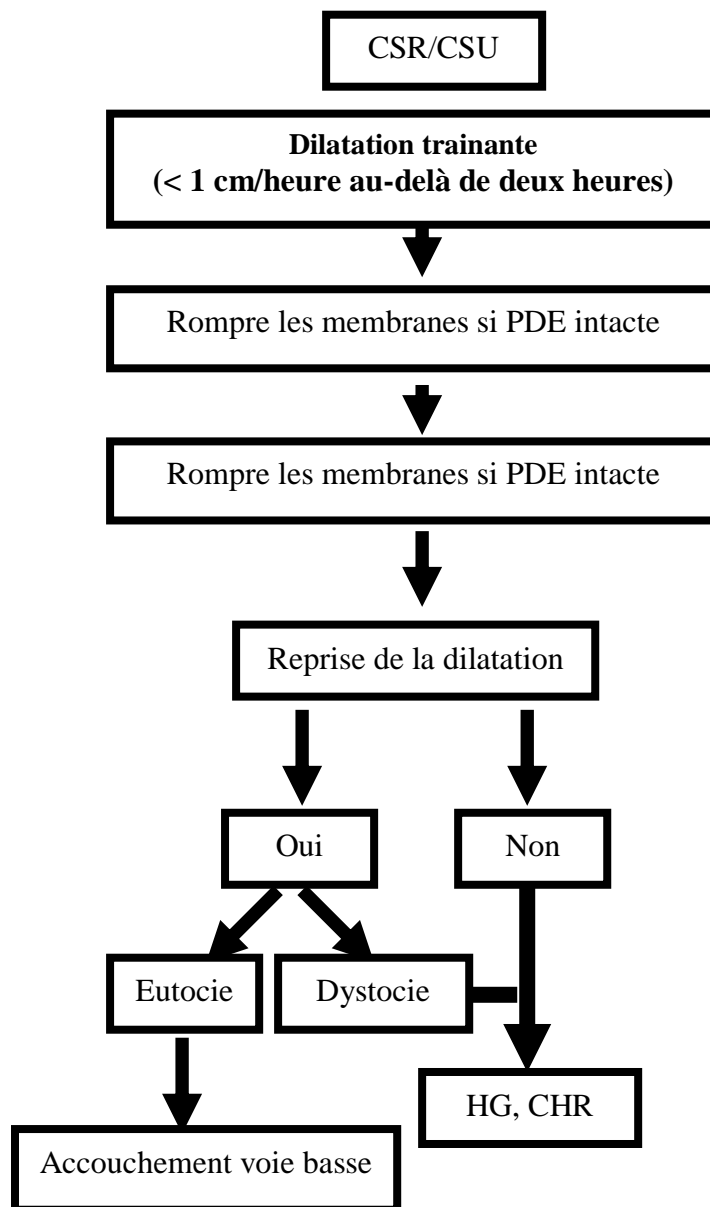
XXI - TYPES DE SOINS DEVANT UNE CRISE D'ECLAMPSIE



XXII - CAT DEVANT UN TRAVAIL DYSTOCIQUE



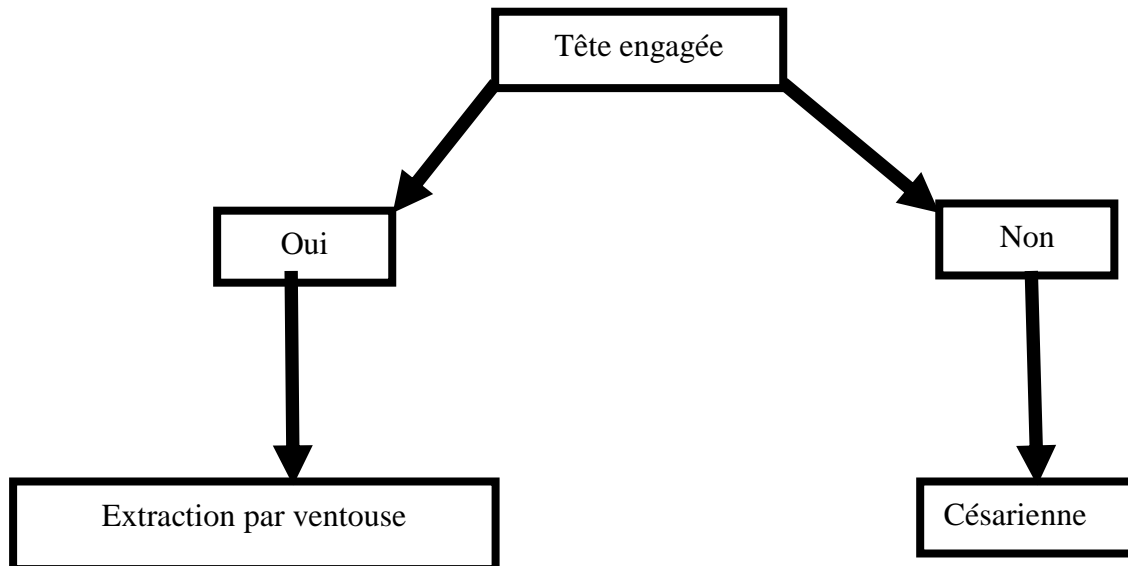
**XXIII - CAT DEVANT UNE DYSTOCIE DE LA PHASE ACTIVE DU TRAVAIL
(Entre 4 et 10 cm)**



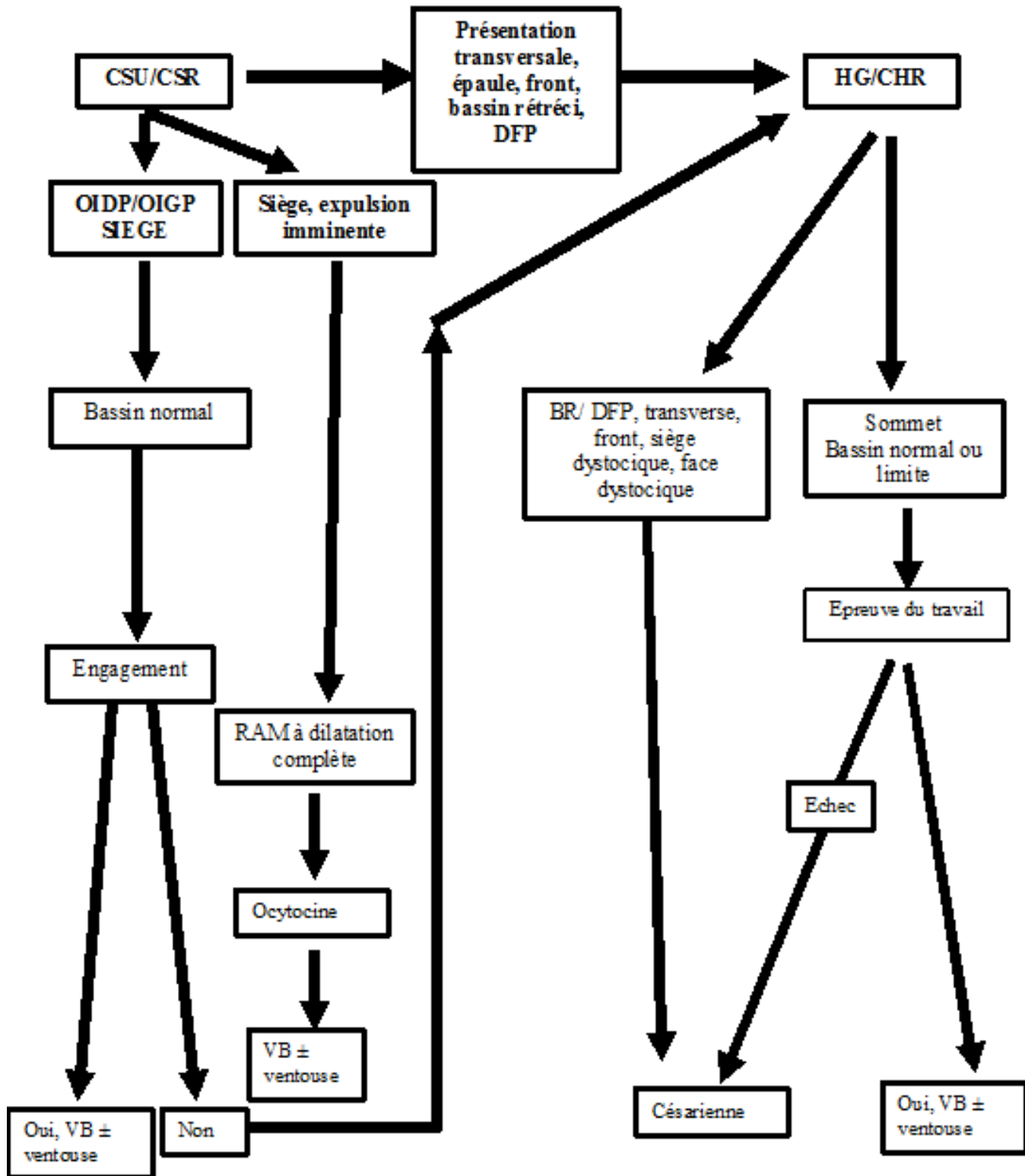
XXIV - CAT DEVANT UNE DYSTOCIE D'EXPULSION

CS/HG/CHR

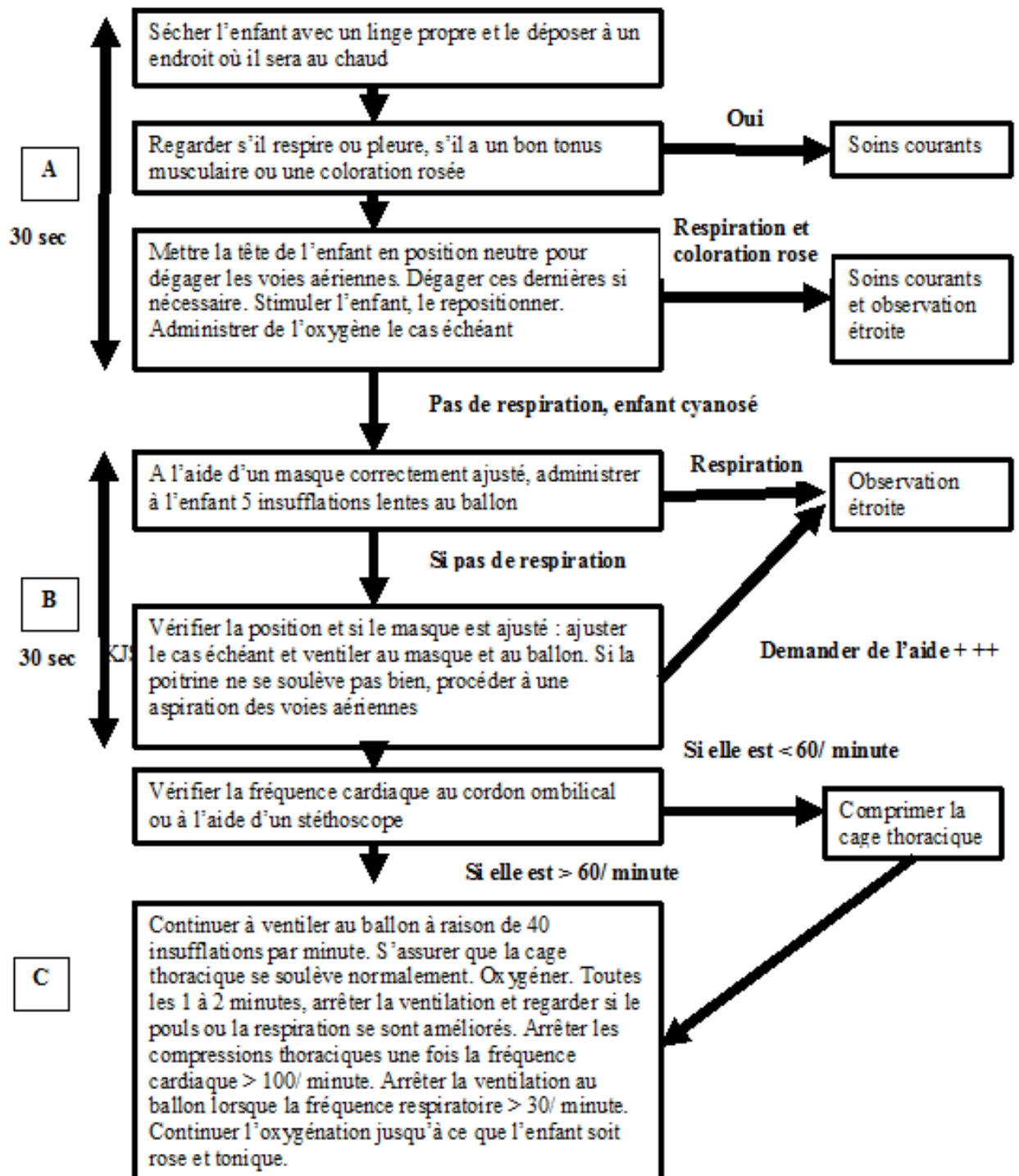
Défaut d'expulsion au-delà de
30 minutes à dilatation
complète



