

Royaume du Maroc



MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
DIRECTION DE LA POPULATION  
DIVISION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

# **Les standards des méthodes de planification familiale au Maroc**

**ROYAUME DU MAROC**  
**MINISTERE DE LA SANTE**  
**DIRECTION DE LA POPULATION**  
**DIVISION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE**  
**Programme National de Planification Familiale**

**LES STANDARDS**  
**DES METHODES DE PLANIFICATION**  
**FAMILIALE AU MAROC**

Edition 2007

Dépôt légal n° 0141/2007  
ISBN n° 9954 - 476 -21-0

## PREFACE

Depuis son lancement en 1966, le Programme National de Planification familiale a eu recours à une série de stratégies pour répondre aux besoins de la population. Globalement, ces stratégies ont permis la mise en place d'un réseau de prestations impliquant les secteurs public, privé et communautaire, aussi adaptés que possible aux caractéristiques géographiques et socio-culturelles, une gamme variée de méthodes contraceptives et une stratégie nationale d'information, éducation et communication impliquant et mobilisant tous les partenaires. Les évaluations aussi bien quantitatives que qualitatives, continues ou périodiques de ces stratégies ainsi que les résultats obtenus montrent que les progrès enregistrés par le Programme National de Planification Familiale au cours des trente dernières années font du Maroc un exemple performant en la matière.

En effet, en 2003-2004, plus de trois femmes mariées sur cinq utilisent une méthode contraceptive (65,5% en milieu urbain et 59,7% en milieu rural), alors qu'en 1979-1980 à peine une femme mariée sur cinq avait recours à la contraception. Aussi, 68,8% des femmes possédant un niveau d'instruction secondaire et plus utilisent une méthode contraceptive. Parallèlement, la fécondité a connu une diminution progressive entre 1962 et 2004, l'indice synthétique de fécondité est passé respectivement de sept enfants par femme à 2,5 au niveau national, avec 2,1 enfants pour le milieu urbain et 3 enfants pour le rural. Les deux variables les plus déterminantes de la baisse de la fécondité sont l'augmentation de l'âge au premier mariage et l'utilisation de plus en plus importante de la contraception, qui atteint 63% en 2003-2004.

Cependant, la situation ne se prête pas à l'autosatisfaction. Le moment est venu pour que le Programme National de Planification Familiale consolide ses acquis, réduise les poches où les besoins en contraception restent encore non satisfaits et surtout améliore la qualité de ses prestations.

A l'aube de la décennie quatre-vingt-dix, le Ministère de la Santé s'est inscrit au principe de la qualité en élaborant un large programme d'action visant l'amélioration de la qualité des soins et des prestations à différents niveaux des stratégies de couverture, qu'elles soient fixes ou ambulatoires. Ainsi, les visites sur le terrain complétées par plusieurs études se sont penchées sur l'analyse des différents volets de la qualité des services en mettant à jour les faiblesses et les dysfonctionnements qui affectent la satisfaction des bénéficiaires, ceux qui touchent l'organisation du travail et la gestion et, enfin, ceux qui relèvent du respect des standards.

Pour remédier à cette situation, un certain nombre d'interventions concernant particulièrement les deux premiers volets précédemment cités ont déjà été mis en oeuvre, à

savoir celles orientées vers les populations cibles afin de mieux les servir, les écouter pour connaître leurs besoins, leurs soucis leurs craintes et leurs désirs ; celles orientées vers l'organisation et la gestion du travail par l'instauration d'une bonne communication interne, l'identification des problèmes, l'adoption et la planification des solutions et le suivi des résultats. La décentralisation des activités et la responsabilisation des gestionnaires et des prestataires sont aussi à l'ordre du jour.

Quant au volet relatif aux standards, le présent travail vient à point nommé pour combler cette lacune en institutionnalisant une pratique qui s'appliquerait à la mise en vigueur des normes et standards. Le processus de mise en place de ces normes doit tenir compte à la fois des aspects techniques et des aspects humains des soins et prestations par la formation, le recyclage, l'évaluation et la supervision.

Ce document vise à répondre à cette nécessité en fixant les critères minimums qui sont à même de réaliser un niveau de qualité acceptable. Il donne aux différents intervenants les outils de travail et les indicateurs de performance et d'auto-évaluation. L'analyse de la situation et la prise de décision pourront ainsi être faites au niveau des sites d'offre des prestations de planification familiale en renforçant la politique de décentralisation engagée par le Maroc en l'occurrence dans le domaine de la santé.

Par l'unification et la standardisation des critères de prestation des services, ce guide permet une analyse comparative des performances réalisées, de mesurer les écarts entre la réalité sur le terrain et les intentions projetées et d'identifier les raisons de ces écarts afin de pouvoir apporter les rectifications nécessaires pour faire respecter par les services et les prestataires les normes fixées. Il offre également aux bénéficiaires la possibilité de recevoir des services normalisés que ce soit dans le secteur public ou privé.

L'élaboration de ce document n'est pas une fin en soi. C'est de la mise en œuvre et du suivi des instructions et des recommandations qui y sont contenues qu'il s'agit et auxquels il faudrait s'ancrer. La formation des prestataires sur l'utilisation du guide est un acte préalable et indispensable. Par suite, la réorganisation des services, la redéfinition, la révision et le partage des responsabilités, la répartition des tâches, l'utilisation et l'exploitation régulière des fiches et l'évaluation périodique des activités permettant sûrement d'atteindre les buts fixés et les objectifs escomptés.

Les standards présentés et explicités dans ce document sont le fruit d'un travail concerté entre experts nationaux relevant du Ministère de la Santé, des facultés de Médecine et avec la contribution d'organismes internationaux. Ils ne doivent pas être considérés comme figés. Ils seront révisés et actualisés chaque fois que cela sera nécessaire. Les dimensions de la qualité varient en importance suivant le contexte dans lequel est déployé l'effort d'amélioration de la qualité. Nous ne devons pas oublier que les solutions aux problèmes existent souvent localement, et c'est donc là qu'elles devraient être trouvées.

Après tout cet effort, nous serons heureux de voir apparaître localement une préoccupation et une adhésion au concept et à la pratique de la qualité des services en matière de prestations de planification familiale.

## METHODOLOGIE D'ELABORATION

L'élaboration *des Standards des méthodes de planification familiale* a été réalisée dans le cadre de l'assurance qualité en planification familiale par le Ministère de la Santé selon plusieurs étapes :

- une étape d'initiation, menée par le Ministère de la Santé ;
- une étape de normalisation, confiée à un groupe d'experts nationaux du Ministère de la Santé et des facultés de médecine ; la rédaction *des standards* s'est faite sur la base d'une compulsions de la bibliographie internationale récente et sur l'expertise clinique des membres de ce groupe ;
- une étape de lecture et de correction, réalisée par un groupe d'experts et de praticiens de différents niveaux professionnels s'occupant de la planification familiale ;
- une étape d'édition, précédée par la validation *des Standards* définitivement revus et corrigés par un autre comité d'experts et de responsables de santé.

La diffusion *des Standards des méthodes de planification familiale* se fera auprès des praticiens publics et privés et des responsables de santé.

Une évaluation de l'utilisation *des Standards des méthodes de planification familiale* doit être réalisée pour identifier l'impact réel de ces normes sur la pratique de la planification familiale au Maroc et les éventuelles modifications qu'on pourrait leur apporter en fonction du développement scientifique et pratique des techniques contraceptives.



### **Comité de rédaction (édition 1999)**

Professeur Rachid Bezaoui *Coordinateur des comités d'élaboration des Standards des méthodes de planification familiale, Faculté de médecine de Rabat.*

Professeur Aïcha Kharbach *Faculté de Médecine de Rabat*

Professeur Ahmed Moussaoui *Faculté de Médecine de Rabat*

Professeur Haddou Sennane El Fehri *Faculté de Médecine de Rabat*

### **Comité de lecture (édition 1999)**

Docteur Jaouad Mahjour *Directeur de l'Epidémiologie et de la Lutte contre les Maladies*

Docteur Theo Lippeveld *Chef du Projet JSI-Maroc*

Professeur Anas Tazi Saoud *Chef du service de Réanimation, Maternité Souissi*

Docteur Redouane Abdelmoumen *Conseiller en santé publique, Projet JSI*

Docteur Mohamed Ben Chaou *Coordonnateur régional du Ministère de la Santé à Marrakech-Tansift-El Haouz*

Madame Fatima Temmar *Cadre de la Division de la Formation, Direction des Ressources humaines*

Docteur Norma Wilson *Conseillère Résidente en Gestion Qualité, URC  
Cadres de la Division de la Planification Familiale :*

Docteur Selma El Amrani

Monsieur Mohamed Hamane

Monsieur Brahim Ouchrif

Monsieur Abdelylah Lakssir

Docteur Souad Keltoum Cherkaoui

Madame Amina Oumghar

Madame Malika Bouâachra

Madame Naïma Sefiati

Monsieur Ali El Khedri

Docteur Abdelhafid Rahmani

Monsieur Elarbi Housni

Madame Khadija Selouassi

Madame Zoubida Alaoui

Monsieur Lotfi El khiyati



### **Comité de validation (Edition 1999)**

Professeur Moulay Tahar Alaoui *Directeur du Centre National de Formation en Reproduction Humaine*

Professeur Abdellatif Chaoui *Chef de service de Gynécologie-Obstétrique, Maternité Souissi*

Docteur Mostafa Tyane *Directeur de la Population*

Docteur Mohamed Abou Ouakil *Chef de Division de la PF*

Docteur Wafia Lantry *Chef du Service de Programmation et des Activités de PF, DP.*

### **Mise à jour du manuel effectuée en 2006 par :**

Docteur Mina Abaacrouche *Chef de la Division de la PF*

Docteur Hafida Yartaoui *Chef de service de Programmation et des activités de PF*

Docteur Abdelhafid Rahmani *Chef de service de Coordination et de Collaboration Intersectorielle*

Docteur Selma El Amrani, *Cadre à la Division de PF*

Docteur Houria Rharbaoui, *Cadre à la Division de PF*

Monsieur Khalifa El Massaoudi, *Cadre à la Division de PF*

## TABLE DES MATIERES

ACRONYMES .....	12
<b>INTRODUCTION</b> .....	13
I. A QUI EST DESTINE CE MANUEL? .....	13
II. OBJECTIFS DES STANDARDS DE SERVICES.....	14
III. BENEFICIAIRES DES SERVICES.....	14
IV. PRESTATAIRES DE SERVICES.....	14
V. DATE DE REVISION.....	15
<b>LES STANDARDS DES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE</b> .....	17
I. STANDARDS DE PRESTATION DES SOINS .....	17
II. STANDARDS DE GESTION DES SERVICES .....	20
III. CONDUITE D'UNE SESSION CLINIQUE .....	23
<b>LE DISPOSITIF INTRA-UTERIN</b> .....	27
I. CRITERES D'INCLUSION.....	27
II. RESSOURCES SPECIFIQUES .....	27
III. COUNSELING SPECIFIQUE .....	28
IV. SELECTION DES CLIENTES .....	29
V. PREVENTION DES INFECTIONS .....	31
VI. PROCEDURE CLINIQUE .....	32
VII. SUIVI POST-INSERTION .....	34
VIII. CAT DEVANT LES EFFETS SECONDAIRES ET LES COMPLICATIONS	35
<b>LES CONTRACEPTIFS ORAUX</b> .....	41
I. CRITERES D'INCLUSION .....	41
II. RESSOURCES SPECIFIQUES .....	41
III. STOCKAGE .....	42
<b>LES CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINES</b> .....	43
I. COUNSELING SPECIFIQUE .....	43
II. SELECTION DES ACCEPTRICES .....	45
III. PRESTATION ET SUIVI .....	46
IV. PRISE EN CHARGE DES EFFETS SECONDAIRES .....	47
<b>LES CONTRACEPTIFS ORAUX A PROGESTATIFS SEULS</b> .....	51
I. COUNSELING SPECIFIQUE .....	52
II. SELECTION DES ACCEPTRICES .....	52
III. PRESTATION ET SUIVI .....	53
IV. PRISE EN CHARGE DES EFFETS SECONDAIRES .....	54

LISTE DE VERIFICATION DES MALADIES/SYMPPTOMES .....	57
PILULES DISPONIBLES EN 2005 .....	59
<b>LA CONTRACEPTION INJECTABLE .....</b>	<b>61</b>
I. CRITERES D'INCLUSION .....	61
II. RESSOURCES SPECIFIQUES .....	61
III. COUNSELING SPECIFIQUE .....	62
IV. SELECTION DES ACCEPTRICES .....	63
V. PROCEDURE CLINIQUE .....	65
VI. SUIVI .....	65
VII. CONDUITE A TENIR (CAT) DEVANT LES EFFETS SECONDAIRES .....	66
<b>LA CONTRACEPTION CHIRURGICALE VOLONTAIRE (CCV).....</b>	<b>69</b>
INTRODUCTION .....	69
I. CRITERES D'INCLUSION (D'ELIGIBILITE) .....	69
II. RESSOURCES SPECIFIQUES .....	69
III. COUNSELING SPECIFIQUE .....	72
IV. SELECTION DES CANDIDATES .....	73
V. PREVENTION DE L'INFECTION.....	74
VI. PROCEDURES OPERATOIRES DE LA LIGATURE TUBAIRE .....	77
VII. SUIVI POST-CCV .....	81
VIII. SUPERVISION ET BILAN D'ACTIVITES .....	82
<b>ANNEXES</b>	
ANNEXE 1: GESTION DE LA LOGISTIQUE DES CONTRACEPTIFS .....	85
ANNEXE 2: FICHE D'EVALUATION ANNUELLE DE PLANIFICATION FAMILIALE .....	89
ANNEXE 3: FICHE DE LA PREVENTION DE L'INFECTION.....	97
ANNEXE 4: TECHNIQUES D'INSERTION ET DE RETRAIT DU DIU .....	101
ANNEXE 5: CHECK LIST POUR INJECTABLES .....	103
ANNEXE 6: EXEMPLE DE FORMULAIRE DE CONSENTEMENT INFORME....	105
ANNEXE 7: EXEMPLE DE FICHE INDIVIDUELLE DE CONTRACEPTION CHIRURGICALE .....	107
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b>	<b>111</b>

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Prestataires de service par méthode de P.F .....	15
Tableau 2 : Méthodes de P.F. disponibles dans les formations sanitaires .....	18
Tableau 3 : Circuit de la cliente .....	26
Tableau 4 : CAT devant les effets secondaires et les complications .....	35
Tableau 5 : DIU et métrorragies .....	37
Tableau 6 : DIU et douleurs pelviennes .....	38
Tableau 7 : Grossesse sur DIU .....	39
Tableau 8 : DIU et infection génitale .....	40
Tableau 9 : Effets secondaires de COC .....	48
Tableau 10 : Effets secondaires de COP .....	55
Tableau 11 : Injectables et saignements .....	67
Tableau 12 : Injectables et aménorrhée .....	68

## ACRONYMES

AINS	Anti Inflammatoire Non Stéroïdien
AMPF	Association Marocaine de Planification Familiale
CAT	Conduite A Tenir
CCV	Contraception Chirurgicale Volontaire
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CI	Contraception Injectable
CMM	Consommation Mensuelle Moyenne
COC	Contraception Orale Combinée
COP	Contraception Orale Progestative
DIU	Dispositif Intra-Utérin
EG	Examen Gynécologique
GEU	Grossesse Extra-Utérine
HTA	Hypertension Artérielle
HVB	Hépatite Virale B
IEC	Information, Education et Communication
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
IV	Intra veineuse
JSI	John Snow Incorporation.
LT	Ligature Tubaire
NFS	Numération Formule Sanguine
OMS	Organisation Mondiale de la santé
ONG	Organisation non Gouvernementale
PF	Planification Familiale
SIAAP	Services des Infrastructures des Actions Ambulatoires Provinciales
SIDA	Syndrome d'Immuno-Déficienc Acquis
TV	Toucher Vaginal
VIH	Virus d'Immuno-Déficienc Humaine

## INTRODUCTION

La planification familiale (PF) fait partie intégrante du plan national de santé et elle est incluse dans les activités quotidiennes des programmes de santé.

Deux principes fondamentaux doivent soutenir tout programme de PF :

- La qualité des services et des soins donnés aux couples ; et
- La satisfaction des besoins globaux de santé reproductive du couple.

Ce manuel propose des standards indispensables à la prestation de services de PF de qualité.

### *Définition d'un standard*

Un standard est défini comme un énoncé écrit portant sur la façon de répondre à des exigences de base ou d'atteindre l'excellence et donnant des indications sur ce que doivent être les services tant du point de vue du processus que de leur résultat. Le standard doit présenter les caractéristiques suivantes : poursuivre un idéal, être réaliste, pouvoir être respecté, être acceptable, être compréhensible, être élaboré par des spécialistes du domaine, reposer sur des connaissances à jour, être formulé en des termes positifs, qualifier un niveau de rendement acceptable, se rapporter au domaine étudié et se prêter à l'évaluation (1).

### **I. A QUI EST DESTINE CE MANUEL?**

Ce recueil de standards traitant de la qualité minimum requise pour les services de PF est conçu pour :

- les décideurs politiques et responsables des programmes de PF ;
- les superviseurs : délégués provinciaux et régionaux, médecins chefs des SIAAP, les animateurs de PF et les médecins chefs des centres de santé.
- les prestataires de service qui sont :
  - les médecins en fonction dans les unités de PF publiques et privées (spécialistes et généralistes) ;
  - le personnel infirmier des centres de PF (sages-femmes et infirmier(e)s) ;
  - les personnels d'appui des mêmes centres pour les tâches qui leur sont assignées.
- le personnel enseignant.

---

(1) Définition adaptée à partir du document *Normes à l'intention des établissements de soins de courte durée*. 1995, Conseil canadien d'agrément des services de santé, Ottawa, Canada.

## **II. OBJECTIFS DES STANDARDS DE SERVICES**

Les standards de PF visent à uniformiser à l'échelle nationale (secteurs public et privé), les modalités de programmation, de gestion et de prescription des pratiques contraceptives. Ils ont pour but de :

- unifier les indications des méthodes contraceptives et les attitudes vis-à-vis des services de PF ;
- définir les ressources matérielles et humaines nécessaires aux services de PF ;
- préciser pour les prestataires de services leurs tâches et leurs qualifications requises ;
- connaître les documents et supports du programme national de planification familiale ;
- savoir bien recevoir, informer et conseiller une cliente en PF ;
- connaître les contre-indications des méthodes contraceptives ;
- savoir gérer les effets secondaires éventuels des méthodes ;
- dispenser un service clinique de qualité ;
- assurer un suivi régulier de l'utilisatrice d'une méthode ;
- apprendre à la cliente à reconnaître les signes d'alarme ;
- référer la cliente vers un centre qualifié, en cas de problème majeur non gérable sur place ;
- intégrer et standardiser les mesures de prévention des infections dans chaque service de PF ;
- évaluer le processus de prise en charge des utilisatrices et les résultats attendus.

## **III. BENEFICIAIRES DES SERVICES**

C'est la vocation principale du programme de PF, ce sont :

- les couples désirant être informés sur la PF ;
- les couples désirant espacer leurs naissances ;
- les femmes désirant limiter leurs naissances pour des raisons de santé.

## **IV. PRESTATAIRES DE SERVICE**

La prestation des services de PF n'est pas limitée seulement aux médecins ; la prescription des méthodes contraceptives peut être effectuée aussi par le personnel infirmier formé (sages-femmes et infirmier(e)s). Le tableau 1 indique les profils de prestataires pour chaque méthode. Les prestataires de services doivent avoir reçu une formation adéquate dans les techniques de PF et les procédures annexes (par exemple : gestion, entretien de matériel ...)

*Tableau 1*  
**Prestataires de service par méthode PF**

<b>Prestataires</b>	<b>Méthodes</b>				
	<b>DIU</b>	<b>COC</b>	<b>CI*</b>	<b>CCV</b>	<b>Condom</b>
Gynécologue	+	+	+	+	+
Chirurgien	+	+	+	+	+
Médecin Généraliste	+	+	+	-	+
Sage-femme	+	+	+	-	+
Infirmier(e) formé(e)	+	+	+	-	+

\* La 1<sup>ère</sup> injection doit être prescrite par le médecin  
La 2<sup>ème</sup> injection peut être prescrite par la sage-femme ou l'infirmier(e) formé.

#### **V. DATE DE REVISION**

Ce manuel des standards a été élaboré en 1999. Il doit être révisé régulièrement pour suivre les développements que connaît la PF dans le monde en général et au Maroc en particulier et chaque fois qu'apparaît un changement déterminant dans le domaine.





# LES STANDARDS DES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE

Les services de PF sont offerts par :

- les centres de référence de PF, les centres de santé, les dispensaires urbains et ruraux, les équipes mobiles et les maternités publiques.
- les cliniques de PF autonomes subventionnées par les ONG (AMPF) ;
- les cabinets médicaux et cliniques du secteur privé.

La standardisation des services de PF définit le minimum acceptable des performances de la prestation de PF. Elle a pour but de déterminer la qualité et la quantité des ressources de chaque composante de la prestation.

## I. STANDARDS DE LA PRESTATION DES SOINS

La prestation des soins doit répondre à des critères rigoureux de qualité. Elle doit satisfaire les bénéficiaires des services dans leur santé reproductive, et son impact est majeur dans la survie du programme avec pour effet un changement positif des attitudes vis-à-vis de la contraception, la satisfaction des couples et l'augmentation de la prévalence contraceptive.

Les éléments intervenants sont :

### A. Relation prestataire-cliente

Elle est très importante et intervient au niveau de toutes les étapes du parcours de la cliente. La cliente doit être bien accueillie, écoutée, conseillée, mise en confiance, jamais brusquée ou contrainte.

### B. Information et counseling

L'information doit être concise, claire et adaptée sur toutes les méthodes de PF pour que la femme puisse choisir en toute liberté.

Par la suite, la cliente doit bénéficier de conseils spécifiques sur la méthode choisie et être renseignée sur les différentes étapes de la consultation clinique et du personnel qui l'entoure et se charge d'elle.

Si la méthode choisie n'est pas disponible, le centre doit référer la cliente dans des délais acceptables au centre où elle peut se la procurer.

### C. Choix de la méthode

Le centre de PF doit permettre à la cliente d'exercer un choix informé, mais personnel quant à la méthode qu'elle souhaite utiliser. Il doit assurer la disponibilité d'une large gamme de méthodes contraceptives pour satisfaire tous les choix (voir tableau 2).

Tableau 2

**Méthodes de PF disponibles dans les formations sanitaires**

Centre de PF	Méthodes				
	DIU	COC	CI	CCV	Condom
Dispensaire	+	+	+	-	+
Centre de santé	+	+	+	-	+
Centre de référence	+	+	+	+	+
Hôpital/maternité	-	-	-	+	-
Cabinet généraliste	+	+	+		+
Clinique	+	+	+	+	+
Centre de l'AMPF	+	+	+	-	+

En outre, le Programme National de PF a recouru à d'autres stratégies de couverture dont l'équipe mobile, l'agent itinérant et les pharmaciens.

**D. Ressources**

La prestation des services PF nécessite l'existence d'une structure clinique pourvue en ressources humaines et moyens matériels.

**1. Les locaux de prestation**

Les locaux doivent être assez grands pour permettre la circulation adéquate du personnel de santé et des clientes, ainsi que l'exécution facile des différentes activités de PF. Ils se composent de :

- une salle de réception et d'enregistrement qui sert de salle d'attente, d'éducation de groupe et de counseling général ;
- une salle de counseling spécifique de la méthode et d'examen physique de la femme, pour le diagnostic et le traitement si nécessaire ; elle sert pour la prescription de la méthode choisie et indiquée;
- une salle de traitement du matériel ;
- une salle d'administration et d'archivage ;
- une salle de stockage du matériel et des contraceptifs ;
- commodités (toilettes et lavabos).

**2. Les ressources humaines**

le personnel de base est composé au moins de :

- un médecin ;
- un(e) ou plusieurs infirmier(e)s
- un personnel de soutien (ménage...).

Le nombre et la catégorie du personnel affecté au centre de PF dépendront de sa localisation (urbain ou rural), de la variété et de l'importance des services à offrir en rapport avec le niveau de l'institution (hôpital, centre de référence, centre de santé, dispensaire).

Les unités de PF intégrées dans les institutions offrant des services de santé bénéficient de la structure administrative de l'institution.

### **3. Les ressources matérielles**

Elles se composent de différentes catégories de matériel fixe et de consommables :

#### ***a. Mobilier et fournitures de bureau***

- un bureau pour le médecin ;
- un bureau pour l'infirmier(e) ;
- une grande table dans la salle de réception ;
- des bancs ou chaises pour les clientes et le personnel ;
- des fournitures de bureau.

#### ***b. Matériel médico-technique***

- une table gynécologique, une source de lumière de préférence halogène ;
- une boîte de spéculums ;
- des pinces à col, à servir et à pansement ;
- des tambours à champs, à compresses et à garnitures ;
- un pèse-personne, tensiomètre, stéthoscope ;
- un poupinel, des bacs de décontamination ;
- des consommables médicaux : gants, doigtiers, seringues, gaze, coton, antiseptiques (par ex. : Bétadine\*), champs fendus.

#### ***c. Matériel éducatif***

- La trousse de démonstration : elle est utilisée pour la formation des prestataires, l'éducation sanitaire et l'information des clientes pour faire un choix (elle contient les fiches éclairées, les échantillons et les dépliants de toutes les méthodes et une petite maquette pour insertion du DIU)...
- Des diapositives et des films éducatifs en circuit vidéo (pour les centres de référence qui drainent une grande population) pour la motivation de groupe.

#### ***d. Matériel administratif***

Dossiers médicaux, ordonnances, fiches de rendez-vous et de suivi, registre d'enregistrement, fiches statistiques.

#### ***e. Matériel d'entretien***

Seaux, bacs à matériel utilisé, poubelles, serpillières, balai, raclette, savon, eau de javel, brosses.

#### ***f. Contraceptifs (annexe I)***

- valides (ni abîmés ni périmés) : pilules, injectables, DIU et condoms ;
- les composantes de gestion des contraceptifs existent dans le Manuel de gestion du stock des produits contraceptifs (Ministère de la Santé, 2<sup>e</sup> édition 1997).

### **E. Accesibilité et adaptabilité des services**

Les services de PF ne doivent pas être éloignés de la population desservie. Les jours et les horaires de service doivent être affichés bien visibles à l'entrée de l'institution et adaptés aux besoins de la communauté à desservir.

### **F. Continuité des services**

Pour rendre performant un programme de PF et intervenir efficacement dans la santé reproductrice des femmes, il faut développer des stratégies de continuité des méthodes.

#### **1. Dans l'institution :**

- donner à la cliente la possibilité de changer de méthode si elle n'est pas satisfaite ou si elle présente des effets secondaires persistants ou inacceptables pour elle ;
- instituer un service de suivi avec rendez-vous et relance pour les femmes qui ne reviennent pas.

#### **2. Dans la communauté :**

Assurer :

- un système de visite et de motivation à domicile et de suivi ;
- un approvisionnement à domicile pour certaines méthodes et pour les clientes qui habitent loin des centres par le biais des équipes mobiles.

#### **3. Le système de référence**

La continuité des services de PF dépend aussi de la qualité de liaison entre le centre de soins de base et les services de référence qualifiés. Le responsable du centre doit avoir des relations préétablies pour le transfert des clientes qui présentent des problèmes de santé ne pouvant être réglés à son niveau.

Tout transfert doit s'accompagner d'une fiche de référence précisant la situation clinique précise qui a motivé le transfert de la femme, et le responsable suivra autant que possible le développement de l'état des femmes transférées. En pratique, et sauf si le service n'est pas intégré à une maternité provinciale, la cliente sera adressée vers le centre de référence ou à défaut vers l'hôpital le plus proche dans le service de gynécologie.

## **II. STANDARDS DE GESTION DES SERVICES**

La prestation de services de PF de qualité nécessite un système de gestion bien structuré. Dans les paragraphes suivants, les standards de gestion ont été traités sous différentes composantes :

1. la supervision ; 2. le système d'information sanitaire ; 3. la gestion des stocks ;
4. l'IEC et ; 5. L'évaluation.

Les gestionnaires des programmes de PF à tous les niveaux doivent avoir une bonne connaissance du processus de gestion : savoir planifier, mettre en oeuvre, diriger, superviser et évaluer.

### **A. La supervision**

La supervision est la tâche du responsable du centre de soins et des gestionnaires des programmes à tous les niveaux. Le superviseur doit soutenir, guider et diriger le personnel de façon dynamique et positive (sans donner d'ordres ou critiquer mais plutôt en communiquant de façon constructive).

Il doit aider le personnel à résoudre les problèmes qui se posent au centre malgré la limitation des moyens. Le superviseur doit donner l'exemple même dans sa tâche de vérifier le travail des autres pour l'efficacité et la rentabilité.

Il doit veiller de façon continue à l'exécution et au suivi des programmes et garantir des soins de qualité aux clients (es) :

- sur le plan clinique : il doit s'assurer du bon déroulement de l'accueil, l'enregistrement, l'éducation de groupe, le counseling, l'examen physique des clientes, la prévention de l'infection et la prestation des méthodes contraceptives ;
- sur le plan administratif : il veillera sur la qualité et la quantité des stocks et leur renouvellement, l'entretien du matériel et le maintien des dossiers, registres, archives et fiches statistiques du centre.

**NB** : la Fiche de Supervision Intégrée de Planification Familiale (annexe 2) est un support de supervision qui permet une meilleure coordination des différentes activités du programme de PF en réalisant une supervision des différentes méthodes de PF : la pilule, le DIU, le contraceptif injectable et la CCV.

### **B. Collecte et analyse des données**

#### **1. Dossier médical**

Pour chaque cliente qui visite le centre, un dossier médical est tenu, permettant d'assurer la qualité et la continuité des prestations de PF.

#### **2. Registre**

Les activités du centre de PF doivent être documentées sur des registres d'enregistrement et des registres de gestion du matériel consommable, y compris la pharmacie courante et les stocks de contraceptifs.

#### **3. Rapports**

L'établissement de rapports mensuels, trimestriels et annuels permet d'apprécier le niveau de fonctionnement du centre et le degré de réalisation des objectifs fixés par le programme.

#### **4. Tableaux de bord**

Afin de promouvoir l'utilisation des données, une série de tableaux de bord (manuels ou informatisés) doit être mise à la disposition des gestionnaires et prestataires de service.

#### **C. Gestion des stocks (voir annexe 1)**

Elle doit répondre aux normes du Ministère de la Santé.

Le centre de PF doit avoir un endroit spécifique pour l'entreposage et le stockage des produits contraceptifs qu'il utilise. Le local doit être fermé à clé et contrôlé par un registre des stocks qui mentionnera le nombre des entrées et sorties des produits, les dates des entrées et des sorties, les péremptions et l'état du stock disponible. Le lieu doit être sec, de température modérée, les produits déposés sur des étagères loin du sol (>10cm) et des murs (>30cm). Les hauteurs des piles ne doivent pas excéder 2,50m pour les dépôts gérant des quantités importantes de ces produits.

La commande des contraceptifs doit se faire en fonction des besoins du centre et selon la procédure de gestion des stocks en vigueur.

#### **D. Information, Education, Communication (IEC)**

Pour réussir, un programme de PF doit susciter un support de la communauté. A cet effet, il doit utiliser l'information, l'éducation et la communication comme appoint aux services de PF.

L'information peut se transmettre par : 1. la communication interpersonnelle ; 2. les visites à domicile ; 3. l'équipe mobile ou les points de contact et 4. les médias (radio, TV, presse...).

Les messages doivent contenir :

- le concept et la définition de PF (espacement des naissances) ;
- les avantages et bénéfices de la contraception sur la santé de la mère, des enfants, de la famille et de la société ;
- les méthodes de PF, leur mode d'action, avantages et effets secondaires ;
- l'éducation pour la prévention des IST et du SIDA ;
- l'adresse des centres de PF avec leurs services et horaires.

#### **E. Evaluation des services**

Afin de s'assurer que les services de PF répondent aux besoins de la population, une évaluation qualitative et quantitative des services s'impose à des intervalles réguliers. Différentes méthodes peuvent être utilisées :

- interviews des prestataires;
- focus groups et entretien avec les clientes ;
- observation de poste ;
- inventaire du matériel et équipement ;
- examen des statistiques de routine ;

### **III. CONDUITE D'UNE SESSION CLINIQUE**

Le déroulement de la session clinique (voir algorithme circuit de la cliente en tableau 3) doit obéir à des règles strictes et stéréotypées pour satisfaire la cliente et atteindre les objectifs de PF : bon accueil, bon counseling, prestation de qualité et suivi adapté et efficace.

Le service sollicité doit être délivré dans des délais acceptables pour ne pas faire perdre trop de temps aux clientes.

#### **A. Accueil et enregistrement**

Le premier contact de la plupart des femmes avec le service de PF doit se faire avec respect, courtoisie, bienveillance et chaleur.

C'est le moment où l'on établit le contact pour la préparation du dossier : expliquer à la femme l'intérêt du dossier et de toutes les questions qui lui sont posées et qui permettent de mieux la connaître en vue de l'aider pour répondre au mieux à ses besoins.

On profitera de ce moment privilégié pour présenter brièvement à la femme les services offerts par le centre et les différentes étapes de la consultation.

Pour les anciennes utilisatrices, cette étape permet de revoir le dossier médical et de situer le contexte de la consultation qui peut être un contrôle ou un problème d'effets secondaires ou une complication à gérer.

Une fois le dossier rempli, on installera confortablement la cliente dans la salle d'attente.

#### **B. Education de groupe**

Le temps d'attente sera mis à profit pour une éducation de groupe, dans la salle d'attente, même si la femme vient avec un choix déjà fait d'une méthode contraceptive. Ceci permettra de faire connaître toutes les méthodes pour un choix informé et judicieux.

Le personnel doit utiliser le support d'information à sa disposition. Les informations même complètes doivent être concises pour ne pas trop durer et laisser place aux autres activités.

#### **C. Counseling**

C'est le processus à double voie par lequel une personne qualifiée et expérimentée (prestataire) aide une autre (acceptrice) à identifier ses besoins ; il représente l'étape cruciale de la consultation.

**On ne doit jamais essayer d'imposer une méthode contre le volonté de la femme.**

##### **1. Objectifs**

Le counseling aide la femme ou le couple à :

- décider de l'utilisation d'un contraceptif ;
- faire le bon choix et comprendre la méthode choisie ;



- lutter contre les fausses rumeurs ;
- renseigner sur les effets secondaires et les conduites à tenir ;
- assurer à la femme un suivi pour faire face à tout problème.

## **2. Les 3 temps du counseling sont :**

- le counseling initial,
- le counseling spécifique,
- le counseling post-prestation et suivi.

## **3. Qui assure le counseling?**

Tout prestataire de PF formé en counseling.

## **D. Examen clinique de la cliente**

La pratique de la PF est une occasion privilégiée pour la cliente de bénéficier d'un examen médical complet et gynécologique et de suivi de santé. Cet examen aura lieu après que la cliente aura arrêté son choix sur la méthode.

Pour la pilule, l'examen physique doit être fait à la première visite, avant toute prescription, afin d'éliminer les contre-indications usuelles et lors des visites de contrôle (chapitre contraceptifs oraux).

La cliente a le droit de savoir qui va l'examiner et peut à n'importe quel moment refuser l'examen ou réviser sa décision quand à la méthode choisie sans se voir interdire les autres services du centre.

### **1. L'interrogatoire**

Le prestataire doit établir de bons rapports avec l'acceptrice et s'assurer qu'elle a bien compris tout ce qui concerne la méthode choisie.

#### ***a. Objectifs***

L'interrogatoire doit :

- rechercher les problèmes médicaux qui peuvent contre-indiquer la méthode choisie ou les problèmes qui peuvent nécessiter un traitement ou un suivi particulier ;
- découvrir les problèmes de santé autres qui peuvent nécessiter une référence vers un centre plus compétent ;
- consigner sur un document de base, qui servira dans l'immédiat et pour le suivi, l'histoire de la santé de la cliente et particulièrement sa santé reproductrice.