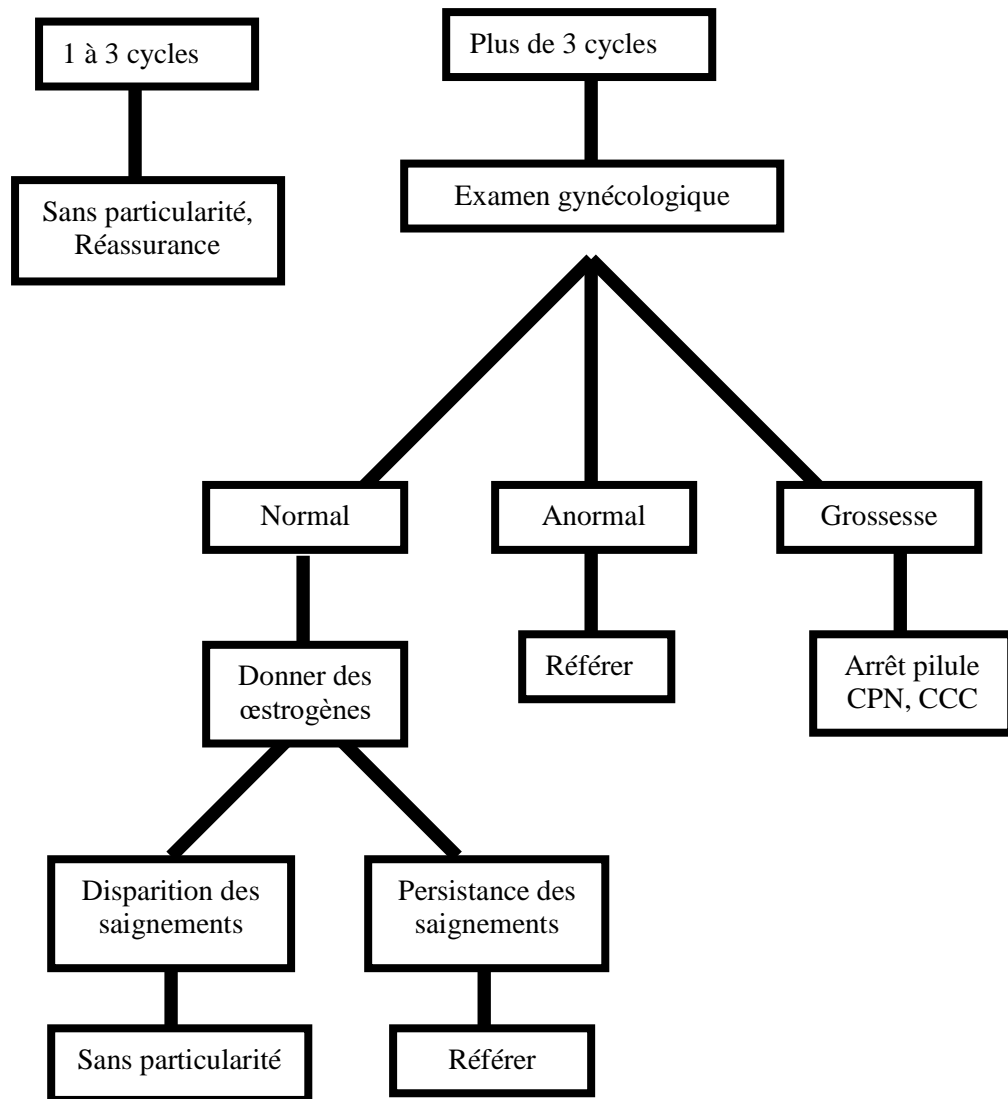
XXV - CAT GENERALE DEVANT UNE PRESENTATION DYSTOCIQUE



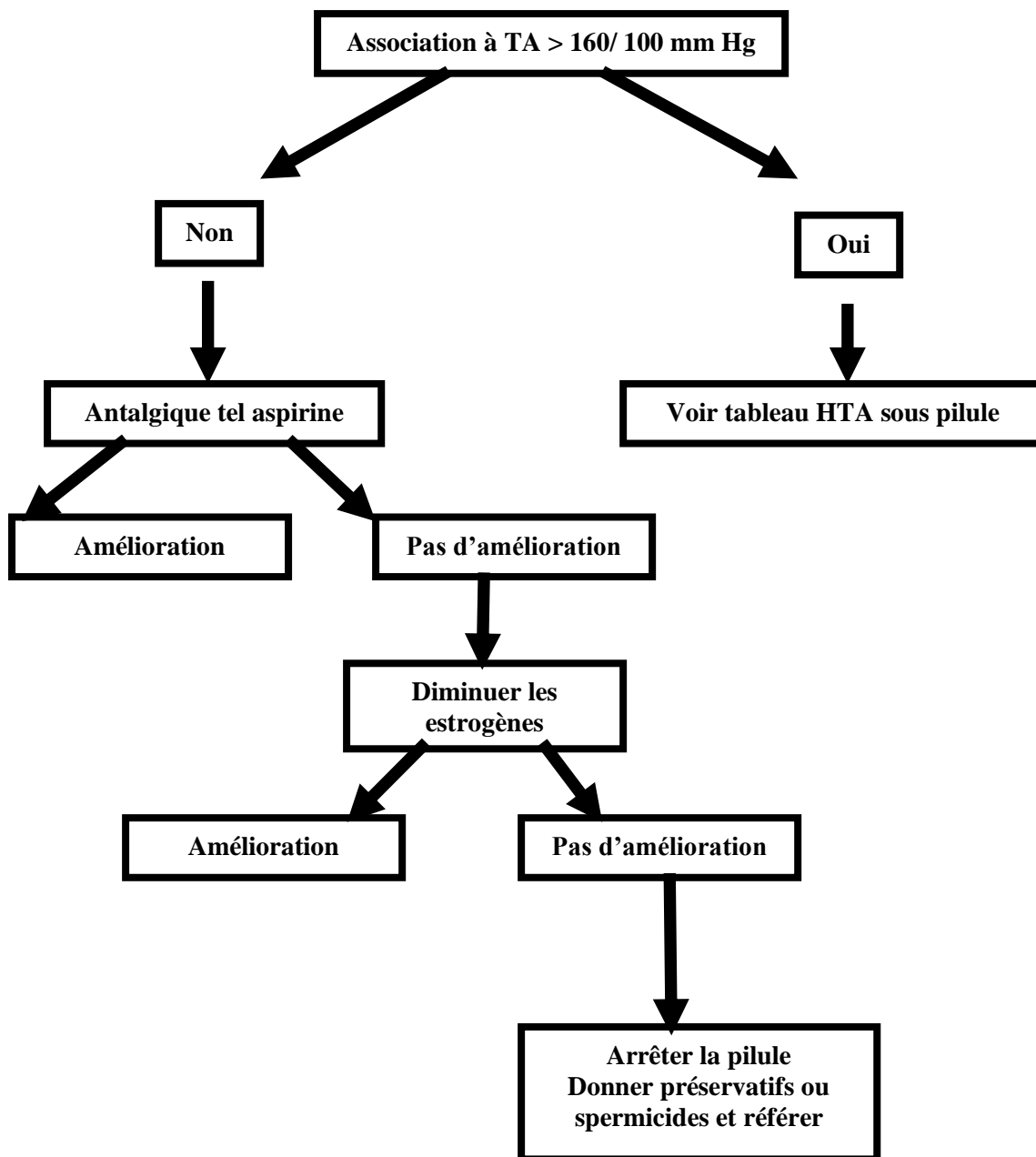
XXVI - REANIMATION DU NOUVEAU-NE



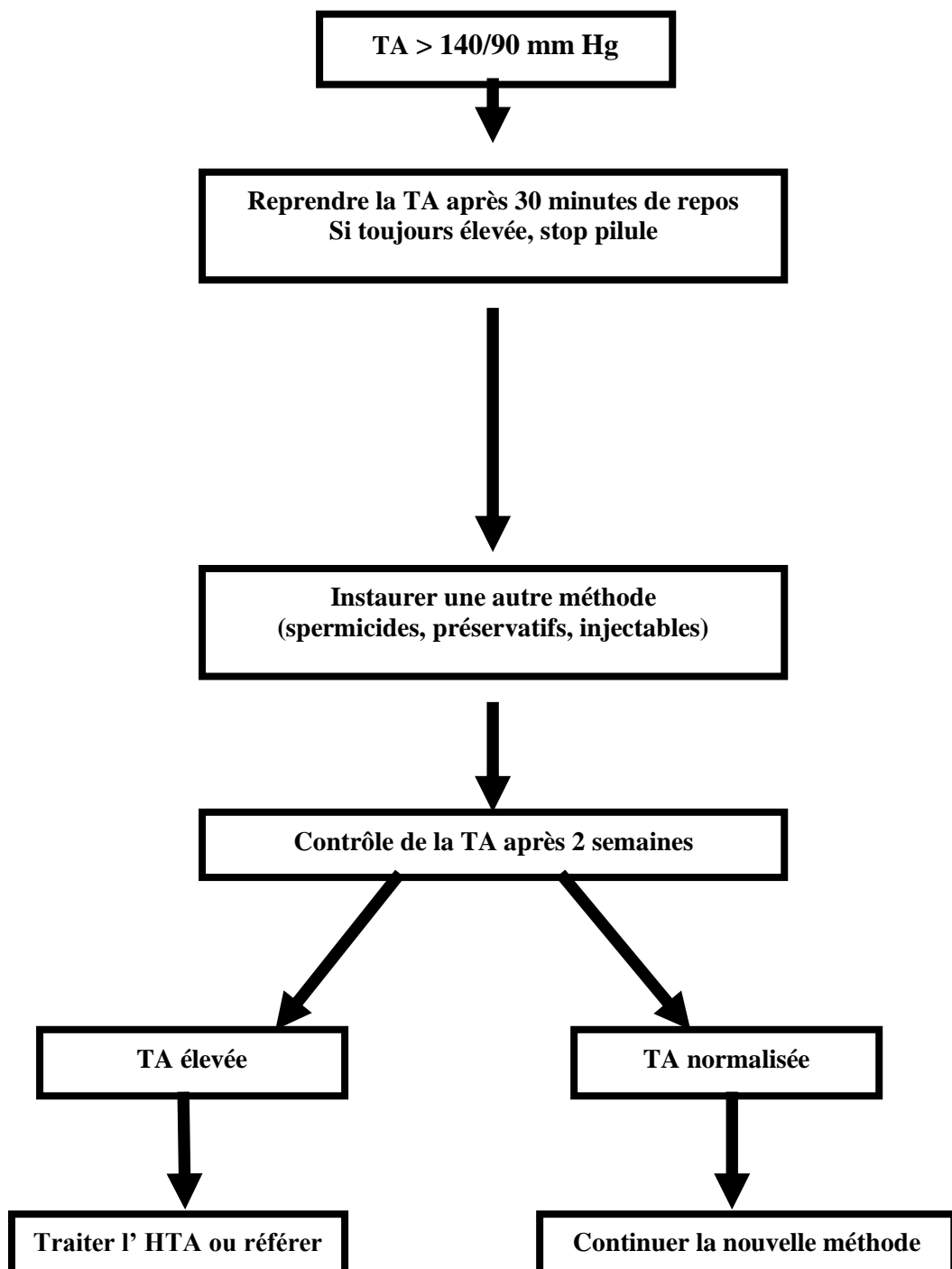
XXVII - CAT DEVANT DES PERTES DE SANG SOUS PILULE (SPOTTING)