#### ***b. Informations à recueillir :***

- identification du couple : nom, prénom, âge, parité (nombre d'enfants vivants et décédés), adresse complète ;

- statut économique : instruction, emploi, habitat, habitudes (alimentaires, tabac...);
- antécédents familiaux : HTA, cancer du sein ou gynécologique, diabète, hyperlipémie, accidents cardio-vasculaires ;
- antécédents personnels : médicaux et chirurgicaux ;
- hépatite, diabète, HTA, thrombophlébite, tumeur au sein.
- date des dernières règles ;
- antécédents gynécologiques : cycle menstruel ; régularité, abondance des règles, dysménorrhée, métrorragies, infection génitale, contraception (antérieure et actuelle, type, durée, tolérance) ;
- antécédents obstétricaux : nombre de grossesses, accouchements et suites de couches (fièvre/infection), avortements (spontanés ou provoqués) GEU ;

## 2. l'examen physique

### a. Objectifs :

- découvrir les contre-indications physiques à la méthode choisie ;
- confirmer les données de l'interrogatoire ;
- diagnostiquer les états nécessitant une référence ;
- dresser un bilan de santé de la femme.

### b. Examen général

il doit s'intéresser :

Au (x)-à	Pour rechercher
TA	HTA (TA 14/9 cm Hg)
Pouls	Irrégularité, tachycardie (>80b/mn)
Conjonctives	Anémie, ictère
Cou	Goitre
Seins	Déformation, ulcération, tumeurs, écoulement anormal
Coeur	Arythmie, bruits anormaux
Poumons	Anomalies du rythme respiratoire ou murmure vésiculaire
Abdomen	Masse abdominale, gros foie.
Membres inférieurs	Varices, oedème, phlébite
Poids	Obésité, prise de poids

### c. Examen pelvien

#### A L'inspection

Des - du	pour rechercher
Organes génitaux externes	Leucorrhées, bartholinite, végétations, ulcérations, tumeurs, prolapsus.
Vagin et col	Leucorrhées, inflammation, saignement au contact, polypes, tumeur.

***Au toucher vaginal***

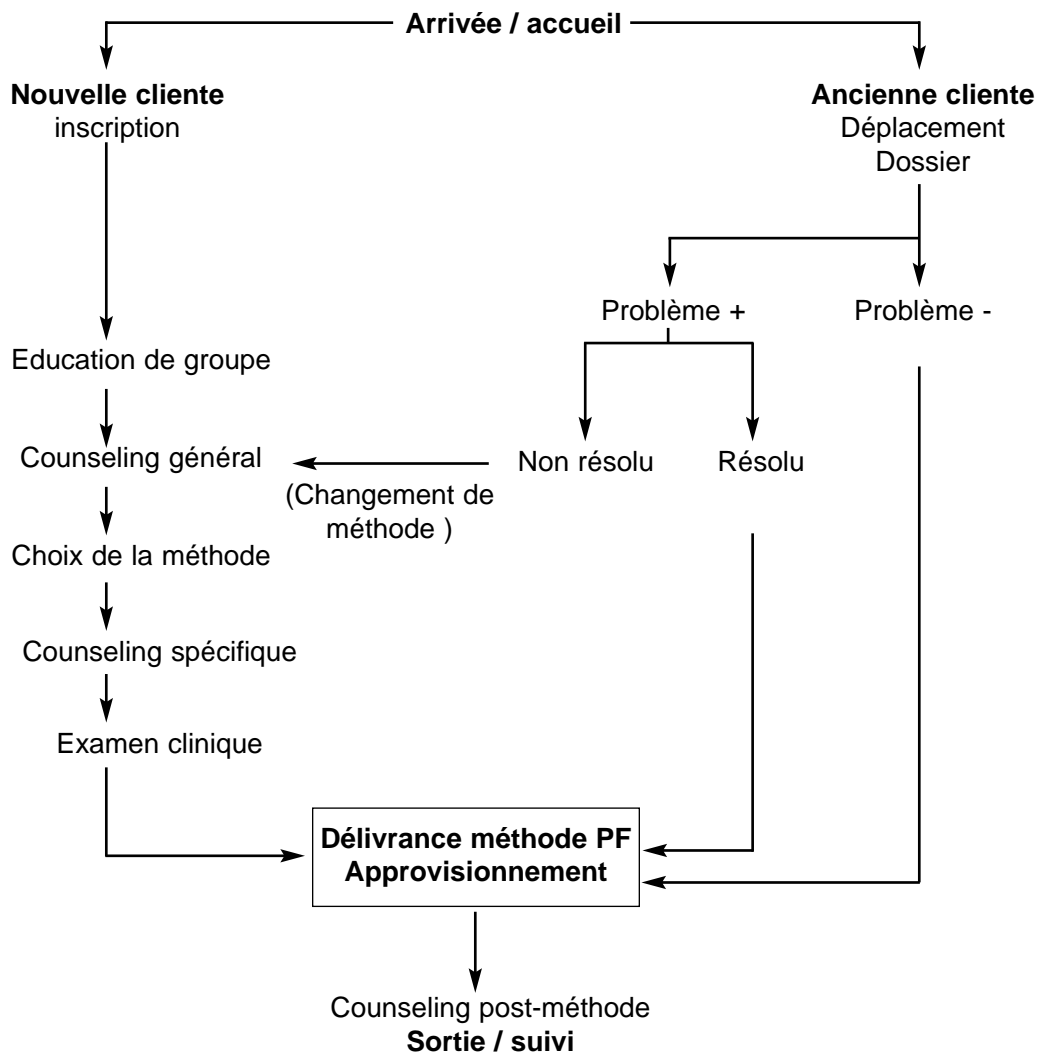
Combiné au palper abdominal, il précise :

- La taille, la position et la consistance du col et surtout de l'utérus ;
- Le volume, la mobilité et la souplesse des annexes.

**E. Les examens complémentaires**

Il ne doivent être utilisés que quand il y a nécessité et ne seront en aucun cas systématiques pour la prescription d'une méthode contraceptive.

Tableau 3

**Circuit de la cliente**

# LE DISPOSITIF INTRA-UTERIN

## I. CRITERES D'INCLUSION

La femme doit être :

- mariée, en âge de procréer et ayant au moins un enfant,
- ne présentant aucune contre-indication à la pose du dispositif intra-utérin (DIU) et
- désireuse d'une contraception de longue durée.

## II. RESSOURCES SPECIFIQUES

Pour fournir un service d'insertion de DIU, il faut les ressources spécifiques suivantes :

### A. Les locaux

Pour un service de DIU complet et de qualité, on doit disposer d'endroits spécifiques aux différentes fonctions nécessaires à l'insertion (ceux-ci seront regroupés ou isolés selon le volume de fréquentation du centre) :

- **une salle d'examen** : elle doit contenir, en plus du bureau du prestataire de service, une table gynécologique avec une bonne source de lumière et un escabeau pour l'examen et pour la pose et le retrait du DIU, un lavabo et une petite paillasse pour microscope (si le centre peut réaliser l'examen des prélèvements cervico-vaginaux et bactériologiques) ;
- **une salle de traitement du matériel** : poubelle, produits désinfectants, détergents et l'eau courante ;
- **un placard à clé ou une pièce fermée pour les stocks** (DIU et pharmacie courante).

### B. Le personnel

- Le centre de PF délivrant les prestations de DIU doit disposer de personnel formé en techniques d'insertion et retrait de DIU.
- Le nombre de ce personnel dépendra de la taille du centre, du nombre des clientes et de l'organisation des services.

### C. Le matériel spécifique à l'insertion

#### 1. L'équipement

Il comporte une table d'examen gynécologique, une source de lumière (lampe d'examen standard ou de poche), un tabouret et à la droite du praticien, une petite table de service pour

disposer le matériel nécessaire à l'insertion (boîtes d'instruments, flacons d'antiseptiques, boîtes de compresses et de garnitures, doigtiers et gants).

## **2. Le matériel d'insertion**

Il doit être facilement accessible et réuni dans des boîtes stériles qui ne seront ouvertes qu'au moment de la pose. Il se compose de :

- une boîte d'insertion contenant des spéculums, des pinces à col, des pinces à pansements (faux germes), des ciseaux longs et des hystéromètres ;
- une boîte de compresses et de garnitures stériles ;
- du matériel de retrait : pince languette à bouts fins et crochet;
- des gants stériles et des doigtiers ;
- des solutions antiseptiques (par exemple Bétadine\*...) et cupules ;
- le DIU dans son emballage stérile, non ouvert, non endommagé et non périmé ;

## **D. Le stockage des DIU\* (voir annexe 1)**

### **1. Besoins et commandes**

La commande de DIU doit se faire à temps pour éviter toute rupture de stock, mais jamais en quantité supérieure aux besoins du centre, pour être utilisés avant la date de péremption (date marquée sur l'emballage). La commande se fera selon les besoins calculés à partir de la consommation moyenne mensuelle (C.M.M.).

### **2. Conservation et péremption**

La conservation se fera dans des locaux propres, secs, à température modérée et à l'abri de la lumière du soleil répondant ainsi aux normes du Ministère de la Santé.

Les dates de fabrication et de péremption sont normalement indiquées sur le paquet de conditionnement et le sachet hermétiquement stérile du DIU, tout usage en dehors de cet intervalle d'utilisation doit être proscrit ; pour le DIU au cuivre TCu380A, la durée de conservation dans le sachet est de cinq ans à compter de la date de fabrication et la durée de l'action du DIU en intra-utérin est de 10 ans.

Le changement de couleur du cuivre sous sachet stérile valide et non abîmé ne signifie pas que le DIU est contaminé ; mais tout doute doit écarter le DIU suspect et le faire remplacer par un DIU d'emballage intact.

## **III. COUNSELING SPECIFIQUE**

A la fin de la première séance d'information générale sur les méthodes de contraception, et si la femme a choisi en toute liberté le DIU, elle passe à la salle d'examen où il faut s'assurer qu'elle a bien compris et choisi le DIU comme méthode de contraception avant de procéder à l'insertion proprement dite.

La cliente a le droit de savoir qui l'entoure, qui s'occupe d'elle et elle peut refuser à n'importe quel moment toute insertion sans se voir interdire le reste des prestations du centre de PF.

Il faut lui montrer le DIU et lui expliquer :

- le mode et la durée d'action ;
- les avantages, inconvénients et effets secondaires ;
- l'efficacité et l'innocuité des DIU.

#### **IV. SELECTION DES CLIENTES**

Une fois le DIU choisi comme moyen de contraception, le prestataire recherche à l'interrogatoire, à l'examen physique (général sommaire et gynécologique complet) et si nécessaire par des examens complémentaires : les facteurs d'indication, les précautions particulières et les contre-indications à l'utilisation du DIU.

**L'anamnèse** doit préciser le risque d'infections génitales et notamment les antécédents personnels IST/SIDA de la femme.

**L'examen physique** doit comporter obligatoirement : l'examen de la vulve, du vagin et du col utérin par la mise en place d'un spéculum, et l'appréciation par le toucher bi-manuel du corps utérin (volume et orientation) et des annexes (trompes et ovaires).

A la lumière de ceci se dégagent :

##### **A. Les indications du DIU**

Le DIU convient à la femme :

- en période d'activité génitale, désirant espacer ses naissances ;
- ayant au moins un enfant ;
- désirant une méthode de contraception prolongée et qui ne veut pas de ligature tubaire ;
- allaitante,
- qui fume ou qui a des contre-indications aux oestrogènes ;
- ayant des difficultés à utiliser les autres méthodes contraceptives ;
- ayant une contre-indication à une grossesse ;
- acceptant les troubles du cycle que pourrait induire le DIU, surtout au début de son utilisation.

##### **B. Les contre-indications du DIU**

Pour une bonne acceptabilité des méthodes contraceptives en présence d'une maladie ou d'un état pathologique, l'OMS a établi une classification basée sur la comparaison des bénéfices et des risques des méthodes contraceptives qui distingue 4 classes :

- Classe 1 : la méthode peut être utilisée en toute circonstance. Il n'y a pas de risque.

- Classe 2 : la méthode peut être généralement utilisée. Les avantages sont plus élevés que le risque.
- Classe 3 : la méthode ne peut être utilisée en général. Les risques sont plus élevés que les avantages.
- Classe 4 : la méthode est à proscrire, les risques sont importants et donc inacceptables.

Les classes 3 et 4 sont considérées comme des contre-indications adaptées au contexte marocain. En effet, ces contre-indications sont les suivantes :

- la nulliparité ;
- la grossesse sûre ou soupçonnée ;
- les malformations ou déformations (fibrome) de la cavité utérine rendant l'insertion du DIU impossible ou inadéquate ;
- le post-partum : les 4 premières semaines après l'accouchement ;
- les suites immédiates d'un avortement septique ;
- les saignements vaginaux non expliqués ;
- les suites de môle hydatiforme (simple ou compliquée) ;
- l'infection génitale aiguë ou chronique : cervicite, endométrite, salpingite et péritonite ;
- IST ou risque d'IST (partenaires multiples ou partenaires ayant des partenaires multiples) ;
- séropositivité au VIH ou SIDA maladie ;
- les cancers génitaux (col utérin, endomètre ou ovaire) ;
- la tuberculose génitale ;
- les cardiopathies valvulaires compliquées (risque de greffe oslérienne) ;
- l'anémie ;
- la dysménorrhée sévère et l'endométriose confirmée ;
- l'allergie au produit (cuivre) ;

Ces contre-indications concernent surtout les DIU au cuivre disponibles actuellement dans notre pays. Pour le DIU aux progestatifs (progestasert\* et LNG\*), il y a en plus de ces contre-indications, celles liées au cancer du sein et aux cardiopathies ischémiques.

A la fin de cette démarche clinique, la cliente sera informée de la raison pour laquelle son choix est soit contre-indiqué soit déconseillé sinon le DIU lui sera inséré.

### **C. Les examens complémentaires**

Il n'est pas nécessaire pour l'insertion ou le suivi de DIU de faire des examens de laboratoire (NFS, bactériologie, sérologie, frottis cervical ...) ou physiques (radiographie, échographie, endoscopie ...).

Cependant, toute situation clinique qui expose l'utilisatrice du DIU à des risques ou complications graves (suspicion de GEU, perforation ou migration, infection génitale aiguë, anémie aiguë, douleurs ou métrorragies rebelles aux traitements usuels), nécessite la référence rapide de la cliente en milieu spécialisé où elle peut subir les examens complémentaires nécessaires à son état de santé.

\* Nova T au lévonorgestel

## **V. PREVENTION DES INFECTIONS** (voir annexe 3)

La prévention de l'infection (PI) est un processus fondamental durant tout acte médicalisé en général et au cours de l'insertion d'un DIU en particulier qui consiste à réduire au maximum le risque de transmission des germes dans les structures de santé.

Elle vise à protéger la cliente et le personnel de santé de toutes les contaminations. Elle résume les différentes étapes de prévention de l'infection.

### **A. Principes de base**

La PI se fonde sur les principes simples suivants :

- chaque personne peut être contagieuse ;
- bien se laver les mains (eau+savon) évite la contamination entre les personnes ;
- porter des gants pour toucher la peau, les muqueuses, le sang et les sécrétions et excréments ainsi que les instruments souillés ;
- utiliser les barrières physiques et les antiseptiques (tablier, lunettes, bavette/solutions alcoolisées, iodées...).
- traiter correctement les instruments avant utilisation
- travailler méthodiquement et sûrement ;
- isoler les clientes à grand risque de transmission d'infection lors des pratiques cliniques.

### **B. Modalités pratiques**

#### **1. Le lavage des mains**

Il doit se faire avant et après chaque examen de la cliente et lors de la pose de DIU, à l'eau propre et au savon et doit être suivi d'un séchage avec une serviette propre (si possible à usage unique).

Ce réflexe doit être pratiqué, enseigné et régulièrement rappelé au personnel soignant.

#### **2. Le traitement des gants**

Si le centre dispose de gants à usage unique, utiliser une paire stérile pour chaque cliente.

Si les gants doivent être réutilisés, ils doivent être :

- décontaminés : les tremper dans une eau javellisée (dose 1/7 : eau de Javel 12°/eau) durant 10 mn puis laver et rincer ;
- stérilisés (chaleur humide) ou désinfectés à haut niveau (chaleur humide ou solutions chimiques).

#### **3. Le traitement des instruments**

Le matériel doit être décontaminé, nettoyé puis lavé et ensuite stérilisé ou désinfecté selon le protocole suivant :



- la décontamination inactive les virus du SIDA et de l'HVB, elle se fait avec du javel (hypochlorite de sodium) à raison d'une part d'eau de Javel à 12° pour sept parts d'eau, et ceci pendant 10 mn ;
- le nettoyage ; il doit se faire à la brosse et au savon pour éliminer les résidus organiques (foyers de germes) ;
- la stérilisation détruit tous les micro-organismes y compris les endospores. Elle se fait :
  - à la vapeur (autoclave) à 121°C pendant 30 mn (articles emballés) et 20 mn (articles non emballés), laisser sécher avant de retirer ;
  - à la chaleur sèche (Poupinel) : à 170°C pendant 1h ou 160°C pendant deux heures ;
  - en solution chimique : le Glutaraldéhyde (Cidex\*), les instruments seront trempés pendant 8 à 10 h ; le formaldéhyde à 8% pendant vingt-quatre heures.
- La désinfection à haut niveau : elle détruit les micro-organismes (virus du SIDA et de l'hépatite virale compris) mais ne tue pas les endospores bactériennes. Elle ne doit être utilisée que si le centre ne dispose pas de possibilités de stérilisation ; elle fait intervenir :
  - La chaleur humide : faire bouillir pendant 20 mn dans une marmite couverte les instruments totalement trempés dans l'eau ; sécher à l'air dans un plateau désinfecté puis utiliser ou stocker pendant une semaine maximum dans une boîte désinfectée recouverte ;
  - Les solutions chimiques : préparées à partir de Formaldéhyde à 8% (Formol\*) ou Glutaraldéhyde à 2% (Cidex\*) ; tremper pendant 20 mn les instruments, rincer à l'eau bouillie, laisser sécher et utiliser ou stocker dans un bac désinfecté à couvercle pendant une semaine au maximum.

#### 4. L'élimination des déchets

Elle évite la contamination de la clinique, du personnel en service et de la communauté locale. Le personnel doit porter des gants de ménage, transporter les déchets solides dans des récipients couverts aux décharges spécifiques.

- Les objets tranchants ou pointus seront mis dans des récipients ne pouvant être troués.
- Les déchets liquides seront versés dans des toilettes et évacués avec de l'eau.
- Les déchets contaminés seront brûlés, enterrés ou évacués selon les directives de la structure hospitalière.
- Après avoir mis les déchets dans les décharges spécifiques, bien laver les récipients, les gants et se laver les mains.

## VI. PROCEDURE CLINIQUE

### A. MOMENT D'INSERTION DU DIU

- **Pose standard** : le DIU doit être inséré à la fin des règles ;
- **Pose du post-partum et abortum**
  - Après un accouchement le DIU peut être posé dès la 4<sup>e</sup> semaine du post-partum pour le DIU T en cuivre ;

- Après une césarienne, le DIU peut être placé trois mois après en assurant une contraception pendant ce délai.
- Après un avortement
  - pour l'avortement de 4-6 semaines, l'insertion peut être réalisée immédiatement ou dans les sept jours après, s'il n'y a aucune contre-indication, notamment infectieuse ;
  - Pour les avortements de 8-12 semaines ou si la cliente a été mise sous un cycle de pilule, le DIU sera inséré dès la 4<sup>ème</sup> semaine (règles d'après).

## B. Règles générales

La cliente, vessie vidée, déshabillée à partir de la taille, sera installée sur la table en position gynécologique.

Le Toucher Vaginal (TV) doux doit préciser la position du col, l'orientation et le volume de l'utérus et la normalité des annexes.

Avant l'insertion, se laver les mains à l'eau et au savon avant d'enfiler des gants stériles ou décontaminés sur les deux mains.

Le spéculum doit être lubrifié puis placé doucement, exposant vagin et col-utérin.

Le vagin et le col-utérin seront nettoyés préalablement à l'antiseptique.

Le col doit être pris par la pince de Pozzi sur sa lèvre postérieure (pour un utérus antéversé), puis tiré doucement pour l'aligner sur le corps utérin.

L'hystéromètre en premier, qui permettra de sonder et de mesurer la taille de la cavité, et l'applicateur du DIU doivent être introduits doucement et ne doivent ni toucher les parois du vagin, ni être introduits dans le canal cervical plus qu'une seule fois.

Retirer l'inserteur, couper les fils à 3 cm de l'orifice du col, retirer la pince et le spéculum. Une fois l'insertion terminée, garder la cliente allongée pour quelques minutes (pour éviter les malaises post-insertion), lui servir une garniture stérile avant de lui demander de se rhabiller.

L'antibiothérapie prophylactique post-insertion n'est pas systématique, mais les femmes à haut risque (valvulopathies) seront protégées par une cure d'Amoxicilline (2gr/jx 5 jours) ou d'Erythromycine (2gr/jx 5 jours) pour celles qui présentent une allergie aux pénicillines.

## C. L'insertion proprement dite (voir annexe 4)

En pratique, les différents types de DIU reconnaissent de légères variantes d'insertion propres à chacun des DIU ; celles-ci sont décrites de façon détaillée dans la notice d'insertion qui accompagne le DIU à l'achat et qui doit être lue avec attention avant toute pose.

- **Insertion du TCU 380 A** : elle se fait par la technique d'insertion par retrait.
- **Insertion du Nova-T** : se fait par technique d'insertion par retrait.
- **Insertion du Progestasert** : se fait par technique d'insertion par poussée.

### **D. La technique de retrait du DIU (voir annexe 4 )**

Après avoir repéré les fils au niveau de l'orifice externe du col, tirer doucement les fils par une pince languette . Si les fils cassent ou ne sont pas visibles, le DIU sera retiré par une pince fine ou un crochet.

Si le prestataire échoue, ne pas s'acharner et référer la cliente vers le centre spécialisé le plus proche pour vérification par échographie et utilisation de moyens appropriés pour le retrait.

## **VII. SUIVI POST-INSERTION**

Juste après l'insertion du DIU, il faut donner à la cliente sa fiche de suivi avec les rendez-vous précisés et la personne contact en cas de problème.

En pratique, il faut renforcer les informations données avant l'insertion, en insistant sur les précautions d'hygiène intime et les signes d'alarme qui doivent pousser l'utilisatrice à consulter au centre de PF, le plus tôt possible en cas de problème.

### **A. Les visites du suivi**

Lors de ces visites, il faut s'assurer que la femme est satisfaite du DIU et recueillir son feedback. Le premier contrôle doit se faire 4 à 6 semaines après l'insertion. Ce contrôle est indispensable à ce moment là. Il permet de diagnostiquer une éventuelle complication post insertion. Les contrôles réguliers tous les 6 mois ont pour but de réexaminer la cliente en dehors des périodes des règles, pour confirmer la présence du DIU, rassurer l'acceptrice, reconnaître et traiter les effets secondaires. Ce suivi fréquent réduira le lot des utilisatrices de DIU susceptibles d'arrêter la méthode précocement à cause d'effets parfois mineurs et évitables.

Le personnel responsable de ce suivi doit être vigilant, pour identifier les complications graves nécessitant de référer la cliente vers un centre qualifié pour une prise en charge appropriée.

### **B. Le Counseling post-insertion**

Le suivi régulier suppose que la cliente n'a aucun problème. Dans le cas contraire, elle devra consulter le centre à n'importe quel moment, le personnel de santé qui y travaille devra être toujours disponible et bien accueillant pour répondre à toute inquiétude ou attente de la femme.

Il a pour objectifs de :

- rappeler les effets secondaires et leur gestion ; et
- insister sur les signes d'alarme qui doivent faire consulter (voir complications tardives).

**VIII. CAT DEVANT LES EFFETS SECONDAIRES ET LES COMPLICATIONS**

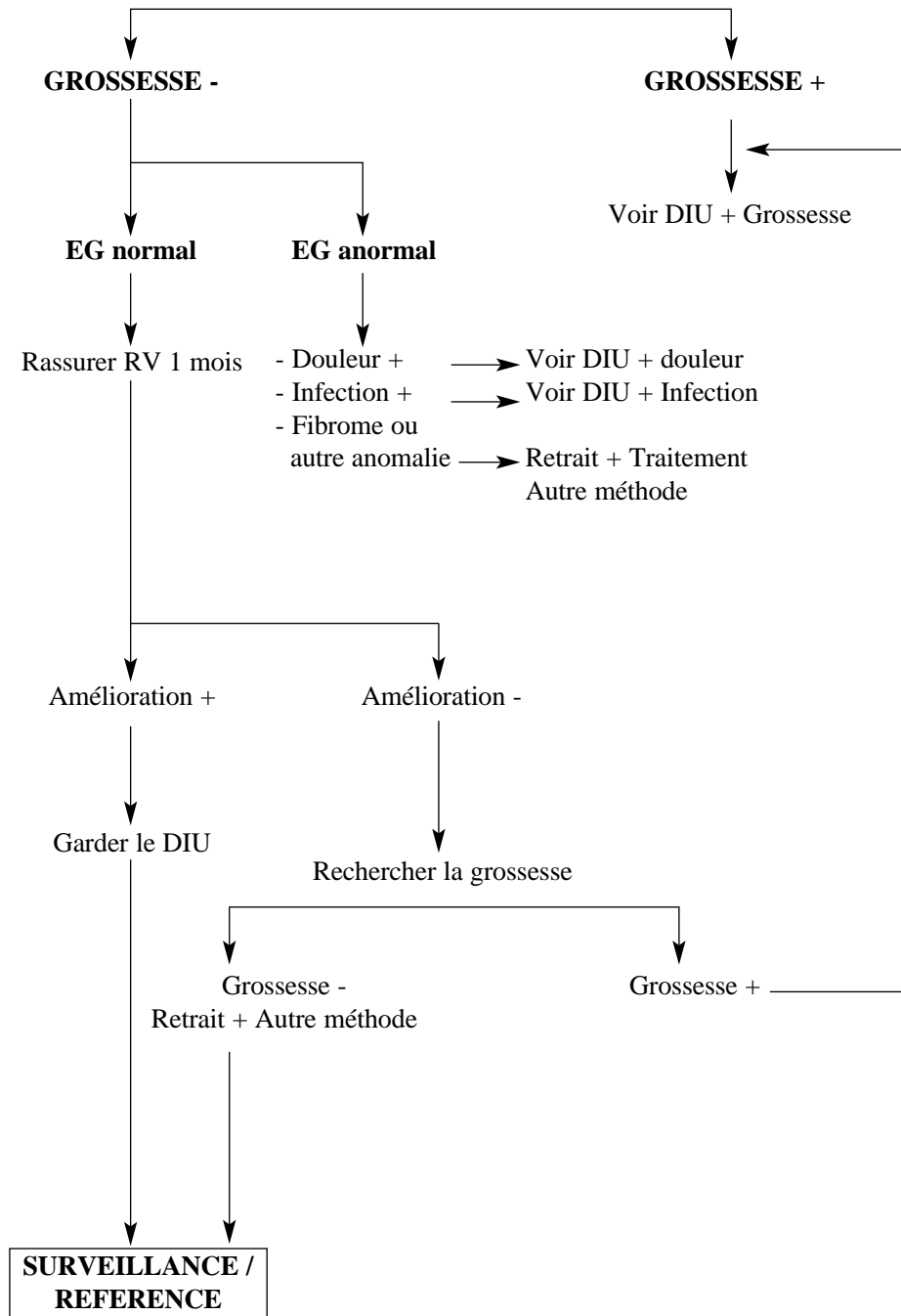
L'insertion d'un DIU peut se traduire par un certain nombre de complications ou d'effets secondaires qui nécessitent des conduites rigoureuses et adaptées. Un résumé de ces complications et des conduites à tenir est donné dans le tableau 4. Les tableaux 5 à 8 donnent les conduites à tenir lors des principaux effets secondaires et complications sous forme d'algorithme.

*Tableau 4***CAT devant les effets secondaires et les complications**

<b>Effets secondaires</b>	<b>Conditions à tenir</b>
LES SAIGNEMENTS	Causés par le DIU lui - même ou la pince à col, ils régressent spontanément ou à la compression vaginale; sinon, utiliser des hémostatiques (3 comprimés par jour pendant 5 jours)
LES CRAMPES UTERINES	Sont transitoires et cèdent aux antispasmodiques usuels (3 comprimés par jour selon le besoin)

<b>Complications</b>	<b>Conduites à tenir</b>
<b>COMPLICATIONS IMMÉDIATES</b> Surviennent à la pose du DIU ou quelques jours après	
<b>LE SPASME DU COL</b>	Si la femme est anxieuse, la mettre en confiance et prescrire des antispasmodiques
<b>LA REACTION VAGALE</b> Cette réaction est évitable chez les femmes anxieuses par une information préalable et une prémédication 30 minutes avant l'acte (1 suppo. ou 1/2 Diazepam* + 1/2 Atropine Sulfate*). mais surtout par une technique douce et rassurante pour la cliente.	Mettre la femme en position latérale de sécurité, veiller à la liberté des voies aériennes et mettre des compresses humides froides sur le visage.
<b>LA PERFORATION UTERINE</b> C'est un accident d'insertion qui ne doit pas être méconnu et qui nécessite une surveillance vigilante.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le retrait immédiat du DIU s'il est en extra -utérin et la mise de la cliente sous antibiotiques et utérotoniques (Méthyl-ergotamine*).</li> <li>• Sinon sous hémostatiques (3 comprimés par jour pendant 5 jours)</li> </ul>
<b>COMPLICATION TARDIVES</b>	
<b>LES SAIGNEMENTS :</b> (voir algorithme DIU et métrorragies en tableau 5) Sous forme de ménorragies ou méno-métrorragies.	Doivent faire rechercher une cause particulière : - une grossesse sur DIU (voir plus loin) ; - une infection (voir plus loin) ; - si l'examen gynécologique est normal, rassurer la cliente ; - la persistance des saignements doit faire changer la méthode par une autre plus adaptée ou référer la femme vers un centre qualifié si elle insiste pour garder son DIU.
<b>LES DOULEURS PELVIENNES</b> (voir algorithme DIU et douleurs pelviennes au tableau 6) Si grossesse : voir plus loin Si infection : voir plus loin Si expulsion partielle ou totale :  Si aucune cause évidente n'est identifiée :	- retirer le DIU et le remplacer par un autre DIU ou aider la femme à choisir un autre moyen de contraception ; - la cliente sera traitée par des antispasmodiques, et si son problème persiste la référer vers un centre qualifié.
<b>LA GROSSESSE SUR DIU</b> (voir tableau 7) <b>Intra-utérine :</b>    <b>Extra-utérine (GEU) :</b>	Toujours référer - référer la cliente en la rassurant sur la non influence du DIU sur le foetus, si la grossesse évolue jusqu'au terme ;  • si fils visibles et grossesse avant 13 semaines d'aménorrhée ► retrait du DIU • si fils non visibles et/ou grossesse après 13 semaines d'aménorrhée ► surveiller la grossesse à la consultation prénatale - toute suspicion de GEU est une urgence diagnostique et thérapeutique et doit être adressée au centre chirurgical le plus proche.
<b>L'INFECTION GENITALE</b> (voir algorithme DIU et infection génitale en tableau 8) <b>vaginale et/ou exo - cervicale :</b>  <b>endométriale et/salpingienne :</b>	- la cliente sera traitée par le centre de PF et le DIU gardé ; - Le DIU sera retiré, un traitement antibiotique fort, associé et prolongé instauré et dans les cas graves, la cliente doit être transférée en milieu hospitalier s'il n'y a pas d'amélioration ou si le cas est d'emblée sévère.