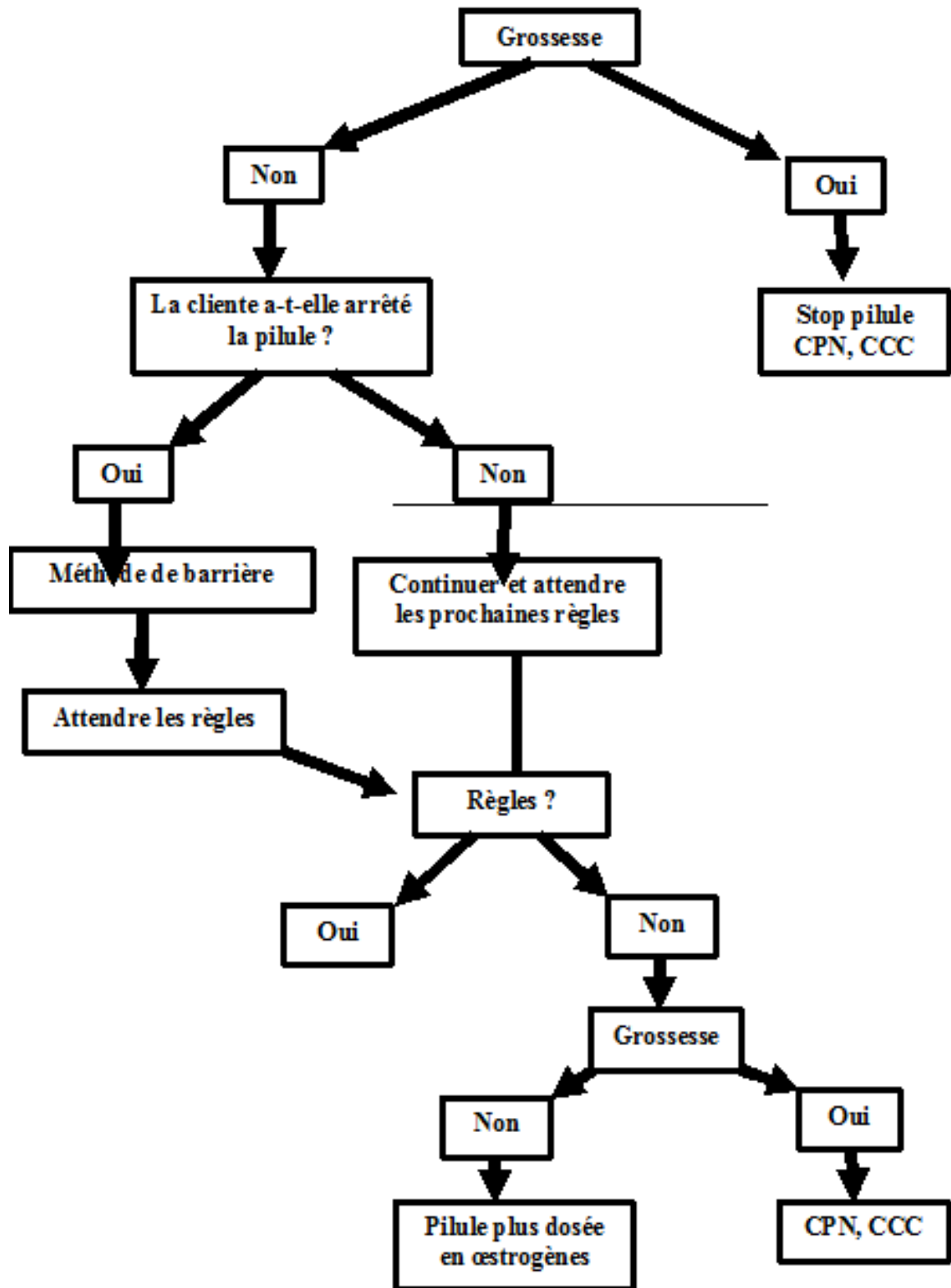
XXVIII - CAT DEVANT DES MIGRAINES PERSISTANTES SOUS PILULE



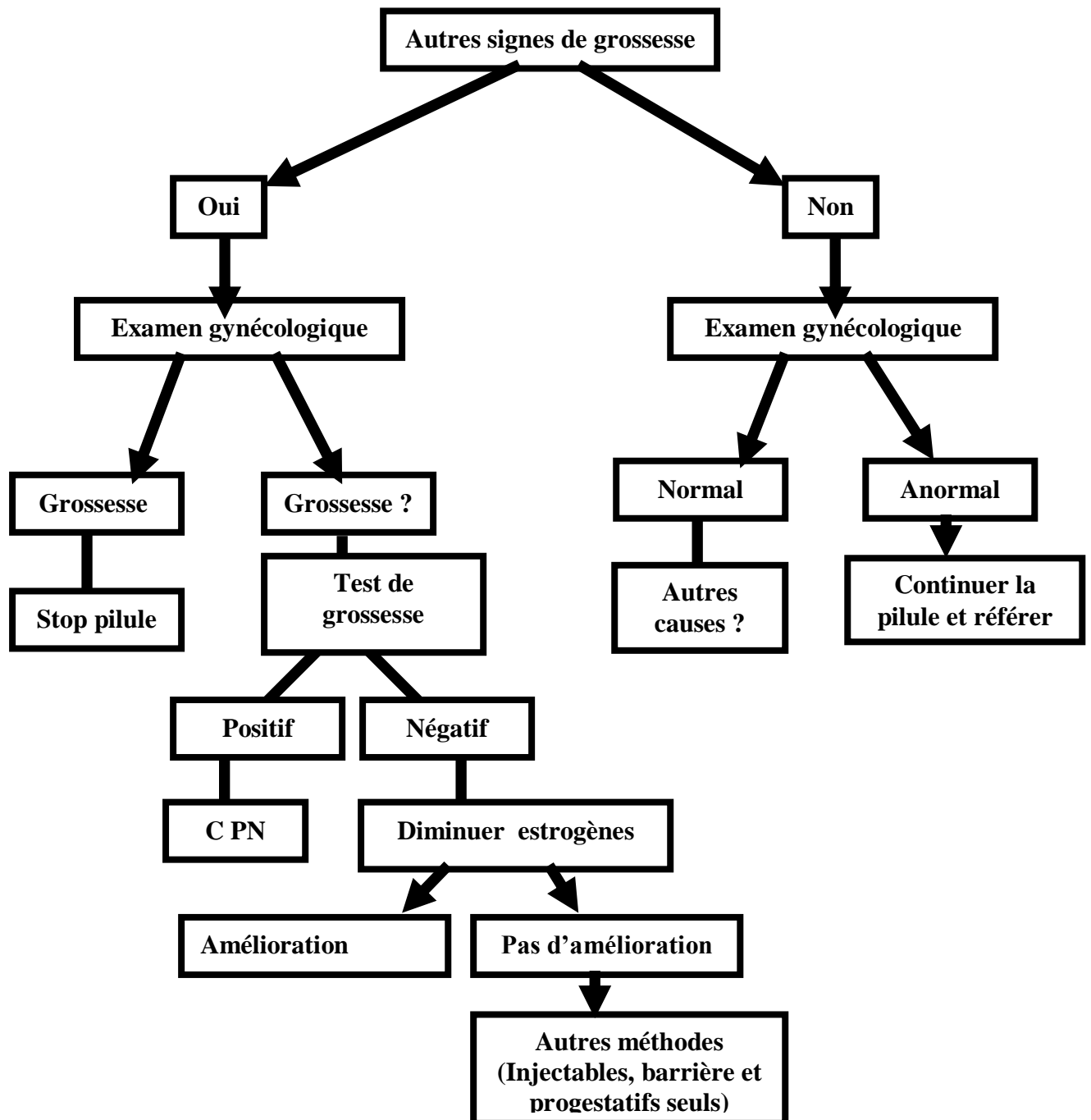
XXIX - CAT DEVANT UNE HTA SOUS PILULE



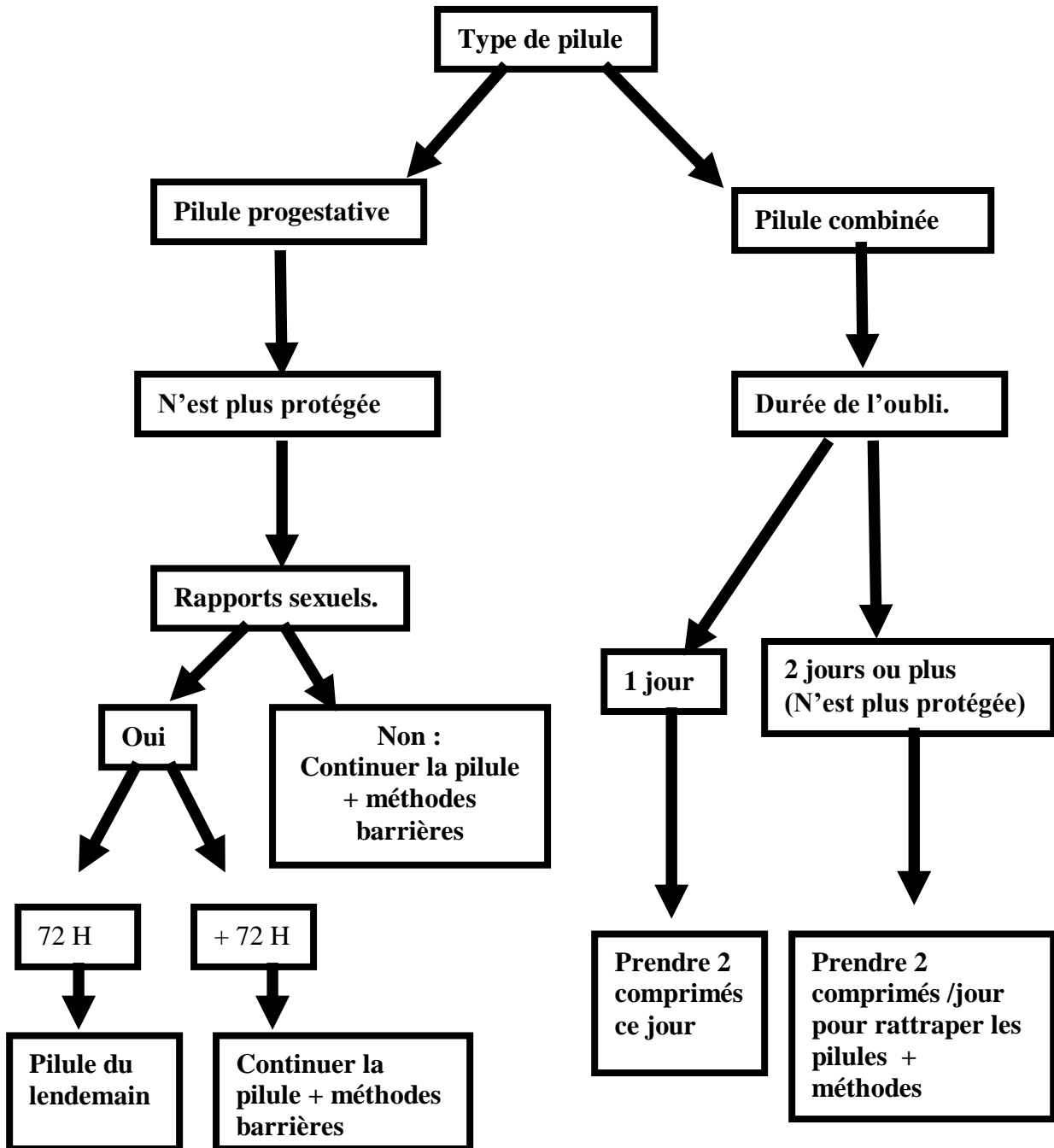
XXX - CAT DEVANT UNE AMENORRHEE SOUS PILULE



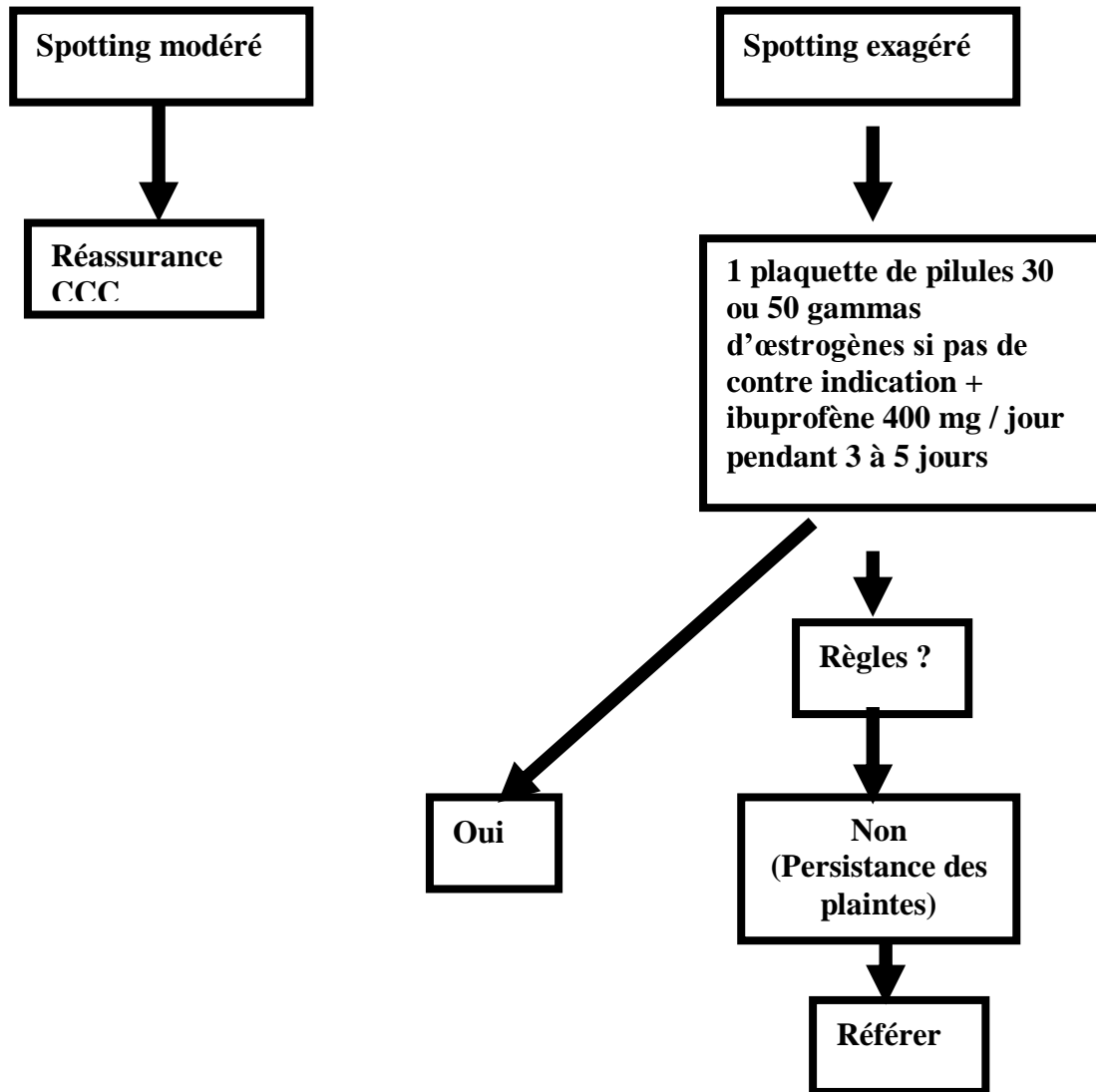
XXXI - CAT DEVANT DES NAUSEES PERSISTANTES APRES LA 3ème PLAQUETTE, OU SURVENANT APRES LA 3ème PLAQUETTE



XXXII - CAT EN CAS D'OUBLI DE PRISE DE LA PILULE



XXXIII - CAT DEVANT DES SAIGNEMENTS SOUS CONTRACEPTIF INJECTABLE



XXXIV - CONTRACEPTION D'URGENCE

1. Définition

La contraception d'urgence est une méthode contraceptive exceptionnelle qui permet d'éviter la survenue d'une grossesse non désirée après un rapport sexuel non ou mal protégé, c'est-à-dire en l'absence d'une contraception ou en cas de mauvaise utilisation d'une méthode contraceptive. Elle peut être faite à tout moment du cycle menstruel.

2. Quels produits utiliser ?

- La pilule
- Le DIU

3. Ou peut-on trouver la contraception d'urgence ?

- Au niveau de toutes les structures sanitaires publiques et privées
- Au niveau des maternités

4. Quand utiliser la contraception d'urgence ?

- Les pilules doivent être utilisées dans les 5 jours qui suivent le rapports sexuels non ou mal protégés.
- Le DIU doit être utilisé dans les 7 jours qui suivent les rapports sexuels non ou mal protégés.

5. Inconvénients de la contraception d'urgence

- Elle ne remplace pas la contraception régulière
- Elle ne doit pas être utilisée de manière répétée
- Elle ne protège pas contre les IST et le VIH

6. Effets secondaires possibles liés aux produits utilisés

- Pour le DIU : de petites douleurs au bas ventre et de légers saignements en dehors des règles.
- Pour la pilule : des nausées et vomissements et de légers saignements à ne pas confondre avec les règles.

7. Conditions d'administration (voir tableau suivant)

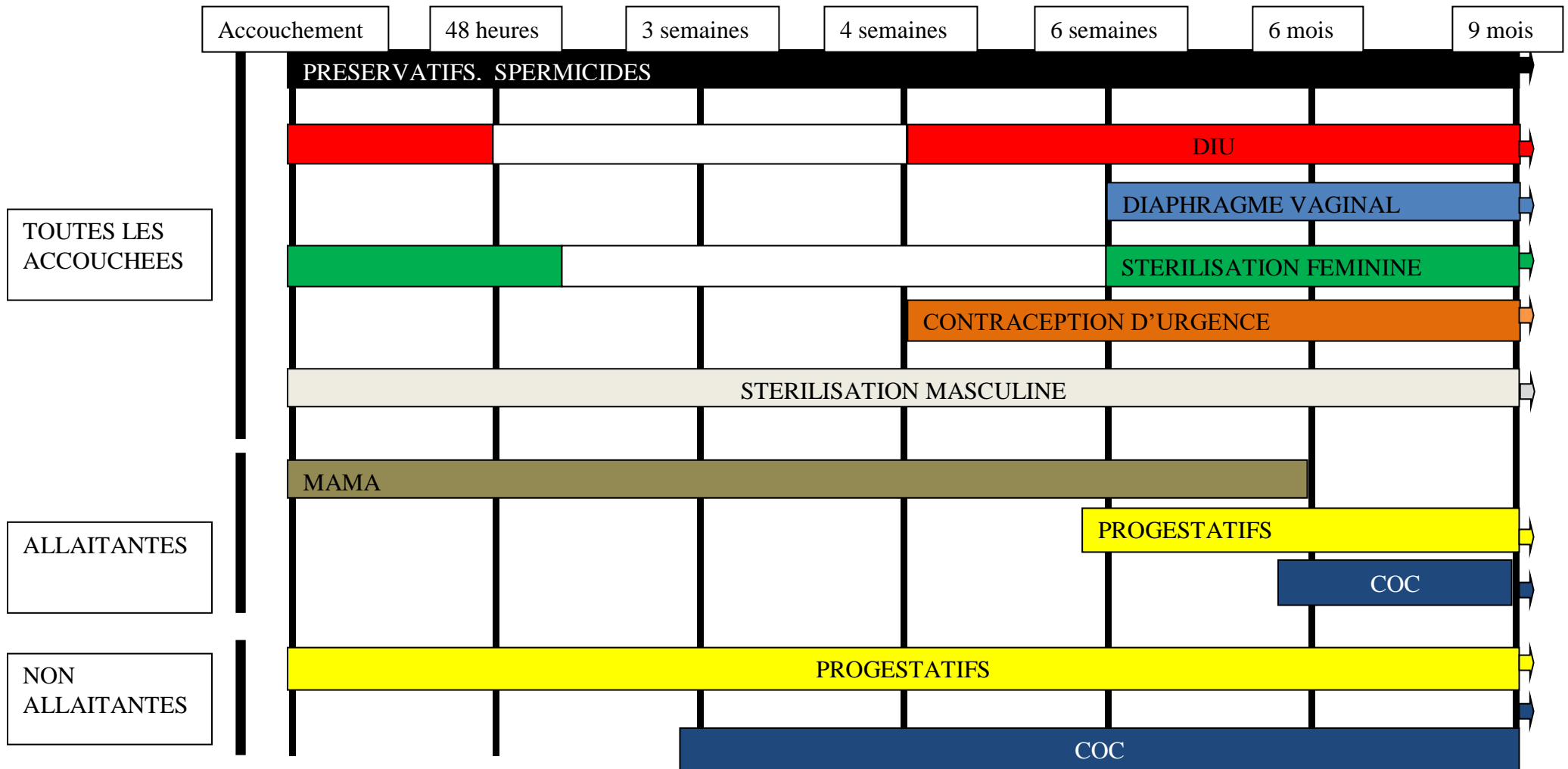
Tableau d'orientation d'utilisation de la contraception d'urgence

Produit	Posologie	Période d'administration	Efficacité	Inconvénients
COC normodosée (éthynylestradiol à 0,5 mg + 0,25 mg de levonorgestrel)	2 comprimés à renouveler 12 heures plus tard	Avant 72 heures suivant le rapport sexuel	Très efficace : 98%	Nausées, vomissements Sensibilité des seins
Levonorgestrel (Postinor® ou Norlevo®)	2 comprimés (si dosés à 0,75) en prise unique.	Dans les 72 heures	99%	Pas effets secondaires connus
DIU		Dans les 5 jours suivant les rapports sexuels	Posé très tôt, très efficace	

N.B. : L'utilisation de toutes ces méthodes doit tenir compte des critères d'éligibilité de chacune d'elles. Plus tôt cette contraception d'urgence est utilisée, plus efficace elle est.

Pour la COC minidosée, il faut doubler les doses.

XXXV - CONTRACEPTION DU POST PARTUM



XXXVI - CONTRACEPTION DU POST-ABORTUM

Après un avortement, les méthodes de choix sont la pilule combinée, le DIU ou le préservatif associé au spermicide.

Au cours du counseling post abortum, il faudra transmettre les informations suivantes avec les explications :

- La cliente peut à nouveau tomber enceinte avant la prochaine menstruation
- Elle peut prévenir ou retarder une grossesse en utilisant des méthodes sûres de contraception
- Les services et les méthodes de planification familiale sont disponibles dans les centres de PF et de santé de la reproduction.

QUATRIEME PARTIE : L'ORGANISATION DE SERVICE ET LA GESTION DES RESSOURCES

Dans cette quatrième partie, sont présentées les normes et procédures des fonctions communes aux différentes composantes, applicables à tous les services et à tous les niveaux. Il s'agit de :

- La prévention des infections,
- La formation,
- La gestion,
- La recherche
- La supervision,
- Le suivi et l'évaluation,
- Le système de référence et de contre référence.