*Tableau 5*  
**DIU ET MÉTRORRAGIES**  
**Faire examen gynécologique (EG)**



*Tableau 6*  
**DIU ET DOULEURS PELVIENNES**

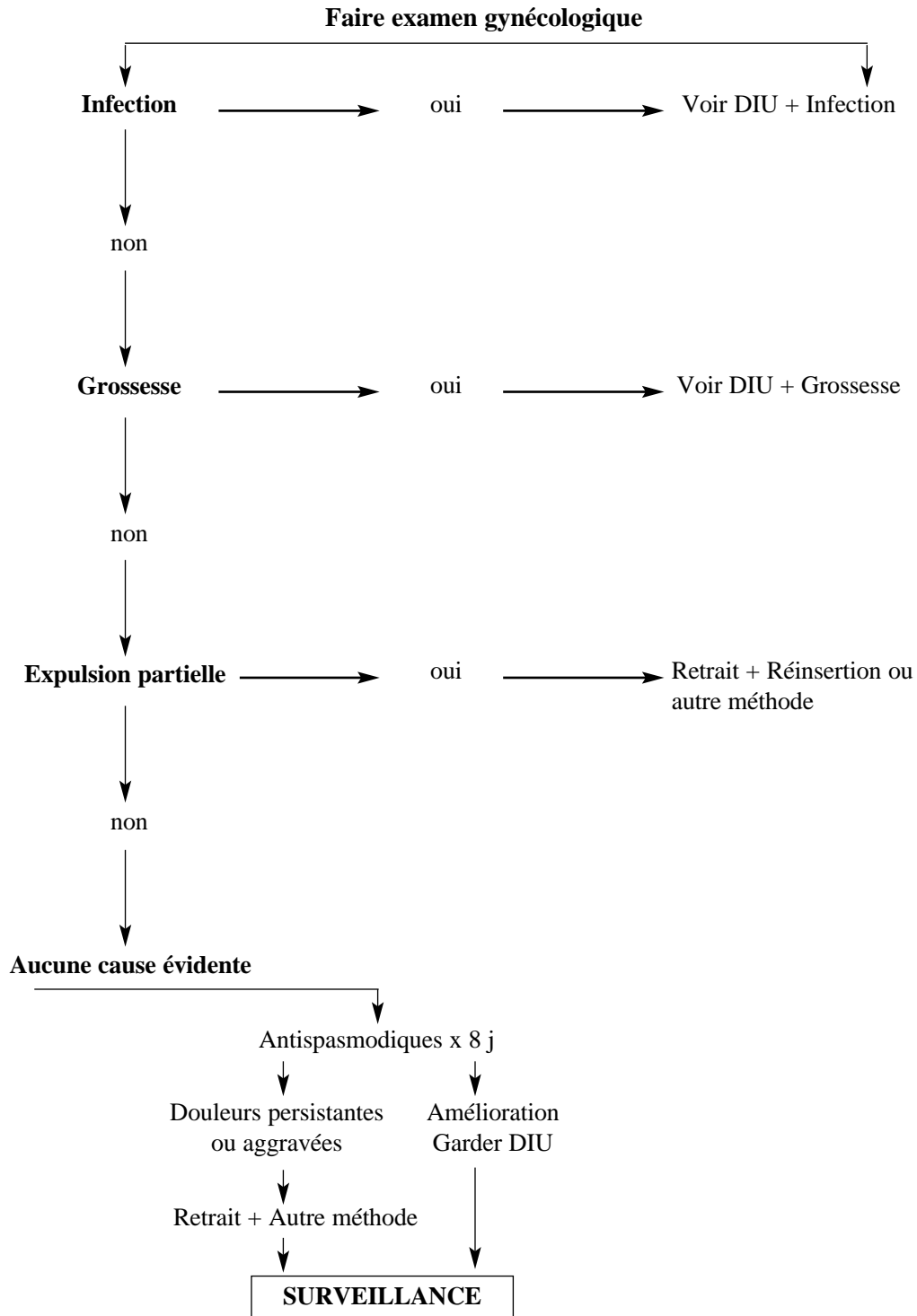


Tableau 7  
**GROSSESSE SUR DIU (= RÉFÉRENCE)**  
**Faire examen gynécologique**

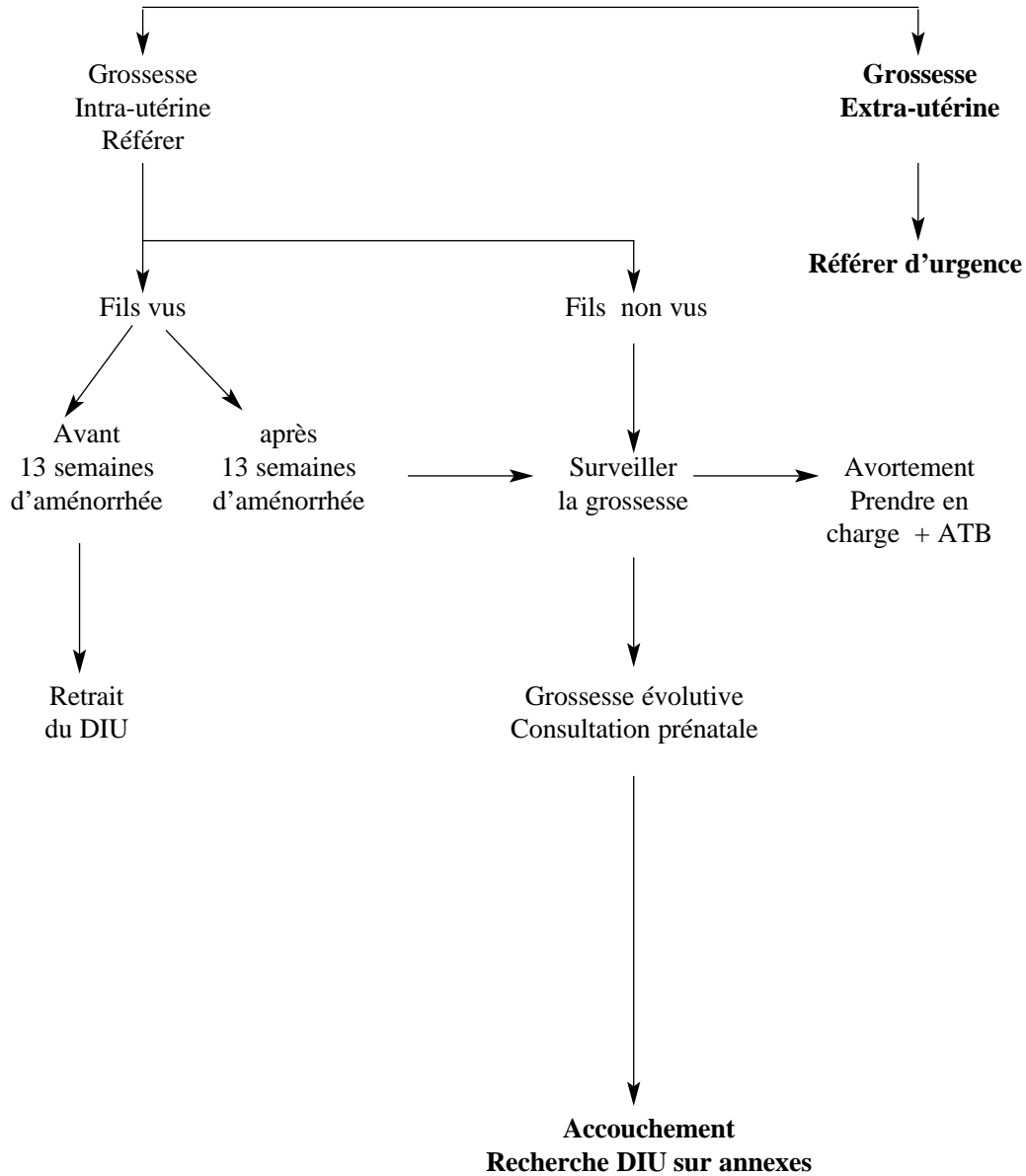
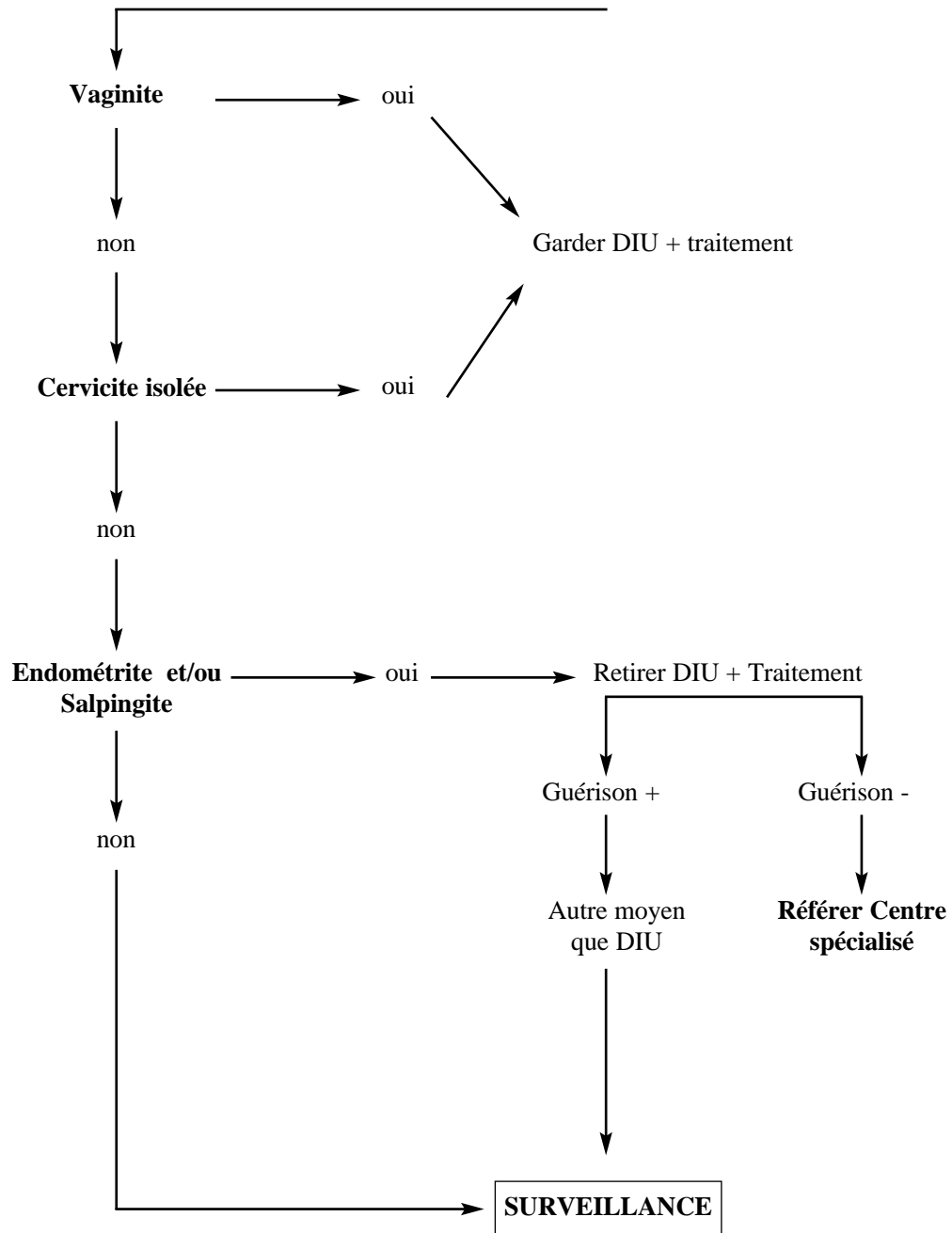




Tableau 8  
**DIU ET INFECTION GÉNITALE**  
**Faire examen gynécologique**



# LES CONTRACEPTIFS ORAUX

Les contraceptifs oraux appartiennent à deux familles :

- les contraceptifs oestroprogestatifs ou contraceptifs oraux combinés (COC) ;
- les contraceptifs oraux progestatifs (COP).

## I. CRITERES D'INCLUSION

La femme doit être :

- mariée, en âge de procréer ;
- ne présentant aucune contre-indication à la contraception orale et
- désireuse d'une contraception d'efficacité maximale qui peut être discontinuée à tout moment, sans l'aide d'une tierce personne.

## II. RESSOURCES SPECIFIQUES

### A. Les locaux

Les nécessités de lieu et d'équipement pour dispenser les contraceptifs oraux sont décrites dans le chapitre "les standards des services" valables pour toutes les méthodes contraceptives réversibles.

### B. Le personnel

La prestation de la méthode ne nécessite qu'une personne :

- gynécologue,
- médecin généraliste,
- infirmier (e),
- sage-femme.

### C. Le matériel

En matière de matériel, il faut :

- un tensiomètre,
- un pèse-personne,
- un stéthoscope médical,

- une pince porte-coton,
- une boîte de compresses ou coton stériles,
- un spéculum stérilisé,
- des doigtiers.

### **III. STOCKAGE**

#### **A. Au niveau du centre (voir annexe 1)**

Conserver les contraceptifs oraux dans des locaux propres, secs et à l'abri du soleil et répondant ainsi aux normes du Ministère de la Santé.

Utiliser les boîtes en fonction de leur date d'expiration, selon le principe "premier expiré, premier sorti".

Les commandes doivent être faites selon les besoins calculés à partir de la consommation moyenne mensuelle (C.M.M).

#### **B. A domicile**

Les plaquettes de pilule doivent être conservées dans un endroit sec et frais, hors de la portée des enfants.

# LES CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINES

## I. COUNSELING SPECIFIQUE

Cette étape intervient après que l'interrogatoire et l'examen clinique aient éliminé toute contre-indication chez une femme qui a fait un choix informé pour la contraception par pilule.

### A. Ecouter et expliquer

- Ecouter d'abord la femme et recueillir ce qu'elle sait de la pilule.
- Redresser éventuellement "les connaissances" erronées.

### B. Expliquer

- le mode d'action : insister sur le fait que ce ne sont pas des agents abortifs, mais qu'ils s'opposent à la fécondation, ils ne rendent pas stérile : le retour à la fécondité se fait pratiquement comme chez les femmes qui ne prennent pas les COC.
- Les avantages et les limitations.
- Les effets secondaires et les signes d'alarme possibles.

### C. Montrer comment ils se présentent

Plaquette de 21 comprimés contenant les hormones.

### D. Expliquer le mode d'utilisation une plaquette à la main

- Quand commencer le paquet :
  - prendre le premier comprimé le premier jour des règles et suivre le sens des flèches inscrit à l'arrière de la plaquette pour les plaquettes marquées :
  - si la femme consulte du premier au cinquième jour du cycle, elle peut commencer la plaquette pendant cette période.
- prendre les comprimés régulièrement, à raison d'un comprimé par jour, de préférence le soir et à la même heure. Ceci permet de diminuer le risque d'oubli.
- Quel intervalle libre entre les plaquettes?

Lorsque la plaquette est terminée, interrompre la prise de comprimés pendant sept jours, intervalle où la femme va présenter des saignements de privation "règles". Recommencer une nouvelle plaquette le huitième jour ;

### E. Problèmes particuliers

Les COC, même faiblement dosés (0,03 à 0,035 mg), ne sont pas la meilleure méthode à utiliser chez la femme qui allaite car ils peuvent affecter la quantité ou la qualité du lait maternel et réduire la durée de la lactation.

- **La femme qui allaite** et qui opte pour la contraception hormonale, il faudrait lui prescrire une contraception à base de progestatifs seuls six semaines après l'accouchement (pilules micro-progestatives ou contraceptifs injectables à base de progestatif).
- **La femme qui n'est pas réglée au moment attendu** : si l'on est sûr qu'elle n'est enceinte, elle peut commencer les COC n'importe quel jour ; cependant, elle doit utiliser une méthode supplémentaire pendant sept jours.
- **La femme qui consulte au-delà du septième jour du cycle** : elle doit utiliser une autre méthode transitoire en attendant le début du prochain cycle pour la prescription de la COC.
- **Après un avortement sur une grossesse de moins de 12 semaines** : commencer immédiatement la pilule.
- **Après un avortement sur une grossesse de plus de 12 semaines** : démarrer la COC deux semaines après l'avortement (pour éviter le risque de thrombose de la période immédiate du post-abortum).
- **Que faire en cas d'oubli d'un ou plusieurs comprimés?**

→ Oubli d'un seul comprimé, il faut le prendre dès que l'on s'en rappelle, et prendre le comprimé suivant dans la journée à l'heure habituelle, ce qui veut dire que la cliente doit prendre deux comprimés le même jour.

→ Oubli de deux comprimés :

- si la cliente a oublié de prendre la pilule deux jours de suite au cours des quinze premiers jours du cycle, elle doit prendre deux comprimés dès qu'elle se rend compte de son oubli, puis deux comprimés le jour suivant et continuer la plaquette.
- si elle a oublié de prendre la pilule 2 jours de suite au cours de la troisième semaine, il est recommandé d'arrêter la plaquette, d'utiliser une autre méthode (condom) pour se protéger et de ne commencer une autre plaquette qu'aux règles suivantes.

→ Oubli de plus de deux jours, il faut utiliser une méthode d'appoint (condom), ou abstinence périodique pendant au moins sept jours.

**N.B.** : Conseiller à la femme qui oublie fréquemment de prendre la pilule une autre méthode.

#### • Changement de type de pilule

Si la cliente désire passer d'un COC à un autre COC moins dosé ou un COP, elle peut prendre le premier comprimé du nouveau paquet :

- le jour qui suit la fin du premier paquet, sans intervalle libre ;
- le premier jour du saignement qui survient après la fin du premier paquet ;
- après sept jours d'intervalle libre, elle doit utiliser une contraception d'appoint pendant les sept premiers jours de la prise de nouvelle pilule.

## **II. SELECTION DES ACCEPTRICES**

Une fois le choix arrêté sur la méthode, le prestataire s'assure par l'interrogatoire et l'examen physique qu'elle convient à l'acceptrice.

L'anamnèse doit chercher des éléments spécifiques concernant les indications et les contre-indications.

L'examen consiste en la prise de la tension artérielle, du poids et en l'examen des seins. L'examen gynécologique consiste en la mise en place du spéculum pour voir l'état du col utérin et le toucher vaginal pour apprécier l'utérus et les annexes.

### **A. Indications**

La pilule combinée peut être prescrite chez toute femme en âge de procréer :

- désireuse d'espacer ses grossesses,
- désireuse d'être protégée régulièrement contre une grossesse.
- qui a des cycles irréguliers,
- qui a des règles abondantes,
- qui a une dysménorrhée sévère,
- qui présente un syndrome prémenstruel.

### **B. Contre- indications**

Pour une bonne recevabilité des méthodes contraceptives en présence d'une maladie ou d'état pathologique, l'OMS a établi une classification basée sur la comparaison des bénéfices et risques des méthodes contraceptives, et qui distingue quatre classes :

- Classe 1 : la méthode peut être utilisée en toute circonstance. Il n'y a pas de risque.
- Classe 2 : la méthode peut être généralement utilisée. Les avantages sont plus élevés que le risque.
- Classe 3 : la méthode ne peut être utilisée en général. Les risques sont plus élevés que les avantages.
- Classe 4 : la méthode est à proscrire, les risques sont importants et donc inacceptables.

Les classes 3 et 4 sont considérées comme des contre-indications adaptées au contexte marocain. En effet, ces contre-indications sont les suivantes :

- la grossesse ;
- les six premiers mois du post-partum chez les femmes qui allaitent ;
- les trois premières semaines du post-partum chez les femmes qui n'allaitent pas. Ce délai est nécessaire à la normalisation du système de coagulation sanguine ;
- l'âge au-delà de 35 ans pour la femme qui fume ;
- l'hypertension artérielle ;
- le diabète ancien de plus de 20 ans ou associé à des lésions vasculaires (néphropathie, rétinopathie et neuropathie) ;
- les thromboses veineuses profondes ou embolies pulmonaires dans les antécédents ou actuelles ;
- la chirurgie majeure avec immobilisation prolongée ;
- les antécédents d'accidents cérébro-vasculaires ;
- la cardiopathie ischémique actuelle ou dans les antécédents ;
- l'hyperlipidémie ;
- les valvulopathies cardiaques avec complications (hypertension pulmonaire, risques de fibrillation auriculaire, antécédents d'endocardite bactérienne) ;
- les céphalées avec symptômes neurologiques focaux ;
- les saignements vaginaux inexplicables ;
- les cancers du sein actuels ou dans les antécédents ;
- les pathologies hépato-biliaires :
  - cholestase liée à l'emploi de COC,
  - hépatite virale évolutive,
  - cirrhose compensée ou non,
  - tumeur du foie bénigne ou maligne,
- les associations médicamenteuses :
  - antibiotiques : rifampicine, griséofulvine,
  - anticonvulsivants : phénytoïne, carbamazépine, barbituriques, primadone.

### III. PRESTATION ET SUIVI

- Remettre à la femme trois plaquettes et lui demander de revenir trois mois plus tard pour son premier contrôle.
- Pour les nouvelles acceptrices, la première visite aura lieu au bout de trois mois, et la cliente qui a reçu sa méthode sur le terrain aura son examen pelvien à ce moment-là.
- La première visite de contrôle (comme toutes celles qui vont suivre) doit être un moment privilégié pour :
  - s'informer si l'utilisatrice est satisfaite de la méthode et si elle l'applique correctement.
  - Procéder à :
    - la mesure de la tension artérielle,
    - la prise de poids,

- l'examen des seins,
- la palpation du foie,
- l'examen pelvien,
- prendre en charge les effets secondaires :
  - si elle présente des effets secondaires légers : la rassurer et renforcer le counseling ;
  - si les effets secondaires sont assez importants ou s'il existe une complication, arrêter la méthode, lui conseiller une autre méthode et prendre en charge la complication ou référer.
- La fréquence des visites de contrôle, à partir de ce moment, sera différente selon les cas :
  - pour les femmes sans problèmes de santé, un examen annuel est suffisant ;
  - pour les femmes avec facteurs de risque, un examen sera envisagé tous les 6 mois. Il doit être fait par un médecin.
- Il faut profiter de ces visites pour faire une cytologie cervicale chaque fois qu'il est indiqué de le faire.
- Il faut également réapprovisionner la cliente en contraceptifs.
- Donner les plaquettes par lot de trois en faisant attention à la date de péremption.

**Durée d'utilisation**

Les COC peuvent être utilisés sans restriction de temps.

Il n'y a ni intérêt ni nécessité d'arrêter la pilule pendant un mois pour "se reposer".

**IV. PRISE EN CHARGE DES EFFETS SECONDAIRES**

Les utilisatrices des COC peuvent présenter un certain nombre d'effets secondaires. Le tableau 9 donne les principaux effets secondaires et les complications.



*Tableau 9*  
**Effets secondaires des COC**

<b>Effets secondaires</b>	<b>Bilan</b>	<b>Prise en charge</b>
<b>Aménorrhée</b>	Prise correcte de COC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rassurer. Expliquer que l'aménorrhée est probablement due à un défaut de développement de l'endomètre.</li> <li>• Si elle utilise une minipilule et qu'elle désire absolument avoir ses règles, donner une pilule plus dosée en oestrogènes.</li> </ul>
	Prise incorrecte de pilule (oubli ou arrêt) : Vérifier l'absence de grossesse par l'examen clinique et/ou test de grossesse.	Si grossesse : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arrêter les contraceptifs oraux.</li> <li>• Rassurer quand à l'absence de risques pour elle et le foetus.</li> <li>• Référer en consultation prénatale si absence de grossesse :</li> <li>• Counseling</li> <li>• Aider à choisir une autre méthode.</li> </ul>
<b>Les métrorragies (saignements - saignotements)</b>	Premiers cycles de COC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rassurer ( les spotting sont fréquents les 3 premiers mois) ; s'ils persistent, donner une pilule à climat oestrogénique.</li> </ul>
	Prise irrégulière et oubli de COC	Counseling. Insister sur la prise quotidienne (tous les jours, à la même heure). Si répétition, recommander une autre méthode.
	Vomissements ou diarrhée.	Terminer la plaquette en associant une méthode d'appoint.
	Prise d'autres médicaments : (antibiotiques notamment rifampicines, ou anti-convulsivants).	Pendant une longue durée : Counseling pour une autre méthode. Durée limitée dans le "cycle", associer une méthode barrière.
	Rechercher les causes gynécologiques des métrorragies : GEU, cervicite, infection pelvienne, tumeur.	Traiter ou référer.
<b>Nausée, vertige, nervosisme</b>	Prise matinale l'estomac vide.	Conseiller la prise le soir au repas
	Vérifier qu'il n'y a pas de grossesse.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Counseling</li> <li>• Si grossesse :arrêter la pilule et référer en consultation prénatale.</li> </ul>
	Pas de cause évidente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rassurer et donner une pilule plus faiblement dosée en oestrogènes ou une micropilule.</li> </ul>

## Effets secondaires des COC (suite)

Effets secondaires	Bilan	Prise en charge
<b>Céphalées</b>	Isolées en début de la prise de COC.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arrêter la COC.</li> <li>• Relais par micropilule ou méthode non hormonale</li> </ul>
	Associés à des troubles de la vision et/ou troubles neurologiques (engourdissements, fourmillements, difficultés de la parole).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arrêter la COC.</li> <li>• Prescrire une méthode non hormonale et référer.</li> </ul>
<b>HTA</b>	S'assurer de l'HTA $\geq$ 140/90 mmHg	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arrêter la COC.</li> <li>• Prescrire une méthode non hormonale et référer.</li> </ul>
<b>Douleur à la poitrine</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arrêter la COC.</li> <li>• Référence</li> <li>• Prescrire une méthode non hormonale.</li> </ul>
<b>Douleurs dans les membres inférieurs</b>	Si associées à des oedèmes-chaaleur-différence de diamètre.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arrêter la COC.</li> <li>• Référence</li> <li>• Prescrire une méthode non hormonale.</li> </ul>
<b>Mastodynie</b>	Isoler en début de prise de COC ou secondaire	<p>Counseling :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expliquer l'amélioration des signes pendant les 3 premiers mois d'utilisation de la COC.</li> <li>• Ou passer à la COP, si la femme ne désire plus continuer la COC.</li> </ul>
	Associée à une pathologie organique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arrêter la COC.</li> <li>• Prescrire une autre méthode.</li> <li>• Référer.</li> </ul>
<b>Acné</b>	Hygiène cutanée défectueuse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nettoyage de la peau</li> <li>• Eviter les crèmes grasses sur le visage</li> <li>• Prescrire l'acétate de Cyprotérone (Diane*).</li> </ul>
<b>Chloasma</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arrêter la COC.</li> <li>• Prescrire une autre méthode</li> </ul>
<b>Gain de poids</b>	Alimentation anormale	Conseils diététiques.
	Alimentation normale et gain de poids réel et continu	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arrêter la COC.</li> <li>• Donner une micropilule ou autre méthode.</li> </ul>
<b>Prurit</b>	Rechercher maladie de peau	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Référence.</li> </ul>
	Interroger sur l'existence de prurit ou d'ictère cholestatique pendant la grossesse.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arrêter la COC.</li> <li>• Prescrire une méthode non hormonale.</li> </ul>



# LES CONTRACEPTIFS ORAUX A PROGESTATIFS SEULS

## I. COUNSELING SPECIFIQUE

Cette étape intervient après que l'interrogatoire et l'examen clinique aient éliminé toute contre indication chez une femme qui a fait un choix informé pour la contraception par pilule.

### A. Ecouter et expliquer

- Ecouter d'abord la femme et recueillir ce qu'elle sait de la pilule.
- Redresser éventuellement "les connaissances" erronées.

### B. Expliquer

- le mode d'action : insister sur le fait que ce ne sont pas des agents abortifs, mais qu'ils s'opposent à la fécondation. Ils ne rendent pas stérile : le retour à la fécondité se fait pratiquement comme chez les femmes qui ne prennent pas les COP.
- Les avantages et les limitations.
- Les effets secondaires et les signes d'alarme possibles.

### C. Montrer comment ils se présentent

Plaquette de 28 comprimés.

### D. Le mode d'utilisation

a. Quand commencer :

#### Dans l'intervalle intergénérisique

La COP doit être prise les cinq premiers jours du cycle et de préférence le premier jour.

#### Dans le post-partum

Chez celle qui allaite exclusivement au sein, la démarrer la sixième semaine du post-partum.

Chez la femme qui n'allait pas, la COP peut être utilisée 3 semaines après l'accouchement.

#### Dans le post-abortum

La COP peut être utilisée immédiatement après l'avortement.

**b.** Prendre une pilule tous les jours à la même heure tôt le soir quatre à cinq heures avant les rapports sexuels (car l'action sur le mucus cervical diminue pour pratiquement s'annuler au bout de 24 heures et ne prend effet qu'au bout de deux à quatre heures).

**c.** Il n'a pas d'intervalle libre entre les plaquettes. L'utilisatrice prendra le premier comprimé de la nouvelle plaquette le lendemain du dernier comprimé de la plaquette qui se termine, même en l'absence de règles.

**d.** Que faire en cas d'oubli?

**Oubli d'une pilule :**

La prendre dès que l'on se rend compte de l'oubli, et prendre la pilule de ce jour même à l'heure habituelle. Continuer à prendre les pilules normalement et y associer, si l'oubli à duré plus de trois heures, une autre méthode (barrière ou abstinence) pendant sept jours.

**Oubli pendant deux jours successifs :**

Prendre les deux pilules oubliées dès que l'on se rend compte de l'oubli et deux pilules le jour suivant.

Utiliser une autre méthode pendant une semaine tout en continuant à prendre la pilule.

**Oubli de trois jours ou plus :**

Jeter la plaquette et utiliser une autre méthode en attendant les règles pour commencer une autre plaquette.

Si après un oubli, même traité comme ci-dessus, la femme n'a pas ses règles dans la semaine qui suit la fin de la plaquette, elle doit consulter au centre pour un contrôle et pour infirmer ou confirmer l'existence d'une grossesse.

## **II. SELECTION DES ACCEPTRICES**

Une fois le choix arrêté sur la méthode, le prestataire va par l'interrogatoire et l'examen physique s'assurer qu'elle convient à l'acceptante.

L'interrogatoire doit chercher des éléments spécifiques concernant les indications et les contre-indications. L'examen consiste en la prise de la tension artérielle, du poids et en l'examen des seins. L'examen gynécologique consiste en la mise en place du spéculum pour voir l'état du col utérin et le toucher vaginal pour apprécier l'utérus et les annexes.

### **A. Les indications**

La COP est recommandée chez :

- les femmes qui allaitent ;

- les femmes à partir de l'âge de 16 ans
- les femmes qui par choix désirent utiliser le minimum d'hormones exogènes ;
- les femmes qui ont eu des effets secondaires avec la COC ;
- les femmes chez lesquelles les oestrogènes sont contre-indiqués (voir COC contre-indications) ;
- les femmes de plus de 35 ans qui fument et optent pour la contraception orale. La pilule progestative faiblement dosée en progestatif n'augmente pas le risque de thromboembolie.

Les femmes présentant les maladies suivantes :

- les maladies systémiques chroniques où les oestrogènes sont contre-indiqués ;
- le lupus érythémateux disséminé ;
- la maladie de Crohn ;
- la drépanocytose ;
- l'HTA essentielle ou due aux COC, bien contrôlée par le traitement.

### **B. Les contre-indications**

Les classes 3 et 4 sont considérées comme des contre-indications adaptées au contexte marocain.

En effet, ces contre-indications sont les suivantes :

- la grossesse
- les six premières semaines du post-partum chez la femme qui allaite ;
- la cardiopathie ischémique actuelle ou dans les antécédents ;
- les antécédents d'accidents cérébro-vasculaires ;
- les saignements anormaux des voies génitales non identifiés ;
- le cancer du sein actuel ou dans les antécédents ;
- les pathologies hépatiques :
  - hépatite virale ou évolutive
  - cirrhose décompensée,
  - tumeur du foie bénigne ou maligne,
  - association médicamenteuse,

### **III. PRESTATION ET SUIVI**

- Remettre à la cliente trois plaquettes et lui donner rendez-vous trois mois plus tard.

- Bien qu'ils n'aient pas les mêmes effets secondaires que les COC, les COP nécessitent une surveillance.

La cliente sera revue au bout de trois mois, puis tous les ans. On procédera à :

- une mesure de la tension artérielle ;
- poids ;
- un examen des seins ;
- un examen gynécologique.

Les frottis cervicaux de dépistage seront faits, comme dans la population générale.

***Durée d'utilisation***

Indéfinie, jusqu'à la ménopause, en l'absence de contre-indications, de facteurs de risques multiples ou de la survenue de complications.

**IV. PRISE EN CHARGE DES EFFETS SECONDAIRES**

Les utilisatrices des COP peuvent présenter un certain nombre d'effets secondaires. Le tableau 10 nomme les effets secondaires les plus importants et les conduites à tenir.

*Tableau 10*  
**Effets secondaires des COP**

<b>Effets secondaires</b>	<b>Bilan</b>	<b>Prise en charge</b>
<b>Métrorragies</b>	Adoption récente de la pilule	Counseling : rassurer la cliente. Les métrorragies sont fréquentes pendant les trois premiers mois.
	Oubli de la pilule (1 ou 2 jours) ou prise à des horaires différents.	Counseling : insister sur la régularité de la prise et de la régularité de l'horaire.
	Examen gynécologique : Causes organiques ou grossesse Aucune cause n'est identifiée	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traitement ou référence.</li> <li>• Counseling : la femme peut saigner par atrophie de l'endomètre.</li> <li>• Associer un oestrogène (si absence contre indications)</li> </ul>
<b>Aménorrhée</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen gynécologique et / ou biologique pour rechercher une grossesse</li> <li>- Si grossesse</li> <li>- Absence de grossesse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arrêter la pilule</li> <li>• Référer en consultation prénatale.</li> <li>• Rassurer</li> <li>• Counseling : continuer la méthode</li> <li>• Aménorrhée non acceptée Counseling pour changement de la méthode : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Soit COC (si aucune contre indication aux oestrogènes).</li> <li>- Soit autre méthode non hormonale.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Douleurs pelviennes importantes</b>	Examen gynécologique, échographie, Test de grossesse <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infection</li> <li>- GEU</li> <li>- Kyste de l'ovaire</li> </ul>	Référer pour traitement spécifique





**Liste de vérification des maladies /symptômes  
à rechercher par l'infirmier itinérant avant de donner la pilule**

	OUI	NON
Age supérieur à 35 ans		
Grossesse (retard de règles et autres symptômes)		
Femme allaitante (bébé âgé de moins de 3 mois)		
Jaunisse (coloration jaune de la peau ou des conjonctives)		
Grosseur suspecte (dure, non sensible ou fixe ou cancer du sein)		
Suintement sanglant du mamelon		
Gonflement ou forte douleur aux jambes		
Forte douleur thoracique		
Antécédents d'attaque cardiaque, d'attaque cérébrale ou de maladie de coeur		
Souffle anormalement court après effort		
Antécédents d'HTA		
HTA		
Maux de tête intenses, habituels		
Migraines prononcées ou vision trouble		
Règles très abondantes		
Fibrome (sensation de masse ou de boule dans le ventre)		
Fréquence accrue des périodes menstruelles		
Saignements / saignotements entre les menstruations		
Saignements après les rapports sexuels		
Varices aux membres inférieurs		
Diabète		
Prise de médicaments pour l'épilepsie (phénytoïne et barbituriques)		
Prise de médicaments pour la tuberculose (rifampicine)		

Si toutes les réponses ci-dessus sont négatives (NON), la femme peut recevoir la pilule sans problème. Si l'une des réponses est positive (OUI), elle doit d'abord être référée au centre le plus proche.



## Pilules disponibles en 2005

### 1. Les pilules estro-progestatives

Nom	Dosage Ethinyl Estradiol	Dosage progestatif	Type
<b>NORMODOSEES</b>			
Stédiril	21 cp : 0,05 mg	DL Norgestrel : 0,50 mg	Monophasique
<b>MINIDOSEES : 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> génération</b>			
Microgynon	21 cp : 0,03 mg	Lévonorgestrel : 0,15 mg	Monophasique
Minidril	21 cp : 0,03 mg	Lévonorgestrel : 0,15 mg	Monophasique
Adépal	21 cp : 7 cp à 0,03 mg 14 cp à 0,04 mg	Lévonorgestrel : 7 cp à 0,15 mg 14 cp à 0,20 mg	Biphasique
Diane 35	21 cp : 0,035 mg	Cyprotérone : 2 mg	Monophasique
Triella	21 cp : 0,035 mg	Noréthistérone : 7 cp à 0,5 mg 7 cp à 0,75 mg 7 cp à 1 mg	Triphasique
Trigynon	21 cp : 6 cp à 0,03 mg 5 cp à 0,04 mg 10 cp à 0,03 mg	Lévonorgestrel : 6 cp à 0,05 mg 5 cp à 0,075 mg 10 cp à 0,125 mg	Triphasique
Trinordiol	21 cp : 6 cp à 0,03 mg 5 cp à 0,04 mg 10 cp à 0,03 mg	Lévonorgestrel : 6 cp à 0,05 mg 5 cp à 0,075 mg 10 cp à 0,125 mg	Triphasique
<b>MINIDOSEES : 3<sup>ème</sup> génération</b>			
Mercilon	21 cp : 0,02 mg	Désogestrel : 0,15 mg	Monophasique
Microdiol	21 cp : 0,03 mg	Désogestrel : 0,15 mg	Monophasique
Minulet	21 cp : 0,03 mg	Gestodène : 0,75 mg	Monophasique
Monéva	21 cp : 0,03 mg	Gestodène : 0,75 mg	Monophasique
Phaeva	21 cp : 6 à 0,03 mg 5 à 0,04 mg 10 à 0,03 mg	Gestodène : 6 cp à 0,05 mg 5 cp à 0,07 mg 10 cp à 0,07 mg	Triphasique
Triminulet	21 cp : 6 à 0,03 mg 5 à 0,04 mg 10 à 0,03 mg	Gestodène : 6 cp à 0,05 mg 5 cp à 0,07 mg 10 cp à 0,1 mg	Triphasique
Gracial	22 cp : 7 à 0,04 mg 15 à 0,03 mg	Désogestrel : 7 cp à 0,025 mg Désogestrel : 15 cp à 0,125 mg	Combiphasique

### 2. Les pilules progestatives

Nom	Dosage progestatif	
Microval	28 cp : 0,03 mg	Lévonorgestrel
Milligynon	28 cp : 0,6 mg	Acétate de norethistérone
Ovrette	28 cp : 0,075 mg	Levonorgestrel
Excluton	28 cp : 0,500 mg	Lynestrenol
Cerazette	28 cp : 0,075 mg	Desogestrel



## **LA CONTRACEPTION INJECTABLE**

Les contraceptifs injectables sont des méthodes progestatives administrées par voie intramusculaire. C'est une méthode sûre, très efficace, facile à utiliser et qui présente des effets secondaires dominés par les troubles du cycle.

### **I. CRITERES D'INCLUSION**

- femme mariée en âge de procréer, ayant au moins 1 enfant;
- qui ne désire pas d'enfant dans l'année à venir ;
- qui n'a pas de contre indications ;
- qui accepte les effets sur la régularité du cycle.

### **II. RESSOURCES SPECIFIQUES**

#### **A. Les locaux**

le service doit comprendre:

- une zone de réception et d'enregistrement du dossier;
- un espace privé pour le counseling ;
- une salle d'examen : pour l'examen des seins, examen gynécologique et l'injection.

#### **B- Le personnel**

Le médecin assurera la première consultation à la cliente en vue de démarrer la contraception injectable; les injections seront assurées par l'infirmière ou la sage-femme du centre avec référence médicale en cas de problème.

#### **C- Le matériel**

- La contraception injectable ne demande pas un équipement important;

- l'examen gynécologique est fait sur la table gynécologique commune aux autres méthodes;
- les fournitures pour injection initiale : des doigtiers, un spéculum, une source de lumière, une seringue jetable, une aiguille à usage unique, du coton ou compresse, de l'alcool, un flacon de progestatif injectable.

#### **D. Stock de conservation des injectables (voir annexe 1)**

Les conditions de stockage doivent répondre aux normes du Ministère de la Santé.

Les injectables doivent être conservés dans un endroit aéré, sec et propre, non exposé à la chaleur avec une température inférieure à 30°C.

Les injectables sont classés par date de péremption. Les dates de fabrication et de péremption sont inscrites sur le flacon et doivent être prises en considération pour la prestation et pour le renouvellement du stock. La durée entre la fabrication et la péremption est de trois, quatre ou cinq ans selon l'origine.

Les commandes doivent être faites selon le besoin calculé à partir de la consommation mensuelle moyenne (C.M.M).

### **III - COUNSELING SPECIFIQUE**

L'information donnée à la cliente est très importante. L'endroit du counseling doit être calme, confortable et doit respecter l'intimité de la cliente.

#### **A. Après l'accueil de la cliente**

il faut lui poser des questions pour savoir si elle a besoin d'une contraception de longue durée. Puis lui donner des informations sur la méthode en :

- lui montrant le flacon et la seringue jetable,
- lui expliquant le mode d'action,
- lui parlant des avantages et des inconvénients de la méthode.

Il faut lui dire de consulter en cas de problèmes.

Il faut toujours répondre aux questions posées par la femme.

Il faut discuter avec elle des doutes et des craintes qu'elle peut avoir et l'aider à les éclaircir par une information adéquate.

#### **B. Types d'injectables utilisés, mode d'action, méthode d'utilisation**

Lui expliquer les deux contraceptifs injectables à effet retard utilisés au Maroc, leur mode d'action et leur utilisation, à savoir : le Depoprovera\* et le Noristerat\* ou Megestron et leurs sources d'approvisionnement.