I - PREVENTION DES INFECTIONS

La prévention des infections dans les centres de santé est d'une importance primordiale car de nombreux microorganismes pathogènes peuvent être transmis aux clients, au personnel soignant ou à l'entourage par le sang, divers liquides biologiques, les aiguilles, les seringues et l'utilisation du matériel médical souillé.

I - 1 NORMES

I - 1 . 1 DEFINITION

La Prévention des Infections (PI) en santé de la reproduction vise à créer une barrière physique, mécanique ou chimique entre les microorganismes et une personne pour empêcher la propagation de l'infection dans le cadre de l'offre des soins dans le cadre de la santé de la reproduction.

I - 1 . 2 BUT

- Assurer la protection individuelle du personnel de santé et des clients à travers l'application des précautions universelles.
- Traiter les déchets y compris les objets tranchants en appliquant les procédures en vigueur.

I - 1 . 3 LIEUX DE PRESTATION

- Communauté
- Etablissements sanitaires publics et privés

I - 1 . 4 PRESTATAIRES

- Accoucheuses traditionnelles et agents de santé communautaire
- IDE et sages femmes
- Médecins

I - 1 . 5 PERIODICITE DES FORMATIONS

- Avant d'occuper le poste
- Mise à jour selon les besoins (au moins tous les 2 ans)
- Avant l'introduction de nouveaux programmes/ de nouvelles activités
- En continu sur le site

I - 1 . 6 CIBLES

La PI est applicable à tous ceux qui fréquentent les services de santé car les infections peuvent se transmettre :

- au personnel de santé : soignants, laborantins et appuis
- aux patients, aux clients qui utilisent les services de santé.

I - 2 PROCEDURES A SUIVRE DANS LA PREVENTION DES INFECTIONS

I - 2 . 1 RECOMMANDATIONS POUR LE LAVAGE HYGIENIQUE DES MAINS

- Se laver les mains avant :
 - de mettre des gants et examiner (contact direct avec) un client,
 - de mettre des gants stériles ou désinfectés à haut niveau pour des interventions chirurgicales
- Se laver les mains après :
 - chaque examen d'un client,
 - avoir manipulé des objets utilisés,
 - tout contact direct avec des liquides biologiques,
 - avoir enlevé les gants.
- Utiliser du savon liquide ou du savon solide. Si savon solide, utiliser des porte-savons qui laissent égoutter l'eau
- Eviter de plonger les mains à maintes reprises dans des cuvettes contenant de l'eau stagnante
- A défaut d'eau courante :
 - utiliser un contenant muni d'un robinet que l'on peut fermer pendant qu'on se savonne les mains et ouvrir à nouveau pour les rincer ;
 - pour les mains, utiliser un produit antiseptique n'exigeant pas de rinçage.
- Se sécher les mains avec une serviette individuelle en tissu ou en serviette jetable.
- A défaut de système de vidange, recueillir les eaux usées dans une cuvette et jeter le contenu dans les toilettes.

I - 2 . 2 RECOMMANDATIONS POUR L'UTILISATION SANS RISQUE DES AIGUILLES ET DES OBJETS TRANCHANTS

- Ne jamais recapuchonner les aiguilles,
- utiliser à chaque fois que possible du matériel à usage unique,
- utiliser un lot de matériel individuel pour chaque accouchement,
- ne pas utiliser les ciseaux à épisiotomie déjà utilisés pour couper le cordon ombilical,
- après usage, placer les objets tranchants dans une boîte de sécurité avant de les incinérer ou de les enterrer,

- porter des gants de ménage épais.

I - 2 . 3 RECOMMANDATIONS POUR L'UTILISATION DES EQUIPEMENTS DE PROTECTION INDIVIDUELLE.

- Le port des gants
 - tout le personnel doit porter des gants avant d'entrer en contact avec le sang ou les liquides biologiques d'un client
 - utiliser une nouvelle paire de gants pour chaque client
 - utiliser des gants neufs, à usage unique
 - Pour des interventions médicales comme les examens gynécologiques, lorsqu'on touche des blessures ou des plaies ouvertes, on peut utiliser des gants désinfectés à haut niveau (à usage unique ou réutilisables).
 - Utiliser uniquement des gants stériles pour les interventions chirurgicales
 - Utiliser des gants de ménage épais et propres pour le nettoyage des instruments, des matériels et des surfaces souillées.
- Se protéger contre les éclaboussures de sang ou autres liquides biologiques par le port de tablier ou de surblouse en matière plastique
- Porter des lunettes et un masque pour la protection des yeux et des muqueuses
- Protéger les pieds des objets tranchants ou lourds pouvant tomber accidentellement, par le port de bottes propres.

I - 2 . 4 RECOMMANDATIONS POUR LA DECONTAMINATION DES EQUIPEMENTS ET MATERIELS

La décontamination est la première étape du traitement des instruments chirurgicaux et des gants utilisés qui ont pu être en contact avec les liquides biologiques (inactive rapidement les virus du VIH/ SIDA et de l'hépatite B).

- Pour les instruments :
 - plonger les instruments souillés pendant 10 minutes dans une solution de chlore à 0,5 % mise dans un récipient fermé,
 - enfiler des gants de ménage,
 - retirer les objets de la solution chlorée,
 - laver les instruments avec de l'eau savonneuse et une brosse,
 - rincer avec de l'eau propre,
- pour une surface exposée au liquide biologique (table d'examen gynécologiques, table d'opération) utiliser une solution chlorée à 0,5 %) :
- Quand les équipements ont été décontaminés, ils doivent être traités par nettoyage et finalement stérilisés à haute qualité.

Pour obtenir de l'eau chlorée à 0,5%, procéder comme suit :

- **Si eau de javel à 12°, il faut pour 1 verre d'eau de javel, 6 verres d'eau courante**
- **Si eau de javel à 8°, il faut pour 1 verre d'eau de javel, 4 verres d'eau courante.**

I - 2 . 5 RECOMMANDATIONS POUR LA DESINFECTION DE HAUT NIVEAU (DHN) ET STERILISATION

- La stérilisation devrait être l'étape finale du traitement des instruments et autres articles utilisés pour les interventions chirurgicales. C'est la méthode la plus sûre et la plus efficace.
- Dans les cas où le matériel de stérilisation n'est pas disponible, on peut utiliser la DHN par trempage pendant 20 minutes dans un désinfectant chimique ou par ébullition pendant vingt minutes.
- La désinfection de haute qualité tue tous les microorganismes mais ne tue pas de manière fiable les endospores bactériennes. Le personnel doit être au courant de cette limitation surtout si le tétanos qui est une maladie causée par des endospores produites par la bactérie appelée *Clostridium tetani*, représente un risque important.

I - 2 . 6 RECOMMANDATIONS POUR LE TRAITEMENT DES DECHETS

I-2-6-1 Notion de déchets hospitaliers

On entend par **Déchets Hospitaliers**, l'ensemble des déchets produits dans un établissement hospitalier. Ces déchets comportent les déchets produits par les activités de soins de santé, les déchets issus des activités de ménage, les déchets de construction et de démolitions, les déchets verts de jardinage et tous les autres déchets assimilés (Arrêté n°131 MSHP/CAB/DGHP/DRHP du 03 Juin 2009).

On entend par **Gestion des déchets** : l'ensemble des activités de formation de tous les acteurs impliqués, de tri à la production, de pré-collecte, de collecte, de stockage, de transport et de traitement des déchets.

Ces déchets sont classés en trois catégories :

– **Les déchets ménagers et assimilés : catégorie 1 ;**

Ce sont les déchets provenant, dans les établissements menant des activités du secteur de la santé, des activités de ménage, de restauration, de construction, de démolitions, de jardinage et de l'administration et qui n'ont pas été en contact avec un agent infectieux provenant des activités de soins médicaux.

– **Les déchets médicaux infectieux : catégorie 2 ;**

Ils sont composés de déchets anatomiques humains et animaux et de déchets non anatomiques.

– **Les déchets médicaux non infectieux : catégorie 3.**

- Les déchets pharmaceutiques (Catégorie 3a) Ce sont les médicaments périmés, altérés ou résiduels, les vaccins morts, les anatoxines, etc.
- Les déchets chimiques (Catégorie 3b):

I-2-6-2 Gestion des déchets

I-2.6.2.1 Gestion des déchets au niveau des établissements sanitaires

- Pré-collecte des déchets aux points de production

Les prescripteurs/administrateurs de soins doivent :

- faire le tri des déchets pendant qu'il les produit ;
- utiliser les récipients correspondant à chaque type de déchets.

- Collecte des déchets et transport aux points de stockage

- Disposer d'équipements appropriés pour la collecte et le transport in situ des déchets médicaux à savoir chariot étanche avec couvercle, équipements de sécurité, contenants de grands volumes, etc. ;
- Séparer les déchets par type depuis la production jusqu'à l'élimination finale ;
- Regrouper les déchets médicaux souillés pré-collectés dans une autre poubelle réservée à cet effet. Ceci est valable pour les autres types de déchets ;
- Collecter chaque jour les différents types de déchets.

NB : Ne jamais mélanger les déchets après la pré-collecte dans une même poubelle. Le tri des déchets à la production et les modalités de conditionnement doivent se faire conformément aux prescriptions du tableau en annexe 1.

- Stockage des déchets médicaux

Sur les sites de production et dans les installations d'entreposage, les déchets médicaux à risques infectieux autres que les déchets anatomiques doivent être entreposés dans des locaux répondant à certaines exigences. Ces locaux doivent :

- être réservés à l'entreposage des déchets et peuvent servir, le cas échéant, à l'entreposage des produits souillés ou contaminés ;
- être situés loin des zones d'entreposage de nourritures et des cuisines et permettre un accès facile pour le personnel de gestion et pour les véhicules de transport des déchets médicaux ;
- être couverts et disposer d'un périmètre de sécurité et être isolée ;
- être verrouillables pour empêcher l'accès aux personnes non autorisées et doivent porter une grande étiquette "BIORISQUE" bien visible ;
- comporter des casiers ou de grands récipients et le socle doit être dur, étanche pour éviter les infiltrations éventuelles et permettre un nettoyage facile et une désinfection régulière ;
- avoir une surface adaptée à la quantité de déchets à entreposer et les contenants des déchets doivent être déposés sur des installations en matériau rigide, résistant aux agents corrosifs ;
- recevoir que des déchets préalablement emballés dans des contenants bien distinctifs ;
- être implantés, construits, aménagés et exploités dans des conditions offrant une sécurité optimale contre les risques de dégradation et de vol ;

- être identifiés comme à risques particuliers au sens du règlement de sécurité contre les risques d'incendie ;
- être correctement climatisés ou à défaut, ventilés et éclairés et permettre une protection des déchets contre les intempéries et la chaleur ;
- être dotés d'une arrivée d'eau et d'une évacuation des eaux de lavage vers le réseau des eaux usées ;
- faire l'objet d'un nettoyage régulier et chaque fois que cela est nécessaire.

Sur les sites de production et dans les installations d'entreposage, les déchets médicaux anatomiques doivent être entreposés dans des locaux répondant à certaines exigences. Ces locaux doivent :

- l'entreposage des déchets médicaux anatomiques ou pièces anatomiques doit se faire dans une enceinte frigorifique ou de congélation ;
- les enceintes frigorifiques ou de congélation utilisées pour l'entreposage des pièces anatomiques doivent être exclusivement réservées à cet usage et identifiées comme telles ;
- elles doivent porter une grande étiquette "BIORISQUE" bien visible ;
- l'enceinte doit être isolée et son accès doit être réservé aux personnes assurant l'entreposage ou l'évacuation des pièces ou déchets anatomiques ;
- le socle de l'enceinte doit être dur, étanche et résistant aux agents corrosifs ;
- lorsque l'enceinte frigorifique ou de congélation est placée dans un local d'entreposage de déchets, le groupe frigorifique doit être situé à l'extérieur du local afin d'éviter une élévation de la température à l'intérieur du local d'entreposage ;
- lorsque l'établissement de santé dispose d'une chambre mortuaire, les pièces anatomiques d'origine humaine peuvent être entreposées dans une caisse réfrigérée de cet équipement, réservée à cet effet.

- Transport des déchets médicaux

- Identifier un groupe de personnes ou un préposé à la collecte, au transport et à l'élimination des déchets ;
- Mettre à disposition, les équipements suivants :
 - blouses ou vêtements de sécurité ;
 - pantalons ;
 - tabliers ;
 - gants suffisamment résistants (gants industriels revêtus de caoutchouc ou gants de ménage) ;
 - cache-nez (masque, bavette) ;
 - lunette de protection ;
 - chaussures de protection (bottes).
- Transporter régulièrement les déchets du lieu de stockage sur le site de destruction ou d'élimination ;
- Eviter que les déchets ne se répandent sur le sol ou dans le camion lors du transport vers le site de destruction ;

- Pour le transport in situ des déchets médicaux, disposés au moins de chariots avec couvercle, en matériaux rigides, étanches ;

Pour le transport des déchets hors de leur lieu de production, prendre les précautions nécessaires pour éviter l'exposition du personnel de l'établissement sanitaire, des populations et de l'environnement.

- **Traitement et élimination des déchets**

- Eviter de mélanger les déchets médicaux avec d'autres déchets provenant d'autres sources comme les ménages, les commerces, les administrations et les industries ;
- Eloigner les installations d'élimination des déchets des zones résidentielles et des points d'eau ;
- Le matériel usé, tranchant, piquant (seringues, aiguilles, lames de bistouris, aiguilles de transfuseurs, de perfuseurs, intranules, trocarts, tout objet tranchant ou coupant, etc.) doivent être traité ou éliminé soit par banalisation, soit par incinération ;
- Détruire les déchets médicaux anatomiques uniquement par incinération ;
- Les déchets médicaux souillés (sondes, matériel de laboratoire, pansements, compresse, sparadrap, tampon d'alcool, bandage, perfuseurs, transfuseurs, gants, doigtiers, etc.) par le sang ou autres liquides biologiques ou par un agent infectieux seront traités ou éliminés soit par banalisation, soit par incinération ;
- Les eaux usées des établissements sanitaires seront collectées et traitées dans une station d'épuration respectant les normes en la matière ;
- Les déchets médicaux non infectieux (flacons vides, médicaments avariés, périmés, produits chimiques, etc.) seront traités ou éliminés soit par banalisation, soit par incinération ;
- Les déchets ménagers et assimilés suivront la filière de gestion des ordures ménagères ;
- En l'absence des services de la voirie, les déchets ménagers et assimilés seront soit entreposés dans une fosse septique aménagée à cet effet, soit éliminés dans une fosse à brûlage aménagée.

Remarque :

- Si tout ou partie de la filière de gestion des déchets médicaux fait l'objet d'un contrat, la partie contractante doit avoir un agrément délivré par le Ministre en charge de la Santé et de l'Hygiène Publique ou par ses services compétents.

Toute personne physique ou morale qui exerce dans le domaine de la sécurité des injections et la gestion des déchets médicaux, qu'elle soit producteur de déchets médicaux, fournisseur d'équipements ou de matériels ou exploitant d'une unité de collecte, de transport ou d'élimination doit être agréée par le Ministre en charge de la Santé et de l'Hygiène Publique. Les modalités d'agrément seront fixées par arrêté du Ministre en charge de la Santé et de l'Hygiène Publique.

- Pour tous les incinérateurs autres que les industriels ou semi-industriels utilisant ou non les déchets médicaux comme source d'énergie pour

amorcer la combustion, les déchets à incinérer doivent présenter les caractéristiques suivantes :

- contenu en matière combustible supérieur à 60% ;
 - contenu solide non combustible inférieur à 5% ;
 - contenu fin non combustible inférieur à 20% ;
 - humidité inférieure à 30%.
- Ce type d'incinérateur sera proscrit pour les déchets suivants :
- récipients de gaz pressurisés ;
 - grandes quantités de déchets chimiques réactifs, radioactifs ;
 - sels argentés et déchets de laboratoire de photographie ou de radiographie ;
 - plastiques halo géniques tels que le polyvinyle de chlorure ;
 - déchets à haute teneur en métaux lourds (mercure, cadmium, plomb, zinc, etc.),
 - déchets riches en matières grasses.

I-2.6.2.2 Matériels et fournitures standard pour garantir une élimination appropriée des déchets

Pour le gestionnaire de déchets :

- Blouses/combinaisons manches longues resserrées aux poignets ;
- Pantalons ;
- Tabliers ;
- Chaussures de protection en usage dans les milieux industriels ;
- Gants résistants pour les personnes qui transportent les déchets. L'idéal serait des gants industriels revêtus de caoutchouc ou les gants de ménage ;
- Masques pour protéger le nez et la bouche ;
- Equipements de protection oculaire (les lunettes, les visières, etc.).

Tableau indiquant le tri des déchets médicaux à la production et modalités de conditionnement

Catégories	Type de déchets	Type de contenant
1	Déchets ménagers et assimilés	Poubelles à pédale avec couvercle et munies de sachets
2a	Déchets médicaux anatomiques humains ou animaux	Poubelles étanches et autoclavables, avec couvercle, à pédale, munies de sachets plastiques rigides, étanches
2b	Matériel usé, tranchant, piquant	Boîtes de sécurité étanches, résistantes à la perforation
	Déchets liquides	Poubelles étanches avec couvercle autoclavable et muni d'un dispositif anti reflux

	Déchets médicaux souillés par du sang ou du liquide biologique ou un agent infectieux de toute sorte	Poubelles étanches avec couvercle, munies de sachets en plastique rigide et étanche
3	Déchets médicaux non infectieux	Poubelles rigides, étanches munies de couvercle et de sachets
	Déchets radioactifs	Conteneurs rigides, étanches, autoclavables et en plomb.

II - FORMATION

II - 1 NORMES

II - 1 . 1 DEFINITION

La formation est toute activité entreprise pour renforcer les compétences d'un acteur afin de lui permettre d'exécuter une activité selon le niveau requis de performance

II - 1 . 2 BUT

Permettre à l'agent de santé ou tout intervenant en santé de la reproduction d'offrir des prestations de qualité.

II - 1 . 3 OBJECTIFS

- Assurer la formation continue des intervenants en SR
- Assurer la formation sur le site / tas en vue de consolider le travail d'équipe
- Assurer la mise à niveau des intervenants en SR

II - 1 . 4 LIEUX DE PRESTATION

- Institutions de formation des agents de santé publiques et privées
- Lieu de travail
- Commune
- District
- Région
- Niveau central
- A l'étranger

II - 1 . 5 FORMATEURS

- Enseignants des institutions de formation
- Pool de formateurs aux niveaux de la commune, du district, de la région, et au niveau central...
- Responsables des services (superviseur interne), prestataires ayant reçu la formation en SR et en formation des formateurs, les superviseurs externes
- Experts internationaux

II - 1 . 6 PERIODICITE DES FORMATIONS

- Avant d'occuper le poste
- Remise à niveau selon les besoins (au moins tous les 2 ans)
- Avant l'introduction de nouveaux programmes / de nouvelles activités

- En continu sur le lieu de travail

II - 1 . 7 CIBLES

- Agents communautaires
- Prestataires
- Superviseurs à tous les niveaux
- Responsables de programme à tous les niveaux
- Responsables de la gestion d'information à tous les niveaux
- Responsables de formation à tous les niveaux

II - 2 PROCEDURES POUR LES FORMATIONS REQUISES SELON LES SERVICES OFFERTS

Activités	Cibles	Curriculum de formation	Méthodologie	Formateurs
SBC	<ul style="list-style-type: none"> Relais communautaires 	<ul style="list-style-type: none"> Counseling PF Utilisation de la liste de contrôle pour l'offre de CO, barrières, CI, et CU CCC (avantages PF, CPN, paludisme chez la femme enceinte, IST /VIH/TME, violences aux femmes, calendrier vaccinal, fer et vit A) Référence 	<ul style="list-style-type: none"> Formation en groupe Formation sur le site supervision 	Prestataires CS et ou des autres niveaux du système
PF	<ul style="list-style-type: none"> Médecins Sages-femmes Infirmières / infirmiers Infirmières auxiliaires travaillant dans un service SR 	<ul style="list-style-type: none"> prévention des infections SIG / PF PFI CCC, plaidoyer, mobilisation sociale IST/VIH/sida Prévention, dépistage du cancer du col utérin (IVA, IVL) Prise en charge des violences sexuelles et domestiques 	<ul style="list-style-type: none"> Formation en groupe Stage pratique Formation sur le site Supervision documentation 	Formateurs SR à différents niveaux

Activités	Cibles	Curriculum de formation	Méthodologie	Formateurs
MCLD	<ul style="list-style-type: none"> • Médecins • Sages-femmes • Infirmières / infirmiers travaillant dans un service SR et ayant reçu une formation PFI 	<ul style="list-style-type: none"> • prévention des infections • CCV • Implants • DIU • PEC infertilité • Prévention, dépistage du cancer du col de l'utérin (IVA, IVL) • IST/VIH/sida 	<ul style="list-style-type: none"> • Formation en groupe • Stage pratique • Formation sur le site • Supervision • documentation 	Formateurs SR ou PF à différents niveaux ayant une expertise en MCLD
CPN	<ul style="list-style-type: none"> • Relais communautaire • Médecins • Sages-femmes • IDE 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation carnet santé de la mère et l'enfant • Prise en charge du paludisme pendant la grossesse • CCC (avantages AME, PF, paludisme de la femme enceinte, IST/VIH/TME, violences aux femmes, calendrier vaccinal, nutrition et micronutriments, plan de l'accouchement et préparation en cas de complications) • PTME • Dépistage du cancer du col utérin (IVL, IVA) 	<ul style="list-style-type: none"> • Formation en groupe • Stage pratique • Formation sur le site • Supervision • documentation 	Formateurs SR à différents niveaux

Activités	Cibles	Curriculum de formation	Méthodologie	Formateurs
ACCOUCHEMENT	<ul style="list-style-type: none"> • Médecins • Sages-femmes • Infirmières / infirmiers 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation du carnet de santé mère-enfant, partogramme • Prévention des infections • Santé maternelle et néonatale • SONUC • CCC : préparation en cas de complications chez la mère et le nouveau-né • CPoN. • PFI • PEC SAA 	<ul style="list-style-type: none"> • Formation en groupe • Stage pratique • Formation sur le site • Supervision • documentation 	Formateurs SR à différents niveaux
SRA	<ul style="list-style-type: none"> • Relais communautaire • Médecins • Sages-femmes • Infirmières / infirmiers 	<ul style="list-style-type: none"> • CCC (puberté, comportement responsable, toxicomanie, sexualité, sévices sexuels, avortement, grossesses précoces, grossesses non désirées, IST/vih/sida • Communication interpersonnelle • Contraception d'urgence • Méthode de barrières 	<ul style="list-style-type: none"> • Stage pratique • Formation sur le site • Supervision • documentation 	Différents niveaux ayant une expertise sur la SRA

Activités	Cibles	Curriculum de formation	Méthodologie	Formateurs
SUPERVISION	<ul style="list-style-type: none"> • Cadre de santé, • Prestataire qualifié 	<ul style="list-style-type: none"> • supervision des personnels intervenant dans les services de santé • approche APQ • supervision intégrée • six composantes SR 	<ul style="list-style-type: none"> • Formation en groupe • Stage pratique • Formation sur le site • Supervision • documentation 	Formateurs SR à différents niveaux ayant une expertise en supervision
GESTION DE PROGRAMME SR	<ul style="list-style-type: none"> • responsables de programme à différents niveaux de système de santé 	<ul style="list-style-type: none"> • management / Supervision / Suivi évaluation • plaidoyer, Communication • six composantes SR • recherche opérationnelle 	<ul style="list-style-type: none"> • Formation en groupe • Stage pratique • Formation sur le site • Supervision • documentation 	Formateurs SR à différents niveaux
FORMATION DES FORMATEURS	<ul style="list-style-type: none"> • Médecins • Sages-femmes • Infirmières / infirmiers 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboration des curricula et plans de session, matériel pédagogique • Conduite de la formation • Evaluation de la formation 	<ul style="list-style-type: none"> • Formation en groupe • Stage pratique • Formation sur le site • Supervision • documentation 	Formateurs des formateurs
FORMATIONS D'ENCADREUR DE STAGE CLINIQUE	<ul style="list-style-type: none"> • Médecins • Sages-femmes • Infirmières / infirmiers 	<ul style="list-style-type: none"> • Compétences en encadrement clinique 	<ul style="list-style-type: none"> • Formation en groupe • Encadrement • Documentation 	Formateurs et encadreur

FORMATION INITIALE :

- Infirmiers, infirmières et sages-femmes : les différentes composantes de la SR sont incluses dans le programme de formation de l'INFAS
- Médecins : les différentes composantes de la SR sont incluses dans les programmes de formation dans les Unités de Formation et de Recherches en sciences médicales.

III - GESTION

III - 1 NORMES

III - 1 . 1 DEFINITION

Manière d'administrer, de diriger, d'organiser les différentes ressources d'un service (humaines, matérielles, financières et temporelles),

- à la prévision des ressources nécessaires
- à la mobilisation et l'utilisation optimale de ces ressources ;
- au contrôle pour s'assurer que la mobilisation se fait à temps selon les quantités et les qualités requises.

III - 1 . 2 OBJECTIFS

- Améliorer la performance du centre ou du service afin d'assurer une gestion efficiente et rationnelle des ressources
- Assurer la disponibilité et l'accessibilité des ressources
- Assurer le contrôle et la maintenance des ressources

III - 1 . 3 LIEUX DE PRESTATION

- Au niveau du versant administratif : district sanitaire, région sanitaire, niveau central
- Au niveau du versant des soins : centre de santé, hôpital général, centre hospitalier régional, CHU et institutions spécialisées.

III - 1 . 4 PRESTATAIRES

- Le responsable d'un service ou d'un programme SR

III - 1 . 5 MOMENT / PERIODICITE

- Tout au long de la mise en œuvre du programme

III - 1 . 6 OBJETS

- Ressources humaines y compris les compétences techniques
- Ressources matérielles : fournitures, équipements, médicaments, infrastructures et espace
- Ressources financières
- Temps

III - 2 PROCEDURES

III - 2 . 1 GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

La gestion des Ressources Humaines (RH) dans le cadre du programme se fait selon les procédures de gestion des RH du Ministère en charge de la santé.

III - 2 . 2 GESTION DES RESSOURCES MATERIELLES ET MEDICAMENTS

III-2-2-1 Matériels et équipements

La gestion des ressources matérielles suit les procédures en vigueur dans l'administration publique. En ce qui concerne les équipements techniques, l'inscription au registre des matériels du centre est de règle, de même que l'établissement d'une fiche de stock par élément. La sortie des équipements vers un détenteur effectif se fera systématiquement à l'aide de pièces justificatives.

Ces entrées et sorties de matériels sont consignées au jour le jour sur les fiches de stock et un inventaire physique annuel est de règle.

Le service de prestations SR doit disposer :

- D'une zone d'attente où sont dispensées les séances de sensibilisation avec des bancs et des chaises, un bon éclairage et à l'abri du soleil et de la pluie
- D'une salle de counseling qui assure la confidentialité (des rideaux ou un paravent) avec une table d'examen, un point d'eau, une source de lumière, un récipient avec une solution chlorée à 0,5% pour décontaminer les instruments, une poubelle avec un sac en plastique pour les déchets contaminés, une boîte à objets tranchants ou piquants.
- D'une salle d'accouchement
- Des salles des suites de couches
- De toilettes, latrines ou WC disponibles pour les clients et les prestataires avec un point d'eau propre ou de l'eau courante et une poubelle.

III-2-2-2 Médicaments et consommables

a) Médicaments essentiels

- ❖ Les médicaments pour le traitement des IST
- ❖ Les médicaments utilisés dans le cadre de la maternité à moindre risque (y compris les SONU), suivent le circuit des médicaments essentiels dont ils font partie.
- ❖ L'inventaire des médicaments se fait selon les directives de la pharmacie de la santé publique.

b) Produits contraceptifs

La commande est établie par le niveau central sur la base des données provenant des circuits/ régions. Le mécanisme d'approvisionnement appliquera le système « pull », c'est-à-dire approvisionnement en fonction des commandes. A chaque niveau, la commande sera établie à partir du calcul de la consommation moyenne mensuelle (CMM). Les produits commandés arrivent directement au niveau de la pharmacie du district sanitaire. Les responsables de ces dernières assurent l'approvisionnement des différents intervenants en appliquant le système « pull ». Le rythme des inventaires sera effectué selon les normes en vigueur.

L'approvisionnement des relais communautaires est effectué par l'agent de santé du site de référence sur la base des consommations.

c) les autres produits :

- ❖ Sulfadoxine Pyriméthamine pour le TPI
- ❖ MII/ MILDA
- ❖ Les antirétroviraux

L'approvisionnement des différents intervenants se fait par la dotation via SSD.

III - 2 . 3 GESTION DE L'INFORMATION SANITAIRE

Les activités de gestion de l'information sanitaire comprennent : la conception, la collecte et l'analyse des données, la production et la transmission des rapports, l'utilisation de l'information sanitaire et la retro-information. En fonction du niveau de la structure sanitaire, ces activités sont organisées selon le tableau suivant.

Activités	Niveau communautaire	CSPC	Référence	District sanitaire	Région sanitaire	Niveau central
Conception						+
Collecte des données	+	+	+	+	+	+
Analyse des données		+	+	+	+	+
Production des rapports		+	+	+	+	+
Transmission des rapports		+	+	+	+	
Utilisation de l'information	+	+	+	+	+	+
Retro-information	+	+	+	+	+	+

Les ONG et les établissements sanitaires privés doivent transmettre leurs rapports d'activités au niveau central selon la voie appropriée.

III - 2 . 4 GESTION DES RESSOURCES FINANCIERES

III-2-4-1 Planification familiale

Normes	Niveau Communautaire	Sites	District sanitaire	DC PNSR / PF	Ministère
Les contraceptifs sont offerts en échange d'une participation des bénéficiaires	Gestion des recettes générées par la vente des contraceptifs par le COGES	Gestion de la petite caisse du centre.	Gestion d'un pourcentage du prix de vente envoyés par les sites et destinés au réapprovisionnement	suivi périodique	suivi périodique
La participation des bénéficiaires dépend de chaque organisation	Relais communautaires : 50 % des recettes provenant des produits contraceptifs comme motivation 50 % réapprovisionnement au site de référence	<ul style="list-style-type: none"> • planification des dépenses • motivation des prestataires • gestion de la participation pour les contraceptifs : • un pourcentage du prix de vente de produits est destiné au réapprovisionnement. Le reste est utilisé pour l'amélioration de la qualité des soins 	Encadrement	Encadrement	Encadrement

III-2-4-2 Maternité à moindre risque

Normes	Niveau communautaire	Sites	District sanitaire	Région sanitaire	Ministère
La supplémentation en fer (fer / folate) est offerte en échange d'une participation des bénéficiaires	COGES : gestion des recettes	Supervision interne mensuelle de la gestion des recettes par le chef du centre	Gestion de prix de vente envoyés par des sites et destinés au réapprovisionnement auprès du fournisseur : stockage de produit et acheminement vers la pharmacie du district	suivi périodique	Suivi périodique

III-2-4-3 IST

Normes	Niveau communautaire	Sites	District sanitaire	Région sanitaire	Niveau central
Les médicaments pour traiter les IST sont offerts en échange d'une participation des bénéficiaires	COGES : gestion des recettes	Supervision interne mensuelle de la gestion des recettes par le chef de centre	Gestion de prix de vente envoyés par des sites et destinés au réapprovisionnement auprès du fournisseur : stockage de produit et acheminement vers la pharmacie du district	suivi périodique	Suivi périodique

IV - RECHERCHE

IV - 1 NORMES

IV - 1 . 1 DEFINITION

C'est l'ensemble des activités ayant pour objet la découverte de connaissances et compétences nouvelles dans le domaine de la SR.