### **C. Avantages, inconvénients, effets secondaires**

- Il faut insister sur les avantages contraceptifs et non contraceptifs de la méthode.
- Expliquer que la méthode progestative injectable présente certains inconvénients comme les troubles menstruels (spotting, aménorrhée) et le retour tardif de la fertilité.
- Expliquer la signification de l'aménorrhée.
- Expliquer qu'il n'y a pas de protection contre le Sida et les autres infections sexuellement transmissibles.

A la fin du counseling, il faut s'assurer que la femme fait un choix informé et consent à utiliser l'injectable en toute connaissance de cause.

### **D. Expliquer les signes d'alarme**

- Demander à la femme de consulter si un des signes d'alarme survient et lui faire répéter les signes d'alarme.
- Les signes d'alarme sont :
  - un saignement important en durée et en quantité.
  - migraines répétées ou vision trouble.
  - douleurs pelviennes sévères.
- Le prestataire doit expliquer à la cliente les étapes suivantes : l'examen médical et la technique d'injection.

## **IV - SELECTION DES ACCEPTRICES**

Une fois le choix arrêté sur la méthode, le prestataire va s'assurer par l'interrogatoire (voir l'annexe 5) et par l'examen physique que la méthode convient à l'acceptrice.

L'interrogatoire doit chercher des éléments spécifiques concernant les indications et les contre-indications. L'examen consiste en :

- la prise de la tension artérielle;
- l'examen général;
- la prise du poids ;
- l'examen des seins ;
- l'examen gynécologique consiste en la mise en place du spéculum pour voir l'état du col utérin et le toucher vaginal pour apprécier l'utérus et les annexes.

### **A. Indications**

Les progestatifs injectables conviennent aux femmes mariées en âge de procréer ayant au moins un enfant :

- qui désirent une méthode efficace et d'utilisation facile et qui désirent une contraception pratique et discrète;



- qui acceptent les irrégularités menstruelles et l'aménorrhée;
- ayant une contre-indication aux oestrogènes;
- allaitant depuis six semaines au moins;
- présentant des difficultés à utiliser correctement les autres méthodes;
- présentant une contre-indication à la grossesse (sous traitement tératogène).

## **B. Contre-indications**

Pour une bonne recevabilité des méthodes contraceptives en présence d'une maladie ou d'état pathologique, l'OMS a établi une classification basée sur la comparaison des bénéfices et risques des méthodes contraceptives et qui distingue quatre classes :

- Classe 1 : la méthode peut être utilisée en toute circonstance, il n'y a pas de risque;
- Classe 2 : la méthode peut être généralement utilisée, les avantages sont plus élevés que le risque;
- Classe 3 : la méthode peut être utilisée en général, les risques sont plus élevés que les avantages;
- Classe 4 : la méthode est à proscrire, les risques sont importants et donc inacceptables.

Les classes 3 et 4 sont considérées comme des contre-indications adaptées au contexte marocain.

En effet, ces contre-indications sont les suivantes :

- la nulliparité ;
- la grossesse ;
- les six premières semaines du post-partum chez la femme qui allaite ;
- les maladies vasculaires ;
- l'hypertension artérielle ;
- tout saignement génital non diagnostiqué ;
- le cancer du sein actuel ou dans les antécédents ;
- le diabète ancien avec pathologie vasculaire ;
- la cardiopathie ischémique ;
- les accidents cérébro-vasculaires ;
- les céphalées avec symptômes neurologiques focaux ;
- les pathologies hépatiques :
  - Hépatite virale évolutive
  - Cirrhose décompensée;
  - Tumeur du foie;
- les médicaments au long cours : antibiotiques (rifampicine\*), anticoagulants, antiépileptiques, phénylbutazone.

## **V - PROCEDURE CLINIQUE**

### **A. Moment de l'injection**

- Les cinq premiers jours du cycle menstruel et tous les 2 à 3 mois selon le type d'injectable après cette première injection.

L'administration de produits injectables durant les cinq premiers jours du cycle menstruel donne la meilleure protection contre la grossesse en évitant une éventuelle ovulation au cours du premier mois d'utilisation. Pendant les 5 premiers jours du cycle, on est sûr que la femme n'est pas enceinte au moment de l'injection.

- Après la quatrième semaine chez une femme qui n'allait pas.
- Après six semaines du post-partum chez une femme qui allaite.
- Immédiatement après un avortement à partir du 7<sup>ème</sup> jour.
- En cas d'oubli du rendez-vous d'injection, il est possible de faire l'injection dans un délai ne dépassant pas quatorze jours pour le Dépoprovera\* et sept jours pour le Noristerat.

### **B. Technique d'injection**

- Faire l'injection intra-musculaire profonde.
- Sans masser la zone d'injection et sans rien appliquer dessus pour ne pas entraîner de diffusion rapide du produit avec des taux très élevés au début et une durée d'action courte.
- Après l'injection, jeter l'aiguille et la seringue dans un récipient non perforable et s'en débarrasser lorsqu'il est plein en l'enterrant ou en l'évacuant selon les directives de la structure hospitalière.

## **VI - SUIVI**

### **A. Counseling post-injection**

- Il faut avoir un calendrier de suivi qui respecte les instructions.
- Donner à la femme des instructions concernant le calendrier du suivi, les effets secondaires possibles et leur prise en charge et les signes d'alarme.

#### **1. Calendrier de suivi**

- La femme doit revenir au centre pour une nouvelle injection : tous les 90 jours pour Dépoprovera\* ou tous les 60 jours pour le Noristerat\*.
- Demander à la cliente de respecter les instructions et lui indiquer l'endroit des visites de suivi.

#### **2. Rappeler les effets secondaires courants et leur gestion**

Lui conseiller de consulter au même centre chaque fois qu'elle a un problème.

### **3 - Rappeler les signes d'alarme**

Demander à la femme de consulter si un des signes suivants survient :

- Saignement important en durée et en quantité;
- Migraines répétées ou vision trouble;
- Douleurs pelviennes sévères.

### **B. Visites de suivi**

Le prestataire doit avertir la cliente quand elle doit retourner au centre pour les visites de suivi.

Il doit également inscrire le rendez-vous sur le dossier et sur le carnet de santé de la femme.

### **C - Durée d'utilisation**

Le Dépopovera\* et le Noristerat\* peuvent être utilisés de façon continue. Cependant, les femmes doivent bénéficier des visites de suivi.

## **VII - CONDUITE A TENIR (CAT) DEVANT LES EFFETS SECONDAIRES**

(Voir algorithmes en tableaux 11 et 12.)

### **A. Effets secondaires courants**

Les effets secondaires courants sont l'aménorrhée et les saignements.

### **B. Effets secondaires rares**

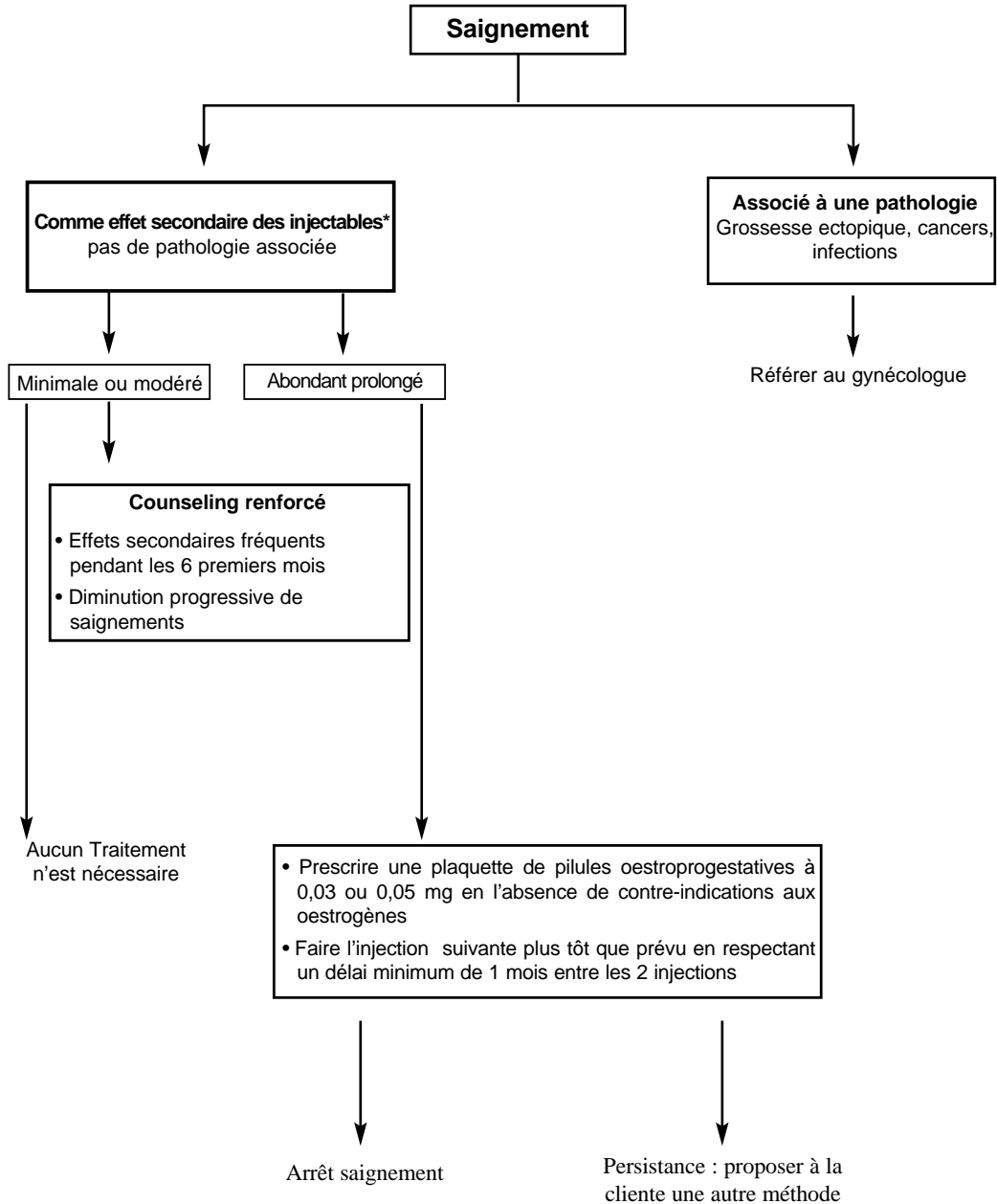
- Prise de poids.
- Céphalées.
- Sensibilité des seins.
- Hirsutisme, acné.

### **C. Signes d'alarme**

Prévenir la cliente qu'en cas d'apparition des signes d'alarme, une visite médicale urgente s'impose dans un centre de référence spécialisé.

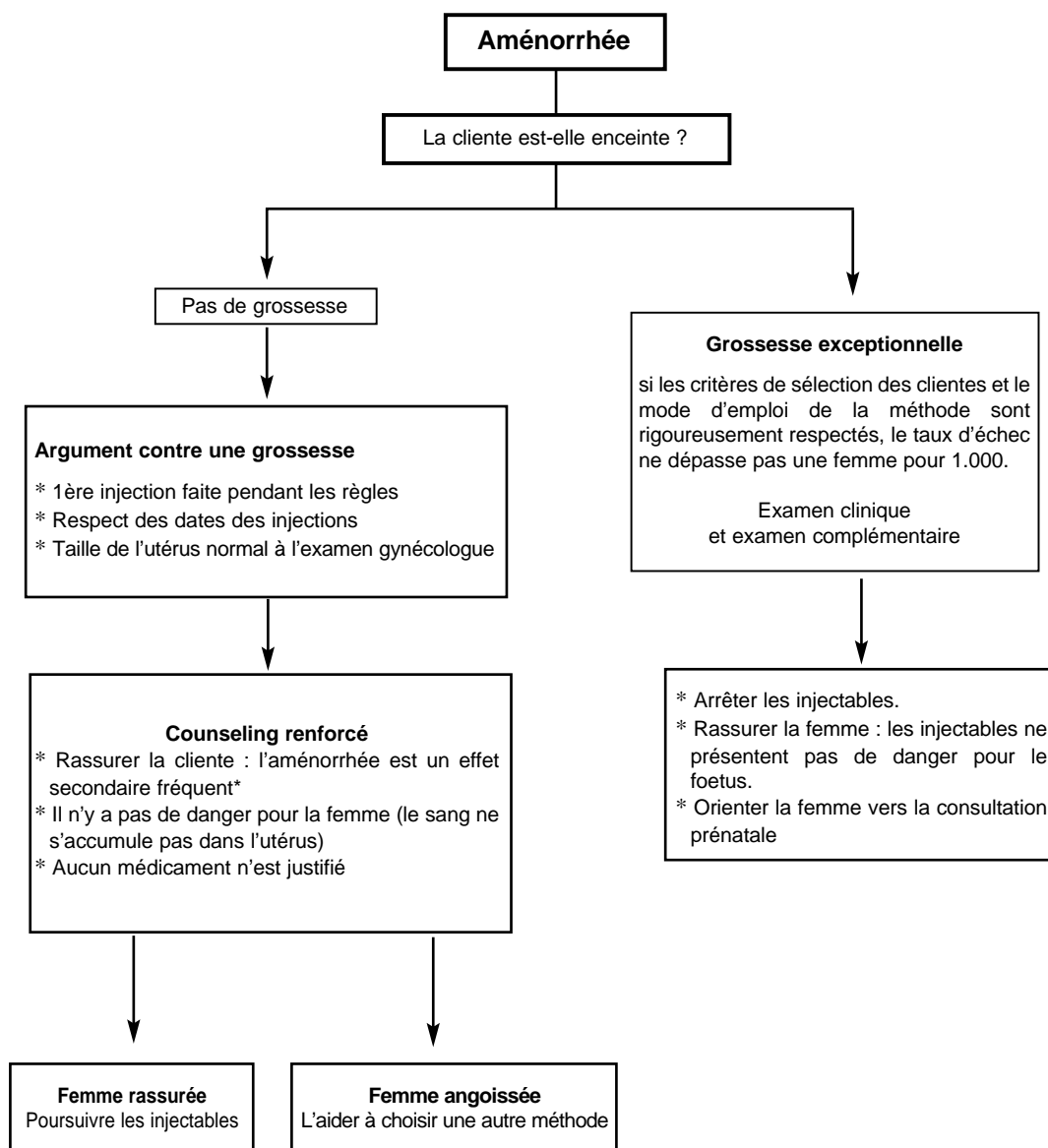
Tableau 11

**INJECTABLES ET SAIGNEMENT**



\* Au début de leur utilisation, les progestatifs entraînent une immaturité de l'endomètre et provoquent des saignements.

Tableau 12  
**INJECTABLES ET AMÉNORRHÉE**



\* Les progestatifs entraînent une atrophie de l'endomètre qui donne progressivement une aménorrhée.

# **CONTRACEPTION CHIRURGICALE VOLONTAIRE**

## **Introduction**

La contraception chirurgicale volontaire est une méthode de contraception permanente qui se pratique par chirurgie et sous anesthésie.

Elle concerne la LIGATURE DES TROMPES chez la femme. Elle a pour but d'empêcher la rencontre des gamètes mâles (spermatozoïdes) et femelles (ovules) chez une femme qui ne veut plus (pour des raisons personnelles) ou ne peut plus (pour des raisons médicales ou sociales) avoir d'enfants.

## **I. CRITERES D'INCLUSION (D'ELIGIBILITE)**

La ligature tubaire peut être réalisée chez une femme :

- désireuse de contraception permanente et qui ne présente pas de contre-indications à la contraception chirurgicale volontaire ;
- mariée, âgée de 30 à 45 ans ;
- ayant au moins trois enfants vivants dont un garçon ;
- l'âge du dernier enfant doit être supérieur à deux ans.

## **II. RESSOURCES SPECIFIQUES**

Pour fournir des services de contraception chirurgicale volontaire, il faut disposer de structures humaines et matérielles adaptées à ce type de contraception.

### **A. Des locaux**

La contraception chirurgicale volontaire nécessite :

#### **1. Des locaux standards**

Un service de planification familiale : salles d'accueil et d'attente, de motivation, d'enregistrement, bureau de surveillante, locaux sanitaires, bureau de médecin, box

d'examen gynécologique, salle de traitement du matériel, placard des stocks des moyens de contraception.

## **2. Des locaux spécifiques à la contraception chirurgicale volontaire**

### ***a. Une salle d'hospitalisation***

Comportant des lits avec un linge propre. Elle doit être aérée, claire ou éclairée. Les patientes admises pour contraception chirurgicale volontaire y seront alitées provisoirement pour s'y reposer ou être prémédiquées avant l'acte de ligature tubaire. Elles retrouveront leur lit après l'acte pour être surveillées avant de repartir chez elles.

### ***b. Une salle de bloc opératoire***

- Elle doit être fonctionnelle et assez spacieuse pour permettre la bonne circulation du chariot de transport, du personnel (chirurgiens, infirmiers anesthésistes).
- Elle comporte un sol carrelé ou cimenté, des murs peints lavables, une paillasse pour le rangement du matériel et une source d'eau potable ;
- Elle doit être claire ou bien éclairée.
- Le secteur opératoire doit être indépendant et isolé des services externes de planification familiale si les secteurs sont sous le même toit. La porte de la salle de bloc doit pouvoir se fermer à clé.

## **B. Le personnel**

Le centre de contraception chirurgicale volontaire doit comprendre :

- un chirurgien formé (gynécologue ou général), capable de réaliser la technique et d'en traiter les complications ; il assurera aussi le counseling spécifique des méthodes proposées au niveau du centre où il exerce ;
- un anesthésiste formé (spécialiste ou infirmier diplômé) aux techniques d'anesthésie ambulatoire par sédation consciente ;
- un(e) infirmier(e), formé(e), responsable du counseling général, il (ou elle) assure l'aide opératoire et l'entretien du matériel.
- un agent de ménage.

Le chirurgien et l'anesthésiste seront permanents ou vacataires selon l'importance du centre et l'effectif des patientes qui y demandent des services de contraception chirurgicale volontaire.

## **C. Matériel de contraception chirurgicale volontaire**

Ce matériel va différer selon la technique utilisée pour la contraception chirurgicale volontaire.