IV - 1 . 2 OBJECTIFS

- Identifier les problèmes et les besoins en SR
- Formuler ou réorienter la stratégie
- Evaluer le programme (pertinence, efficacité, efficience, impact)
- Améliorer la qualité des prestations

IV - 1 . 3 LIEUX

A tous les niveaux du système de santé

IV - 1 . 4 PRESTATAIRES

Tout acteur selon sa compétence et son niveau dans le système de santé

IV - 1 . 5 MOMENT / PERIODICITE

La recherche opérationnelle doit se faire avant, pendant, à la fin et après la mise en œuvre d'un programme SR donné.

IV - 1 . 6 OBJETS

- Population
- Services
- Acteurs
- Bénéficiaires
- Moyens
- Résultats, impacts

IV - 1 . 7 PROCEDURES

1. Définir l'objet de recherche en tenant compte de :

- La pertinence pour une prise de décision,
- L'utilité pour orienter les actions,
- La pratique, permettant une action sur terrain

2. Formuler la proposition de recherche avec :

- Les objectifs,
- Les méthodes de recherche appropriées

3. Rédiger le protocole de recherche selon le plan suivant

- Le contexte et la justification
- Les objectifs
- La méthodologie

- Les ressources nécessaires
- Le chronogramme
- L'impact
- Le budget

1. Valider le protocole par le comité d'éthique

5. Collecter les données en respectant le protocole

6. Effectuer le traitement et l'analyse des résultats de collecte

- En respectant le protocole de recherche,
- En utilisant la technique appropriée pour l'explication des données,
- En respectant la franchise universitaire

7. Valider les résultats par un comité d'experts

8. Effectuer la publication et la dissémination

V - SUPERVISION

V - 1 NORMES

V - 1 . 1 DEFINITION

La supervision est un processus continu qui consiste à guider, former, soutenir et encourager les initiatives du personnel sur le site de travail de sorte qu'il puisse exécuter son travail avec efficacité et conformément aux directives. Elle est ciblée sur le personnel et non pas sur les tâches.

V - 1 . 2 BUT

Fournir des services de santé de la reproduction de qualité.

V - 1 . 3 OBJECTIFS

La supervision a pour objectif principal d'améliorer la performance de l'agent de santé en vue de produire des services de qualité.

V - 1 . 4 LIEUX

A tous les niveaux du système de santé.

V - 1 . 5 SUPERVISEURS

Tout acteur ayant l'expertise à tout niveau dans le système de santé peut effectuer la supervision.

La supervision est une des activités spécifiques du PMA. Elle se fonde sur le principe de gradient de niveau de supervision. C'est ainsi que le niveau central supervise l'équipe de la direction régionale ; l'équipe de la direction régionale supervise à son tour l'équipe de la direction départementale, qui à son tour supervise les agents de santé des établissements sanitaires du district ; les agents de santé des établissements de premier contact supervisent à leur tour les relais communautaires.

V - 1 . 6 MOMENT / PERIODICITE

- Tout au long de la mise en œuvre du programme SR

V - 1 . 7 OBJETS

- Connaissances
- Attitudes
- Pratiques
- performances

V - 2 PROCEDURES

1 Supervision des responsables régionaux en SR (superviseur externe)

Tout responsable régional en SR doit recevoir une supervision un mois après sa formation ou sa nomination et tous les 6 mois par la suite. La supervision des responsables régionaux est assurée par les superviseurs centraux.

2. Supervision des responsables de district sanitaire

Tout responsable en SR du district doit recevoir une supervision, un mois après sa formation ou sa nomination et tous les 6 mois par la suite. La supervision des responsables du district est assurée par les superviseurs SR de la direction régionale de la santé.

3. Supervision des prestataires

Tout prestataire nouvellement formé doit recevoir une supervision formative au moins trois mois après sa formation. Par la suite, le rythme de supervision technique sera trimestriel. Le superviseur des prestataires en SR est le responsable en SR du district en ce qui concerne le volet technique.

4. Supervision des relais communautaires

Tous les relais communautaires nouvellement formés reçoivent une supervision formative un mois après leur formation par le responsable en SR du district et par le prestataire de leur site de référence.

V - 3 TYPES DE SUPERVISION

Le choix du style de supervision est fonction des circonstances. Il doit tenir compte de la personnalité de l'agent supervisé, du type de structure à superviser et du programme à superviser.

1. Le style autoritaire

Le responsable doit dire ce qu'il faut faire et comment il faut le faire. Il donne des instructions spécifiques et surveille de près l'exécution des tâches. Il cherche à tout voir, tout savoir, tout comprendre et à être partout. Il donne des ordres et veille à l'exécution des activités en imposant la discipline.

2. Le style démocratique ou participatif

Le superviseur fait participer son personnel à la planification des activités. Il cherche un équilibre entre les besoins des usagers clients desservis, ceux du personnel et les exigences du programme.

3. Le style laisser-faire

C'est le type de style où le superviseur fait confiance à ses collaborateurs et les laisse faire. Son souci est de contenter tout le monde.

VI - SUIVI ET EVALUATION

VI - 1 NORMES

VI - 1 . 1 DEFINITION

Le suivi est un processus périodique de collecte de données qui seront ensuite organisées et analysées, de telle sorte que l'information qui en découle puisse être utilisée pour déterminer si le programme exécute efficacement les activités prévues et dans quelles mesures il atteint les objectifs et les résultats prévus.

L'évaluation est un processus visant à contrôler régulièrement l'état d'avancement d'un programme en comparant l'exécution effective des activités et du plan de travail ; et en voyant si les activités sont achevées telles que prévues, si elles sont réalisées dans les délais prévus, si le budget est dépensé selon le plan, si des changements doivent être apportés dans la gestion ou dans le plan de travail.

VI - 1 . 2 BUT

Apporter des améliorations dans les services de la reproduction.

VI - 1 . 3 OBJECTIFS

- Assurer le suivi des activités de santé de la reproduction planifiées
- Evaluer le programme de santé de la reproduction

VI - 1 . 4 LIEUX

A tous les niveaux du système de santé

VI - 1 . 5 EVALUATEURS

- Tout acteur ayant l'expertise à tout niveau dans le système de santé

VI - 1 . 6 MOMENT/ PERIODICITE

- Avant, pendant, à la fin, et après la mise en œuvre du programme SR

VI - 1 . 7 OBJETS

- Pertinence
- Adéquation
- Progrès
- Efficacité
- Impact
- Efficience
- Viabilité

VI - 1 . 8 CONTENU

- Evaluation des connaissances et des compétences (en cours de formation)
- Suivi par le formateur 6 semaines après la formation puis tous les 3 à 6 mois
- Supervision formative semestrielle par le district
- Evaluation de la performance

- Suivi pour la qualification par le formateur au cours des formations avancées (en fonction des opportunités), ou si possible, recensement des besoins de formation ou développement de curriculum.

VI - 1 . 9 SUIVI ET EVALUATION PAR TYPE D'INTERVENANT ET PAR DOMAINE

VI-1-9-1 Niveau du plan de travail

Le suivi est trimestriel. L'évaluation se fera :

- Au niveau communautaire, en fonction des réalisations par rapport aux objectifs des connaissances, attitudes et pratiques définis.
- Au niveau de l'établissement sanitaire de premier contact : résultats atteints par rapport au plan annuel de travail
- Au niveau référence, district, régional et central : résultats atteints par rapport au plan annuel de travail

VI-1-9-2 Niveau du plan stratégique

L'évaluation est fait à mi-parcours et à la fin de la période définie.

- Au niveau des établissements sanitaires de premier contact : évaluation des objectifs préventifs promotionnels et curatifs
- Au niveau référence, district, régional et central : évaluation des objectifs préventifs promotionnels et curatifs

VI-1-9-3 Niveau des normes et procédures des prestations contenues dans le paquet minimum d'activités

Le monitoring est trimestriel en utilisant l'outil des standards des performances en continu par le superviseur interne.

- Au niveau des établissements sanitaires de premier contact, c'est l'évaluation des performances réelles.

Le monitoring est également trimestriel en utilisant l'outil des standards des performances en continu par le superviseur externe.

- Au niveau des établissements sanitaires de premier contact et au niveau référence, district, régional et central, c'est l'évaluation des performances réelles.

VII - REFERENCE, TRANSFERT ET CONTRE-REFERENCE

VII - 1 NORMES

VII - 1 . 1 DEFINITIONS

La référence est le fait que le prestataire de soins de l'établissement de premier contact envoie le malade dans un établissement de premier recours dit de référence, parce que la situation du malade nécessite un plateau technique non disponible à l'établissement de premier contact.

La contre-référence est le renvoi de l'information concernant la prise en charge et l'état clinique des patients/ clients de la structure de référence vers la structure d'origine. La contre référence implique la continuité de la prise en charge du patient.

VII - 1 . 2 BUTS

- Amener les patients/ clients vers un prestataire ou une structure disposant des capacités et de toutes les ressources nécessaires pour assurer la prise en charge de leurs problèmes sanitaires.
- Permettre au prestataire d'assurer le suivi des patients une fois de retour dans leur localité d'origine et d'améliorer la qualité des services qu'il offre.

VII - 1 . 3 OBJECTIF

Assurer la prise en charge la plus adéquate du malade, en vue de lui offrir les soins les plus adaptés et les plus qualifiés.

VII - 2 PROCEDURES POUR EFFECTUER LA REFERENCE/ TRANSFERT ET LA CONTRE-REFERENCE

Si une patiente/cliente ou un nouveau-né présente un problème dont le diagnostic et/ou le traitement n'est pas à la portée d'un prestataire ou d'une structure sanitaire (qualification du prestataire et/ou PMA non adapté), le prestataire qualifié doit sopeser les éventuels risques et avantages liés à la référence de la patiente ou du nouveau-né vers une structure d'un niveau supérieur. Pour cela, le prestataire doit tenir compte des facteurs suivants avant de décider si la référence doit être immédiate ou si elle peut attendre :

- La distance existant entre la structure de référence et le centre d'origine
- La nature du problème qui nécessite la référence
- La disponibilité des ressources pour la référence (moyen de transport, soutien médical et personnel)

Les étapes à suivre pour la référence et la contre-référence sont les suivantes :

CENTRE DE SANTE QUI EVACUE :

Référence

- Pour décider de la référence, le prestataire se base sur les algorithmes de symptômes-diagnostic-traitement;
- Informer et convaincre le client et ses accompagnateurs de la nécessité de référer et du caractère urgent ou non de son état ;
- Remplir la fiche de référence en n'oubliant pas de mentionner le caractère urgent ou non et le service où le malade doit se rendre ;
- Remettre au malade ou à ses accompagnateurs la fiche de référence ;
- Expliquer dans quel établissement et service le malade doit se rendre ;
- Inscrire à la colonne "CAT" du registre de consultation du SIG : référence ou référence urgente, la date et l'heure de référence ;
- En cas de mention de "**référence urgente**", avertir si possible la salle d'urgence de l'hôpital de l'arrivée du malade par téléphone ou radio communication et, orienter le malade à la salle d'urgence ;

- S'il est référé sans mention "**référence urgente**", il est orienté à la salle de consultation de référence.

Contre-referance

- En cas de contre référence, le prestataire de l'ESPC se base sur les informations de la fiche de référence/contre référence pour continuer les soins nécessaires au malade et pour son suivi;
- Expliquer les soins à faire et les modalités du suivi du malade;
- Faire les soins et le suivi jusqu'à guérison du malade ou nécessité d'un autre référence.

HOPITAUX DE REFERENCE QUI RECOIT :

Référence

- Pour pouvoir assurer une prise en charge adéquate des malades référés, la Direction de l'hôpital de référence se réfère à une organisation des services et des circuits décrite par les directives ;

Modalités de prise en charge

- Tout malade référé ou non passe d'abord par l'accueil qui l'oriente selon le cas;
- Tout malade référé, muni de sa fiche de référence, a la priorité sur les autres malades non référés dans les consultations de généraliste (HG) ou de spécialiste (CHR): les médecins doivent veiller à faire passer les malades référés avant les non référés.
- S'il est référé avec la mention "**référence urgente**", il est orienté à la salle d'urgence médico-chirurgicale ou à la salle d'urgence gynéco-obstétricale (HG, CHR);
- Si le malade est référé sans mention "**référence urgente**", il est orienté à la salle de consultation de référence (HG) ou à la salle de consultation de spécialité (CHR).
- Pour la prise en charge en salle d'urgence ou à la consultation, s'appuyer sur les informations de la fiche de référence.

Principe de la contre référence :

- Quand l'état du malade s'est amélioré après avoir été pris en charge à l'hôpital de référence, il doit retourner dans sa communauté de base et se faire suivre dans l'ESPC qui l'a référé jusqu'à son complet rétablissement.
- Remplir la fiche de contre référence ;
- Rassurer le client sur son état de santé ;
- Expliquer la nécessité de se présenter à l'agent de santé de l'ESPC de sa localité;
- Donner la fiche de contre référence au patient (garder une copie) en lui demandant de la remettre à l'agent de santé de l'ESPC.

REFERENCES

1. Conseil de l'Europe. Assemblée parlementaire. Rapport du 17 Juillet 2002 de la commission sur l'égalité des chances pour les femmes et les hommes.
2. JHPIEGO. Soins obstétricaux d'urgence. Guide de référence rapide pour les prestataires sur le terrain. Baltimore 2004. 106p
3. OMS/UNFPA/SAGO. Recommandations pour la pratique clinique des soins obstétricaux et néonataux d'urgence. 2009, 148p
4. OMS. Soins hospitaliers pédiatriques. Prise en charge des affections courantes dans les petits hôpitaux. Genève 2007 ; 418p
5. OMS. La lutte contre le cancer du col de l'utérus. Guide des pratiques essentielles. Genève 2007 ; 287p
6. OMS, UNFPA, UNICEF, Banque Mondiale. Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement. Genève 2002
7. OMS, UNICEF. Manuel sur la PCIME. Genève 2001 ; 162 p
8. ONU. Résolution de l'Assemblée Générale n°48/104 de Décembre 1993
9. République du Bénin. Protocoles des services de Santé Familiale. Cotonou ; 2006 ; 154 p
10. République de Côte d'Ivoire. MSHP. Arrêté n° 146 /MSHP/CAB du 4 Juin 2008.
11. République de Côte d'Ivoire. PNL. Directives de prise en charge du paludisme. 2008.
12. République de Côte d'Ivoire. PEV. Plan pluriannuel complet 2007 à 2011 du Programme Elargi de Vaccination en Côte d'Ivoire. 2007, 57 p.
13. République de Côte d'Ivoire. Rapport de détermination des produits de santé prioritaires pour l'élaboration du plan stratégique de sécurisation des produits de santé de la reproduction. Abidjan, 17 -18 Janvier 2007
14. République de Côte d'Ivoire. MSP. Arrêté No 028/ MSP/CAB du 08 février 2002
15. République de Côte d'Ivoire. PNSR. Politiques et Standards des Services de Santé de la Reproduction et de Planification Familiale de Côte d'Ivoire. 1998
16. République de Guinée ; Normes et Procédures de services en Santé de la Reproduction. Conakry 1997 ; 196 p
17. République de Madagascar. Normes et Procédures en Santé de la Reproduction. Antananarivo 2007 ; 170 p
18. République du Mali ; Politiques et Normes des services de Santé de la Reproduction. Bamako, 2007 ; 102 p.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Pratiques Familiales Essentielles (PFE)

En Côte d'Ivoire, 12 pratiques familiales essentielles (PFE) ont été retenues dans le cadre de la Stratégie de Survie de l'Enfant (SSE) et réparties en 4 groupes (Promotion de la croissance et du développement du nouveau né et de l'enfant, Prévention, Prise en charge des cas à domicile, et Recherche des soins dans un centre de santé):

+ Promotion de la croissance et du développement du nouveau né et de l'enfant (5 PFE)

1. La mère, le père ou la personne à charge du nouveau-né le prend en charge.
2. La mère allaite exclusivement le nourrisson jusqu'à 6 mois.
3. La mère nourrit l'enfant à partir de l'âge de 6 mois avec les aliments de complément équilibrés fraîchement préparés de façon hygiénique tout en continuant à l'allaiter jusqu'à 24 mois.
4. Tous les 6 mois, la mère, le père ou la personne à charge de l'enfant fait supplémenter le nourrisson et l'enfant de 6 à 59 mois en Vit A et en plus, le fait déparasiter à partir de 12 mois.
5. Les ménages consomment tous les jours du sel iodé dans leur alimentation.

+ Prévention des maladies (3PFE)

1. La mère, le père ou la personne à charge de l'enfant fait vacciner complètement l'enfant avant l'âge de 1 an.
2. La mère lave ses mains avec de l'eau propre et du savon: avant de préparer les repas des enfants, avant de nourrir les enfants, après la défécation, après avoir éliminé correctement les selles des enfants.
3. La femme enceinte et les enfants de 0 à 5 ans dorment toutes les nuits sous MII.

+ Prise en charge des cas à domicile (1 PFE)

1. La mère, le père ou la personne à charge de l'enfant donne à l'enfant le traitement adéquat à domicile: de la Diarrhée, de la Fièvre, des IRA. En plus il/elle continue à donner plus de liquide (y compris le lait maternel) et plus d'aliments à l'enfant malade.

+ Recherche des soins dans un établissement sanitaire (3 PFE)

1. La mère, le père ou la personne à charge de l'enfant reconnaît les signes de danger/gravité afin d'amener à temps l'enfant chez le prestataire qualifié (au centre de Santé) pour recevoir les soins appropriés.
2. La femme enceinte se fait suivre pour ses CPN+ et accouche sous la surveillance d'un personnel qualifié.
3. La mère et l'enfant se font suivre après l'accouchement par un personnel qualifié.

ANNEXE 2 : SIGNES D'INFECTION NEONATALE

Quels sont les signes d'infections néonatales ?

- L'ictère prononcé (coloration jaune des yeux, de la paume et la plante des pieds)
- L'anémie
- L'hyperthermie ou l'hypothermie (corps chaud ou trop froid)
- La distension abdominale (ballonnement)
- Les pustules cutanées (boutons avec liquide) nombreuses et importantes
- La rougeur ombilicale s'étendant à la zone péri ombilicale ou pus s'écoulant de l'ombilic
- La fontanelle bombée

A retenir :

En présence de l'un des signes liés aux affections néonatales, le nouveau-né doit être orienté immédiatement au centre de santé.

Rappeler régulièrement les signes de danger et d'infections néonatales à la mère et l'encourager à aller au centre de santé pour des soins appropriés.

Orienter le nouveau-né vers un centre de santé en cas de signes de danger, de signes liés aux affections néonatales

Quels sont les signes de danger ?

- La convulsion (traduire dans la langue locale)
- L'incapacité de téter (ou refus de téter)
- Les troubles du tonus (l'enfant devient mou ou raide)
- L'hyperthermie ou hypothermie (corps chaud ou trop froid)
- La léthargie ou inconscience (enfant anormalement somnolent)
- Le tirage sous costal marqué (la respiration ne descend pas ou respiration du margouillat)
- La respiration rapide (60 respirations par minute ou plus) ou lente
- Le geignement (bruit rauque entendu à l'expiration)
- La cyanose (le bébé devient foncé)

A retenir :

Tout nouveau-né qui présente un de ces signes de danger doit être orienté immédiatement au centre de santé.

ANNEXE 3 : PRISE EN CHARGE DU PALUDISME AU COURS DE LA GROSSESSE ET CHEZ L'ENFANT

LE PALUDISME DOIT ETRE EVOQUE DEVANT TOUTE FIEVRE :

- corps chaud ou antécédent de corps chaud
- température axillaire de 37°5 ou plus

Le paludisme est confirmé par :

- l'isolement du plasmodium dans le sang du malade à l'examen microscopique sur Goutte Epaisse et/ou Frottis
- ou la positivité du Test Rapide de Diagnostic (TRD)

De manière opérationnelle, le paludisme est aujourd'hui classifié sous deux formes cliniques : le paludisme simple et le paludisme grave.

1. Paludisme simple

Il se définit par :

- la présence d'une fièvre (température axillaire de 37°5 ou plus, corps chaud ou antécédent de corps chaud)
- une Goutte Epaisse positive (si réalisable)
- sans aucun signe de gravité (voir signes de gravité ci-dessous)

Les symptômes courants tels que les courbatures, les myalgies, les céphalées, les nausées, les vomissements passagers, la diarrhée, les douleurs abdominales, etc. peuvent être présents.

2. Paludisme grave

Il se définit comme étant un cas de paludisme confirmé à *Plasmodium falciparum* avec au moins un des signes suivants:

- Troubles de la conscience ou léthargie (agitation, confusion, délire, obnubilation, somnolence, coma)
- Convulsions répétées
- Anémie sévère (pâleur palmoplantaire et conjonctivale, taux d'hémoglobine < 5 g/dl ou hématocrite < 15 %)
- Prostration (*incapable de boire, manger et s'asseoir*)
- Détresse respiratoire aiguë (*respiration superficielle, respiration rapide, tirage...*)
- Choc (*pouls rapide, extrémités froides, tension artérielle basse*)
- Urines foncées ou coca cola (hémoglobinurie massive)
- Ictère (jaunisse)
- Déshydratation (soif, lèvres sèches, yeux enfoncés, fontanelle enfoncée, pli cutané abdominal persistant, absence des larmes chez l'enfant).
- Saignement anormal
- Hypoglycémie < 40 mg/dl
- Oligo-anurie (urines rares voire absentes)

Le cas de paludisme grave doit être pris en charge au sein d'une formation sanitaire.

3. Traitement du paludisme

3-1 Paludisme simple

En général chez toute personne présentant un paludisme simple, le traitement se fera en 3 jours avec la prise orale de la combinaison artésunate + amodiaquine, mais il faut respecter la posologie de 4mg/ kg/jour d'artésunate + 10mg/kg/jour d'amodiaquine base le 1^{er} jour, le 2^e jour et le 3^e jour.

En cas de contre indication ou de non disponibilité de l'association artésunate + amodiaquine, le paludisme simple sera traité par l'association Artémether + Luméfantrine qui est le médicament alternatif a utilisé conformément à la politique nationale. Mais il faut respecter la posologie de 4mg/ kg/jour d'artémether + 24 mg/kg/ jour de luméfantrine le 1^{er} jour, le 2^e jour et le 3^e jour.

En particulier chez la femme enceinte, en raison du risque élevé de paludisme grave pendant la grossesse, le paludisme simple est une urgence et requiert un traitement très efficace.

La quinine par voie orale est recommandée dans le traitement du paludisme simple à la posologie de 25 mg/kg/j en trois prises pendant 5 à 7 jours.

En cas de contre indication à la quinine il faut donner les médicaments les plus efficaces et le moins nocifs pour le fœtus.

3-2 Paludisme grave

L'antipaludique à utiliser est la quinine à la posologie de 8mg/kg de quinine base par perfusion 3 fois le premier jour et poursuivre à partir du 2^{ème} jour avec 24 mg/kg de quinine base à repartir en au moins 2 perfusions (pendant 4 à 6 jours).

La dose journalière maximale est de 24mg/kg de quinine base.

Dès que l'état du malade le permet après trois jours de perfusion, il faut faire le relais par la quinine orale.

En cas de contre-indication de la quinine (hémoglobinurie) ou de la perfusion (anémie sévère) il faut utiliser l'artémether injectable :

- ❑ Enfants: 3,2 mg/kg en injection intramusculaire (IM) le 1^{er} jour, puis 1,6 mg/kg par jour pendant 3 jours au maximum ou jusqu'à ce que le malade puisse prendre un traitement antipaludique par voie orale
- ❑ Adultes : 160 mg en IM le 1^{er} jour puis 80 mg les jours suivants

En cas de difficulté de référence, il faut administrer les sels de quinine en intra musculaire (IM) ou en intra rectale et du paracétamol à la posologie de 60 mg/Kg/Jour ou à défaut, de l'acide acétyl salicylique à la posologie de 50 mg/kg/jour, répartie en 4 à 6 prises par jour.

4. Prévention du paludisme

4-1. Chimio prophylaxie

En plus de la prise en charge de la grossesse, le régime chimio prophylactique retenu est le traitement préventif intermittent (TPI) avec Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP) administrée par voie orale à raison de 2 doses seulement (une dose = 3 comprimés) pendant la grossesse au 2^{ème} et 3^{ème} trimestre. La première dose sera donnée à partir de la 16^{ème} semaine de grossesse ou dès l'apparition des mouvements actifs fœtaux et la deuxième dose sera administrée 4 semaines après la première dose. La prise du médicament se fera sous observation directe du personnel en charge des CPN ou de l'ASC/relais communautaire dûment mandaté.

Chez la femme enceinte séropositive au VIH ne prenant pas de cotrimoxazole en régime de prophylaxie primaire des infections opportunistes, une 3^{ème} dose sera donnée un mois après la 2^{ème} dose.

Chez la femme enceinte séropositive au VIH sous prophylaxie au cotrimoxazole, il n'est pas recommandé d'administrer la SP en TPI, car le cotrimoxazole a des effets antipalustres prouvés.

Lors de l'administration de la S/P chez la femme enceinte sous prophylaxie antianémique avec l'acide folique+ fer, il est recommandé de suspendre le traitement antianémique et le reprendre quinze jours après la prise de SP.

NB : L'administration de la S/P est déconseillée au premier trimestre de la grossesse à cause du risque tératogène lié à la sulfadoxine. Il faut éviter également l'utilisation de la S-P au après la 36^{ème} semaine de grossesse à cause du risque de survenue d'ictère nucléaire chez le nouveau-né lié à la pyriméthamine.

Avant 16 semaines de grossesse, la femme sera encouragée à dormir sous la moustiquaire imprégnée d'insecticide et ce pendant la durée de la grossesse et après l'accouchement. De même, il sera conseillé de mettre des grillages ou rideaux aux portes et fenêtres de l'habitation.

En plus du Traitement Préventif Intermittent (TPI), pour éviter les piqûres de l'anophèle, toute femme enceinte doit disposer d'une MII lors du premier contact avec les services de CPN ou à l'accouchement.

Tout enfant âgé de moins de 5 ans doit disposer d'une moustiquaire imprégnée lors de la vaccination ou des séances de suivi de la croissance ou lors de tout contact avec les services de santé ou à l'occasion de séance de distribution communautaire.

ANNEXE 4 : NOUVELLES STRATEGIES THERAPEUTIQUES ANTIRETROVIRALES

1. TRAITEMENT DE L'INFECTION A VIH CHEZ L'ADULTE

1.1 SEROTYPE VIH 1

1.1.1 Régime thérapeutique de première ligne

Patients sans particularités : **Zidovudine (AZT) +Lamivudine (3TC) +Névirapine (NVP)**

- **Phase initiale (14 premiers jours)**

matin	AZT300mg + 3TC150mg +NVP200mg	Zidovudine +Lamivudine +Névirapine
Soir	AZT300mg + 3TC150mg	Zidovudine +Lamivudine

NB : contrôle ALAT à j 15

Si valeur ALAT normale (VN=Valeur Normale : 10-35 Unité Internationale/L) passer à la phase d'entretien avec les posologies suivantes :

- **Phase d'entretien à partir de j 15**

Matin	AZT300mg + 3TC150mg +NVP200mg	Zidovudine +Lamivudine +Névirapine
Soir	AZT300mg + 3TC150mg +NVP200mg	Zidovudine +Lamivudine +Névirapine

Si valeur ALAT > 3 fois la VN :

Appliquer les modalités d'arrêt de la névirapine qui consistent à retirer la névirapine et à poursuivre l'association Zidovudine + Lamivudine pendant 10 jours.

Le régime thérapeutique comprendra par la suite : Zidovudine +Lamivudine Efavirenz.

Remarque :

- Si le taux d'hémoglobine du bilan initial est **inférieur à 9g/l** la zidovudine sera remplacée par **la stavudine** pendant les 6 premiers mois.
- Chez les patients qui ont un taux d'hémoglobine au bilan initial inférieur à 8g/l ou des Polynucléaires Neutrophiles <750 mm³ avec un IMC=Indice de Masse Corporel <18 et chez les femmes de plus de 75 kg la zidovudine sera remplacée par le **Ténofovir**
- Chez les patients au stade B ou C, avec plus de 250 CD4 pour les femmes et plus de 400 CD4 pour les hommes, utiliser l'Efavirenz à la place de la Névirapine.

1.1.2 Régime thérapeutique de deuxième ligne

Patients sans particularités **Abacavir +Didanosine +Lopinavir/ritonavir**

Poids	Molécules	Posologies
< 60kg	Abacavir 300 mg	300 mg x 2/j
	Didanosine 250 mg	250 mg/j à jeun
	Lopinavir/ritonavir 200/50mg	(200/50 mg x 2) X2/j
>60 kg	Abacavir 300 mg	300 mg x 2/j
	Didanosine 400 mg	400 mg/j à jeun
	Lopinavir/ritonavir 200/50mg	(200/50 mg x 2) X2/j

- Si le **Ténofovir** a été utilisé en première ligne, La **Zidovudine** sera utilisée en deuxième ligne en lieu et place de **l'Abacavir**

1.2 SEROTYPE VIH 2 et VIH 1/2

1.2.1 Régime thérapeutique de première ligne

	Protocoles	Molécules	Posologies
CD4<= 200 cell/mm ³	Zidovudine +Lamivudine +Lopinavir/Ritonavir	Zidovudine 300 mg	300 mg x 2/j
		Lamivudine 150	150 mg x 2/j
		Lopinavir/Ritonavir 200/50 mg	(200/50 mg x 2) x2/j
CD4> 200 cell/mm ³	Zidovudine +Lamivudine +Ténofovir	Zidovudine 300 mg	300 mg x 2/j
		Lamivudine 150mg	150 mg x 2/j
		Ténofovir 300mg	300 mg x 1/j

1.2.2 Régime thérapeutique de deuxième ligne

Réservé au centre de référence.

1.3 Traitements des co-infections VIH/tuberculose et VIH/hépatite B

1.3.1 Sérotype VIH1

1.3.1.1 Régime thérapeutique de première ligne

Indications	Protocoles	Molécules	Posologies
VIH/ Tuberculose	Zidovudine +Lamivudine +Efavirenz	Zidovudine 300 mg	300 mg x 2/j
		Lamivudine 150	150 mg x 2/j
		Efavirenz 600mg	600 mg x 1/j
VIH/ Hépatite B	Ténofovir + emtricitabine + Efavirenz	Ténofovir 300mg	300 mg x 1j
		Emtricitabine 200mg	200 mg x 1/j
		Efavirenz 600mg	300 mg x 1/j

1.3.1.2 Régime thérapeutique de deuxième ligne

Réservé au centre de référence.

1.3.2 Sérotype VIH2 et VIH 1/ 2

1.3.2.1 Régime thérapeutique de première ligne

Indications	Protocoles	Molécules	Posologies
VIH/ Tuberculose	Zidovudine+ Lamivudine + Saquinavir / ritonavir	Zidovudine 300 mg	300 mg x 2/j
		Lamivudine 150	150 mg x 2/j
		Saquinavir 200/ ritonavir100	1000/100 mg x 2/j
VIH/ Hépatite B	Ténofovir + emtricitabine + Lopinavir/ritonavir	Ténofovir 300mg	300 mg x 1j
		Emtricitabine 200mg	200 mg x 1/j
		Lopinavir/ritonavir 200/50mg	(200/50 mg x 2) x 2/j

1.3.2.2 Régime thérapeutique de deuxième ligne

Réservé au centre de référence.

2. TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL CHEZ LA FEMME ENCEINTE

2.1. Femme enceinte éligible sans antécédent d'ARV

2.1.1. Régime thérapeutique première ligne :

- VIH 1 : **Zidovudine +Lamivudine +Névirapine (cf Régime thérapeutique de première ligne pour le VIH1)**
- VIH2 et 1/2 : **Zidovudine +Lamivudine +Lopinavir/Ritonavir (cf Régime thérapeutique de première ligne pour le VIH2 et VIH 1et2)**

2.1.2. Régime thérapeutique deuxième ligne

Réservé au centre de référence

2.2. Femme issue de la PTME et éligible au traitement ARV

- Pour les femmes issues de la PTME ayant reçu la Névirapine dans la combinaison prophylactique, prescrire le régime suivant **Zidovudine +Lamivudine +Lopinavir / Ritonavir (cf Régime thérapeutique de première ligne pour le VIH2 et VIH 1et2)**
- Privilégier la combinaison Zidovudine +Lamivudine +Lopinavir/Ritonavir lorsque le taux de CD4 est supérieur à 250/mm³
- Au premier trimestre, si la patiente est sous un régime ARV contenant de l'Efavirenz, il est recommandé de le remplacer par la Névirapine ou le Lopinavir/Ritonavir

3. TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL EN CAS DE VIOLENCES SEXUELLE ET D'ACCIDENTS EXPOSITION AU SANG (AES)

L'ancien régime thérapeutique : **Zidovudine +Lamivudine +Lopinavir/Ritonavir** reste en vigueur (cf. Régime thérapeutique de première ligne pour le VIH2 et VIH 1et2)

Le nouveau régime thérapeutique : **Ténofovir+Emtricitabine+ Lopinavir/Ritonavir** arrêté lors de l'atelier de révision des schémas thérapeutiques, sera applicable après révision de la quantification des ARV (cf Régime thérapeutique de première ligne dans la co-infection VIH/HépatiteB).

4. TRAITEMENT DE L'INFECTION A VIH CHEZ L'ENFANT

4.1. SEROTYPE VIH 1

4.1.1. Régime thérapeutique de première ligne

Indications	Protocoles	Molécules	Posologies
enfants de moins de 3ans	Zidovudine +Lamivudine +Névirapine	Zidovudine 10mg/ml Zidovudine 100mg Zidovudine 300mg	180-240mg/m ² de SCx2/j
		Lamivudine 10 mg/ml Lamivudine 150mg	4mg/kg x2/j
		Névirapine 10mg/ml Névirapine 200mg	160-200mg/ m ² de SCx1/j pdt 14jrs puis 160-200mg/ m ² de SCx2/j
enfants de plus de 3 ans	Zidovudine+Lami vudine +Efavirenz	Zidovudine 10mg/ml Zidovudine 100mg Zidovudine 300mg	180-240mg/m ² de SCx2/j
		Lamivudine 10 mg/ml Lamivudine 150mg	4mg/kg x2/j
		Efavirenz 30mg/ml Efavirenz 50mg, 200mg, 600mg	15mg/kg x1/j

En cas d'anémie de grade 3 et de neutropénie de grade 3 :

- zidovudine sera remplacée par **la stavudine** pendant les 6 premiers mois.

4.1.2. Régime thérapeutique de deuxième ligne

Protocoles	Molécules	Posologies
Abacavir +Didanosine + Lopinavir/ritonavir	Abacavir 20mg/ml Abacavir 300mg	8mg/kgx2/j
	Didanosine 25mg,50mg, 100mg, 200mg	10 mg/kg une fois par jour à jeun
	Lopinavir/ritonavir 80mg/20mg/ml Lopinavir/ritonavir 200/50mg	Lopinavir : 5-7,9kg : 16mg/kgx2/j 8-9,9kg : 14mg/kgx2/j 10-13,9kg : 12mg/kgx2/j 14-39,9kg: 10mg/kgx2/j Ritonavir: 7-15kg: 3mg/kgx2/j 15-40kg: 2,5mg/kg Max: 400mg+100mgx2/j

4.2. SEROTYPE VIH 2 et ½

4.2.1. Régime thérapeutique de première ligne

Protocoles	Molécules	Posologies
Zidovudine+Lamivudine +Lopinavir/ritonavir	Zidovudine 10mg/ml Zidovudine 100mg Zidovudine 300mg	180-240mg/m ² de SCx2/j
	Lamivudine 10 mg/ml Lamivudine 150mg	4mg/kg x2/j
	Lopinavir/ritonavir 80mg/20mg/ml Lopinavir/ritonavir 200/50mg	Lopinavir : 5-7,9kg : 16mg/kgx2/j 8-9,9kg : 14mg/kgx2/j 10-13,9kg : 12mg/kgx2/j 14-39,9kg: 10mg/kgx2/j Ritonavir: 7-15kg: 3mg/kgx2/j 15-40kg: 2,5mg/kg Max: 400mg+100mgx2/j

4.2.2. Régime thérapeutique de deuxième ligne

Réservé au centre de référence.

4.3. Cas particuliers

Si CD4 supérieur ou égal à **250/mm³** pour le VIH1 ou VIH2 ou VIH dual, chez l'enfant de moins de 3 ans ayant une tuberculose ou en cas de réactions sévères à la Névirapine ou à l'Efavirenz, la combinaison fixe recommandée est : **Abacavir+Lamivudine+Zidovudine** en première ligne uniquement.

4.3.1. Régime thérapeutique de première ligne

Indications	Protocoles	Molécules	Posologies
VIH/ Hépatite B	Zidovudine +Lamivudine + Efavirenz	Zidovudine 10mg/ml Zidovudine 100mg Zidovudine 300mg	180-240mg/m ² de SCx2/j
		Lamivudine 10 mg/ml Lamivudine 150mg	4mg/kg x2/j
		Efavirenz 30mg/ml Efavirenz 50mg, 200mg,600mg	15mg/kg x1/j
	Zidovudine+Lamivudine +Lopinavir/ritonavir Si valeur ALAT > 3N	Zidovudine 10mg/ml Zidovudine 100mg Zidovudine 300mg	180-240mg/m ² de SCx2/j
		Lamivudine 10 mg/ml Lamivudine 150mg	4mg/kg x2/j
		Lopinavir/ritonavir 80mg/20mg/ml	Lopinavir : 5-7,9kg : 16mg/kgx2/j

		Lopinavir/ritonavir 200/50mg	8-9,9kg : 14mg/kgx2/j 10-13,9kg : 12mg/kgx2/j 14-39,9kg: 10mg/kgx2/j Ritonavir: 7-15kg: 3mg/kgx2/j 15-40kg: 2,5mg/kg Max: 400mg+100mgx2/j
--	--	------------------------------	--

4.3.2. Régime thérapeutique de deuxième ligne

Réservé au centre de référence.

5. CALENDRIER DE PRESCRIPTION DU BILAN BIOLOGIQUE

Examen	Bilan initial	J0	J15	M1	M3	M6	M12	Disponibilité
Sérologie VIH	+							+
Numération CD4	+					+	+	+
Ag HBs		+						-
ALAT (Névirapine)	+		+	+	+	+	+	+ /-
ASAT	+		+	+	+	+	+	+ /-
Amylasémie							++	-
Glycémie	+					+	+	+
Créatinémie	+					+	+	+
Hémogramme (si AZT)	+			+		+	+	+ /-
Protéinurie sur bandelette (si TDF)		+			+	+	+	-
Cholestérol total							+	-
HDL Cholestérol							+	-
Triglycérides							+	-
Charge virale						++	+	+ /-
Test urinaire de grossesse (femme en âge de procréer)		+				+	+	-
Radiographie pulmonaire		+						.*

Le dosage de l'acide lactique se fera pour les enfants en présence de symptôme évocateur d'acidose lactique.

++ : examen à réaliser chez les enfants.

+: Ces examens seront réalisés après la quantification des intrants de laboratoire

+/- : Ces examens sont déjà réalisés dans le bilan biologique offert. Le nouveau calendrier sera pris en compte après la quantification des intrants de laboratoire.

.* : La radiographie pulmonaire sera offerte gratuitement après renforcement du plateau technique.

NB :

1. Les régimes thérapeutiques de premières et deuxièmes lignes suscitées s'appliquent à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.
2. Les centres de référence pour la prise en charge du VIH sont les suivants :
 - a. **Adulte** : Service des Maladies Infectieuses et Tropicales CHU Treichville
 - b. **Enfant** : Service de Pédiatrie CHU Yopougon
 - c. **Tuberculose** : Service de Pneumo-phtisiologie PPH CHU Cocody
 - d. **Hépatite** : Service de médecine CHU Yopougon

**ATELIER DE VALIDATION DES DOCUMENTS STRATEGIQUES DE LA SANTE DE LA
REPRODUCTION
AIBEF, Abidjan 03 novembre 2009
LISTE DES PARTICIPANTS
Cérémonie d'ouverture**

N°	NOM ET PRENOMS	STRUCTURE	FONCTION	CONTACT
1	ABAULETH RAPHAEL	CHU COCODY	Professeur agrégé de gynécologie obstétrique, Consultant	07 99 55 10- abauleth@hotmail.com
2	ABHE GNANGORAN ELIANE	DC-PNSR	Directeur Coordonnateur	08 10 57 51-leabhe@yahoo.fr
3	ABOU-KONE PAULINE	UNFPA	Expert SONU	08 08 09 11- abou@unfpa.org
4	AGOSSOU IGNACE RODRIGUE	SASED	Médecin de santé publique	05 40 69 03- agossourodrigue@yahoo.fr
5	AHIBA AKE LEON	DC-PNSR	Chargé d'étude CCC	03 60 83 43- ahiba_leon@yahoo.fr
6	ALPHONSE KOUAKOU	AIMAS	Chef service PF	
7	AMANI RENE KOUAME	UNICEF	Administrateur SMN	05 01 17 84- ramani@unicef.org
8	ASSA MELANIE	DC-PNSR	Sage femme spécialiste santé publique stagiaire	07 26 87 06- sessemelle@yahoo.fr
9	ASSAOLE DAVID	DSC	Directeur	
10	ASSI BERNARD	DGS	chargé d'étude Médecin	07 95 37 79- asbermus@yahoo.fr
11	BOHOUSSOU KOUADIO MARCELIN	RPMM-CI	Professeur honoraire de gynéco-obstétrique, expert SR, Président scientifique	07 09 36 19- bohousoukm2001@yahoo.fr
12	BOHOUSSOU PAUL ERIC	CHU TREICHVILLE	Gynécologue obstétricien	02 03 50 19- bhpe71@yahoo.fr- eric.bohoussou@yahoo.fr
13	BONI-GNAMIEN MARIE-CLAIRE	DC-PNSR	Médecin, Point focal projet fistule	05 36 00 11- gbm_claire@yahoo.fr
14	BROU MARIE SYLVANA	DC-PEV	Chargé de communication	07 26 91 63- marie_sylvana@yahoo.fr
15	DJANHAN LYDIE ESTELLE	CHU BOUAKE	Médecin gynécologue-obstétricien	07 81 43 89- lydested@yahoo.fr
16	DJEHOUE ANTOINETTE	INFAS	Enseignante, sage femme	08 50 25 87- dantoinete@yahoo.fr

17	DOGORE ELIANE M.	UNFPA	Chargée de la SPSR/PF	08 08 09 03- dogore@unfpa.org
18	DROGON N'DA N. MONIQUE	DC-PNSR	Sage femme, service suivi-évaluation	07 65 03 08- monique_ahou@yahoo.fr
19	EKOU LAURENT		Educateur	09 46 72 19- laurentekou@yahoo.fr
20	GBOBIA AMBROISE	HG ABOBO NORD	Médecin gynécologue-obstétricien	
21	HORO APOLLINAIRE	CHU YOPOUGON	Maître Assistant, gynéco-obstétrique	05 05 34 16- horoapollinaire@yahoo.fr
22	KAKOU CHRISTELLE	DIEM	Chargé d'étude	05 58 08 74 christelleyadi@yahoo.fr
23	KAMAGATE ZOUMANA	CRESARCI	Consultant	07 93 49 94- zkamagate@yahoo.fr
24	KANSAH ANTOINETTE	INFAS	Chef d'antenne INFAS Bouaké	05 64 20 29- kansahl@yahoo.fr
25	KOFFI AKOUA ISABELLE	DC-PNSR	Sage femme spécialiste santé publique	07 98 92 78- kofiisou@yahoo.fr
26	KOFFI ASSIE BERNARD	MLS/DPSE	Stagiaire	07 96 31 01/65 04 83 82- assiebernard2007@yahoo.fr
27	KONE DIOTI	CHU YOPOUGON	Gynécologue obstétricien	07 44 61 39- diotk@yahoo.fr
28	KOPOIN OTIS	MLS/DPSE	Médecin ICE	07 50 86 98- otiskopoin@yahoo.fr
29	KOUAKOU CHRISTINE épouse KOUAME	DIEM	Chargée d'études biomédicales	05 80 74 90- kalou_christine@yahoo.fr
30	KOUAKOU KOUAME CYPRIEN	CHU COCODY PEDIATRIE	Assistant Chef des cliniques	07 56 46 90- kroicy@yahoo.fr
31	MOKET GERMAINE	AIBEF	Responsable service médical, gynécologue-obstétricienne	06 33 06 38/07 01 90 56- germocket@yahoo.fr
32	N'GUESSAN AFFOUE	UNFPA	Country midwives adviser	08 76 14 44- anguessan@unfpa.org

33	N'GUESSAN-KOFFI REINE	PNSSU	Adjointe au chef de service prévention	08 95 04 91- reinengues@yahoo.fr
34	OULIBLY CLEMENTINE	JHPIEGO	Consiller Technique	07 01 58 46- oulibly@jhpiego.net
35	SEKI EVALDIE GHISLAINE	DC-PNSR	Médecin gynécologue-obstétricien	08 98 19 67- evaseki@yahoo.fr
36	SOUME DANIELLE	HG PORT-BOUET	Sage Femme	05 03 56 26
37	TANON-N'ZORE	INFAS	Enseignante, sage femme	66 51 48 43- lystanon@yahoo.fr
38	TIA YAO GBOKO	MLS/DPSE	Sous-directeur planification	08 77 37 70- tiayao@yahoo.fr
39	TOBA GENEVIEVE	DC-PNSR	Service communication	05 80 50 52- bgflorencia@yahoo.fr
40	TOURE MAZEHOUÉ S.	HG YOPOUGON	SUS	07 95 44 06- soommaze@yahoo.fr
41	TRAORE MAMADI	PNSI	Service surveillance de la santé infantile	07 12 51 12/20 22 59 70- traoremamadi@yahoo.fr
42	YAPO-KANGA ALIOCE	MLS/INSPECTION	Inspecteur	05 88 69 17- kanga_yapo@yahoo.fr
43	ZEREGBE TOH	DC-PNSR	Chargé d'étude, chargé de la PEC et qualité des soins	01 16 60 54- zeregbetoh@yahoo.fr