- La ligature tubaire PAR COELIOSCOPIE nécessite :
  - 1 coelioscopie opérateur (Laprocator) avec une source de lumière et de CO<sub>2</sub> ;
  - des anneaux de Yoon et le kit de pose des anneaux sur le Laprocator.
- La ligature tubaire PAR MINILAPAROTOMIE nécessite une boîte standard de petite chirurgie des parties molles, contenant :
  - 1 bistouri à lame.
  - 2 pinces à disséquer avec et sans griffe ;
  - 1 paire de ciseaux Medzembraum ;
  - 2 écarteurs de Farabeuf ;
  - 2 pinces de Kocher ;
  - 1 pince atraumatique de Babcock ;
  - 1 crochet pour repêcher les trompes.
- Le matériel commun aux différentes techniques comporte :
  - des champs opératoires troués, des compresses et des gants stériles ;
  - 1 antiseptique cutané
  - 1 seringue et un anesthésique local (Lidocaïne\* par ex.) ;
  - du matériel d'anesthésie générale et d'intubation avec obus d'oxygène et de protoxyde d'azote utilisable en cas de besoin
  - 1 spéculum + 1 pince à faux germes + 1 pince de Pozzi + 1 hystéromètre + 1 élévateur utérin ;
  - 1 fil de soie 00 + 1 fil de catgut normal 00 ;
  - produits de décontamination (eau de Javel), de désinfection à haut niveau (Glutaraldéhyde, Formaldéhyde) et de stérilisation (autoclave/poupinel).

#### **D. Stockage et maintenance**

- Le matériel d'endoscopie ou de chirurgie générale doit être décontaminé soigneusement puis stérilisé par l'une des techniques adaptées au matériel lui-même et au débit des ligatures tubaires réalisées dans le temps par le centre.
- L'entretien doit se faire par la personne formée à ce travail.
- Le centre disposera d'un stock des médicaments d'urgence de base et des produits d'anesthésie locale et générale
- Le stockage de ces substances, de l'équipement, des pièces de rechange et des anneaux de Yoon doit se faire dans un placard accessible fermé à clé et non exposé à la chaleur ou à l'humidité.



### III. COUNSELING SPECIFIQUE

#### A. Le Counseling général

Le professionnel responsable du counseling doit s'assurer que les candidates à la contraception chirurgicale volontaire ont opté de façon volontaire, libre et réfléchie pour arrêter de façon PERMANENTE d'avoir des enfants.

Pour la réversibilité (théorique possible), le couple doit savoir qu'elle nécessite une chirurgie compliquée, coûteuse, pas toujours disponible et dont les résultats ne sont pas sûrs.

Le couple doit être éclairé totalement sur l'intervention et ses conséquences.

#### B. Eléments du consentement informé (voir annexe 6)

Les renseignements expliqués de façon claire aux candidates de contraception chirurgicale volontaire sont consignés sur une fiche de consentement informé, qui sera lue puis signée par le couple.

Le consentement informé doit mentionner obligatoirement que :

- les moyens de contraception temporaire sont disponibles dans le centre de contraception chirurgicale volontaire où le couple est conseillé ;
- la contraception chirurgicale volontaire est une intervention chirurgicale qui se fait sous anesthésie générale ou locale ;
- la contraception chirurgicale volontaire peut comporter quelques risques et complications per et post-opératoires minimales ;
- si la contraception chirurgicale volontaire réussit, le couple ne pourra plus avoir de grossesse, c'est-à-dire que la contraception chirurgicale volontaire est permanente et irréversible, qu'elle a aussi un faible taux d'échec ;
- le couple peut revenir, à n'importe quel moment, sur sa décision de faire la contraception chirurgicale volontaire avant sa réalisation, sans se voir interdire les autres services de soins ou de planification familiale.

Une fois lu, approuvé et signé, le consentement informé qui porte la date de l'entrevue et le nom et la signature de la personne responsable du counseling spécifique sera agrafé au dossier médical de la contraception chirurgicale volontaire.

Un temps de réflexion est donné au couple avant de lui faire lire et signer le consentement informé.

Le chirurgien responsable de l'acte ou l'anesthésiste expliquera enfin en langage clair pour le couple les étapes de l'opération à réaliser avant de réaliser la contraception chirurgicale volontaire.

### **C. Conseils pré-contraception chirurgicale volontaire**

Ils doivent être rédigés sur une note donnée au couple pour être lue ou pour se la faire lire par une tierce personne.

- Prendre un bain la veille de l'intervention.
- S'habiller de manière ample, légère et propre.
- Etre accompagnée le jour de la contraception chirurgicale volontaire.
- Rester à jeun 8 heures avant l'admission et ne prendre aucun médicament (sauf indispensable) dans les 48 heures avant l'intervention.
- Vider intestin et vessie le matin de la contraception chirurgicale volontaire.
- Ne porter ni bijoux, ni épingles à cheveux, ni vernis à ongles, ni dentier mobile ou lentilles de contact.

### **IV. SELECTION DES CANDIDATES**

Une fois la contraception chirurgicale volontaire choisie comme méthode permanente de contraception, le chirurgien responsable de l'acte recherche à l'interrogatoire, à l'examen physique (général et gynécologique) et par certains examens complémentaires (quand ils sont nécessaires), les candidates réelles, les précautions particulières et les contre-indications à la contraception chirurgicale volontaire.

#### **1. Eléments du dossier médical**

Le dossier médical doit contenir obligatoirement :

##### ***a. Les données socio-démographiques***

Identité, âge, profession et niveau d'instruction du couple, nombre d'enfants vivants, sexe et âge du dernier.

##### ***b. Les antécédents***

Médico-chirurgicaux, gynéco-obstétricaux, date des dernières règles et dernière méthode de contraception utilisée ainsi que celle en cours.

##### ***c. L'examen physique***

Il doit être attentif et minutieux :

- Général : état général, cardio-vasculaire et pulmonaire, température et poids ;
- Gynécologique : état du col, position, taille et volume utérin. Il élimine une infection, une grossesse, un prolapsus ou une masse annexielle.

##### ***d. Les examens complémentaires***

Non systématiques, ils seront réalisés si l'examen clinique fait suspecter une anomalie devant entraver l'acte lui-même ou exposer à des risques opératoires.

A la lumière de dossier se dégage :

## **2. Les indications de la contraception chirurgicale volontaire**

(voir critères d'inclusion sous chapitre I)

## **3. Les contre-indications de la contraception chirurgicale volontaire**

### ***a. Contre-indications générales non médicales***

Ce sont tous les cas où les candidates ne répondent pas aux critères d'inclusion (personne jeune, célibataire, divorcée ou veuve, peu d'enfants, pas de garçon, refus du conjoint).

### ***b. Contre-indications médicales dans l'espace inter-génésique :***

- Absolues : la grossesse et l'infection génitale haute, métrorragies génitales non étiquetées.
- Relatives : cardiopathies, hypertension artérielle non traitée, troubles du rythme, troubles de l'hémostase, anémie sévère, obésité importante, trouble du rythme, diabète non traité, angoisse et instabilité psychologique, hernie abdominale, antécédents d'interventions abdomino-pelviennes, masse annexielle non étiquetée.

### ***c. Contre-indications médicales dans le post-partum***

Ajouter aux contre indications du deuxième paragraphe :

- les antécédents de psychose puerpérale ;
- l'hypertension artérielle gravidique surtout compliquée d'éclampsie ;
- la rupture prématurée des membranes ;
- l'hémorragie de l'accouchement et le traumatisme des voies génitales ;
- la fièvre puerpérale.

## **V. LA PREVENTION DE L'INFECTION**

L'acte de contraception chirurgicale volontaire est un acte chirurgical, et il nécessite une ASEPSIE rigoureuse avant, pendant et après l'intervention.

### **A. Les objectifs**

La prévention d'infection consiste à réduire au maximum le risque de transmission des germes dans les structures de contraception chirurgicale volontaire, elle vise à :

- éviter la contamination des patientes au cours de l'acte opératoire ;
- protéger le personnel de santé de toute infection par un matériel souillé par le sang ou les humeurs.

## **B. Les modalités pratiques**

### **1. La salle d'opération**

- Elle doit avoir un sol carrelé ou en ciment, des murs et un plafond peints en matière synthétique permettant le nettoyage fréquent.
- Elle doit être isolée et fermée à clé.
- Elle doit être propre, sans poussière ni insectes (moustiquaires aux fenêtres si la salle doit être aérée après le travail).
- Elle doit avoir une paillasse avec une source d'eau propre et un lavabo.
- Elle doit comporter un récipient à couvercle étanche pour l'élimination des déchets.
- Elle doit être stérilisée une fois par jour après la fin du programme quotidien de contraception chirurgicale volontaire et après tout acte septique.

### **2. Le personnel du bloc**

- Le personnel de salle d'opération, y compris le chirurgien, doit être vêtu d'une tenue réservée uniquement au bloc opératoire avec pyjama, calot, bavette et bottes.
- L'ensemble de ce linge doit être propre et fréquemment lavé et rangé dans un placard avec le reste du linge non stérile de l'unité de contraception chirurgicale volontaire.
- L'opérateur et l'aide opérateur doivent se laver les mains avant tout acte de contraception chirurgicale volontaire avec l'eau propre et le savon en utilisant une brosse puis se rincer avec un antiseptique (alcool 60/90°), avant d'enfiler des gants à usage unique ou stérilisés.

### **3. Le matériel de contraception chirurgicale volontaire**

- Le linge utilisé pour couvrir la table qui reçoit le matériel et celui qui recouvrira le champ opératoire (champs classiques ou perforés sur mesure pour le type d'acte) sera décontaminé puis lavé, plié et rangé dans des tambours à linge qui seront stérilisés à la chaleur (autoclave).
- Le matériel chirurgical de contraception chirurgicale volontaire :
  - Le matériel doit être décontaminé au niveau du bloc dans des bassins ou seaux en plastique contenant de l'hypochlorite de sodium (eau de javel\*) à 0,5% pendant 10 minutes.
  - Le coelioscope peut être décontaminé par une compresse d'alcool à 60/90° avant d'être rincé.
  - Tout objet du bloc (table, lampe...) doit être décontaminé par de l'eau de javel s'il a été contaminé par du sang ou des humeurs.
  - Le matériel décontaminé doit être nettoyé de toute substance organique puis lavé à l'eau et au savon avec une brosse souple, puis rincé abondamment pour enlever le détergent.

- La stérilisation se fera à la chaleur humide (autoclave) ou sèche (poupinel) soit chimiquement en trempant le matériel dans des solutions de glutaraldehyde (Cidex\*/Sporicidine\* par ex.) pendant 8/10 heures ou dans une solution de formaldéhyde à 8% pendant au moins 24 heures.

NB +++ : le matériel contenant du plastic (même en joints) ne va jamais dans le poupinel. C'est le cas du coelioscope opératoire et du câble de lumière froide. Sa stérilisation se fait par méthode chimique.

- Si l'on doit réaliser pendant une matinée opératoire plusieurs cas de contraception chirurgicale volontaire, le matériel stérilisé en début de programme sera décontaminé, nettoyé et désinfecté, à haut niveau par la méthode chimique pour réaliser les actes de contraception chirurgicale volontaire programmée pendant la matinée opératoire.

#### **4. Préparation du champ opératoire**

- La candidate à la contraception chirurgicale volontaire aura pris un bain la veille de l'intervention avant d'être hospitalisée, en insistant sur la zone à opérer (ombilic, sus-pubienne et vulve)
- Les poils se trouvant dans le champ opératoire seront rasés
- Les vêtements de ville seront totalement retirés et remplacés en salle d'hospitalisation par une chemise de bloc propre (un paravent ménagera l'intimité des patientes et réduira le stress préopératoire), un bonnet sur les cheveux longs ramassés et des bottes.

#### **5. Pendant l'intervention**

- La table qui reçoit les instruments sera couverte par un champ stérile.
- Le champ opératoire doit être badigeonné par un antiseptique de façon circulaire et centrifuge (du lieu de l'incision vers la périphérie), puis recouvert par des champs stériles.
- Tout geste du personnel du bloc doit tenir compte de l'asepsie de la table des instruments du champ opératoire et du chirurgien ganté.
- L'opérateur changera de gants après avoir terminé la voie basse (mise en place de la pince à col et de l'hystéromètre) et faire le temps vaginal.
- Les gestes chirurgicaux doivent être les moins traumatiques possibles, pour diminuer le risque d'infection.
- La plaie opératoire sera nettoyée, séchée puis couverte d'un pansement stérile contenu par un adhésif.

#### **6. Après la contraception chirurgicale volontaire**

- Décontaminer sur place le matériel utilisé.
- Jeter tous les déchets contaminés dans le récipient réservé à cet usage avant de les évacuer en dehors de la cellule de contraception chirurgicale volontaire pour leur faire subir le traitement adéquat.

- Se laver les mains après avoir enlevé les gants.
- L'ablation ultérieure des fils de suture se fera avec du matériel stérile.

## **VI. LES PROCEDURES OPERATOIRES DE LA LIGATURE TUBAIRE**

L'abord des trompes peut être fait par coelioscopie ou par minilaparotomie. L'interruption tubaire peut être faite par anneaux de Yoon ou par ligature-section des trompes.

La patiente est placée sur la table opératoire, en position gynécologique pour le temps vaginal qui place l'élévateur utérin solidarisé avec la pince à col.

L'anesthésie peut être locale après prémédication ou par sédation consciente ou générale si nécessaire (voir contraception chirurgicale volontaire et anesthésie).

### **A. La ligature des trompes chez la femme par coelioscopie et par anneaux de Yoon**

Elle ne peut être réalisée que dans l'intervalle des grossesses.

Le champ opératoire préparé, la paroi est infiltrée par l'anesthésique local.

- Réalisation du pneumopéritoine : l'aiguille de Verres ou Palmer ou Tuohy est introduite dans l'ombilic à 45°, en soulevant la paroi, en direction du fond du pelvis .
- Test de sécurité : vérifier qu'on est en intra-péritonéal, par aspiration d'une seringue montée sur l'aiguille, qui ne doit ramener ni air ni sang ; le piston de la même seringue est aspiré vers le bas sans résistance si on soulève la paroi abdominale ou après une légère pression.
- Insufflation du CO<sub>2</sub> : le trocart est relié à l'appareil de distribution du gaz CO<sub>2</sub>, qui doit être débité sous une pression inférieure à 20 mmHg, la quantité moyenne de gaz utile pour une ligature tubaire est de trois litres environ.
- En cas de panne ou pénurie de gaz, on utilisera la poire avec filtre pour réaliser le pneumopéritoine avec l'air ambiant (résorption plus lente et douleurs scapulaires plus importantes)
- Montage des anneaux de Yoon : sur le laproscopie durant l'insufflation (sans perdre la vue sur l'état de la patiente et la pression du gaz).
- Position tête basse (Trendelenburg) : ne doit pas dépasser 15° pour éviter les troubles respiratoires.
- Mise en place du coelioscope : après une petite incision arciforme ou verticale (de 8 à 10 mm) dans la berge inférieure de l'ombilic, le trocart du coelioscope est introduit en soulevant la paroi, en restant à 45° dans le plan médian vers le fond du pelvis,

retirer le mandrin et placer le coelioscope opérateur avec les anneaux dessus et le brancher à la source de lumière froide par le câble adéquat.

- Inspecter le pelvis : à la recherche de pathologies pelvi-génitales passées inaperçues et qui peuvent contre-indiquer la pose d'anneaux de Yoon sur les trompes.
- Poser les anneaux sur les trompes.
- Déviation de l'utérus du côté opposé de la trompe à dégager en mobilisant la pince de la voie vaginale, saisir la trompe dans les mors du coelioscope, tirer doucement sur la trompe qui migre dans le coelioscope et se trouve serrée dans sa course par l'anneau relâché par le coelioscope.
- Lever le frein et reprendre l'opération symétrique pour l'autre trompe, la ligature tubaire se fait à trois centimètres de la corne utérine.
- Vérifier l'absence de saignement ou de déchirure.
- Retirer le coelioscope, exufler le maximum de gaz en soulevant la paroi, remettre le mandrin puis retirer le trocart.
- Mettre un point de soie fine sur la plaie qui sera recouverte d'un pansement stérile.
- Nettoyer le col, retirer les instruments de la voie vaginale.
- La patiente est laissée au repos pendant au moins deux heures en salle de réveil où les paramètres standards de surveillance sont assurés avant sa sortie, en cas d'anesthésie locale ou de sédation consciente.

## **B. La ligature tubaire par MINILAPAROTOMIE**

Elle peut se réaliser dans l'intervalle intergénéscique, comme dans le post-partum; la seule différence réside dans le niveau de l'incision de Minilaparotomie et de la méthode d'interruption des trompes.

La patiente prémédiquée, la vessie vidée avant de rentrer au bloc, est placée en position gynécologique.

Le champ opératoire badigeonné à l'antiseptique et les champs disposés.

La voie vaginale est préparée de la même manière que pour la coelioscopie avec élévateur utérin solidarisé à la pince à col.

L'anesthésique local infiltre tous les plans de la paroi au niveau de la future incision.

### **1. Minilaparotomie dans l'intervalle des grossesses**

- L'incision cutanée est transversale sus-pubienne médiane de deux à trois centimètres.
- Le tissu sous cutané puis l'aponévrose sont disséqués et coupés transversalement, les muscles sont séparés verticalement et le péritoine ouvert et maintenu sur deux pinces pour ne pas le perdre.

- L'écartement est assuré soit par Farabeuf, soit par un écarteur spécial pour la minilaparotomie.
- La voie vaginale expose l'utérus devant l'ouverture péritonéale puis latéralisé d'un côté ; la trompe est repêchée et ligaturée, la même chose est réalisée symétriquement du côté controlatéral.
- L'interruption de la trompe peut se faire soit par : anneaux de Yoon et un poseur d'anneaux spécial minilaparotomie, celle-ci se faisant de la même manière que pour la coelioscopie; soit par ligature à la soie 2/0 puis résection de l'anse tubaire ligaturée.
- S'assurer de l'absence de saignement ;
- Fermer le péritoine par du catgut 2/0, l'aponévrose par de la soie 2/0, et la peau par deux ou trois points de soie 2/0; mettre un pansement stérile sur la plaie contenue par un adhésif.
- Retirer la voie vaginale et laisser la patiente reposer pendant au moins deux heures dans la salle d'hospitalisation avant de sortir, en cas d'anesthésie locale ou par sédation consciente.

## **2. Minilaparotomie dans le post-partum**

- Elle est réalisée dans les 48 heures qui suivent la délivrance.
- La voie vaginale n'est pas utilisée.
- L'incision de deux à trois cm transversale se fait à hauteur du fond utérin, et les trompes sont identifiées et repêchées en mobilisant latéralement l'utérus, puis interrompues par ligature résection.

### **NB :**

- L'infiltration et l'œdème gravidique des trompes ne permet pas l'usage des anneaux de Yoon.
- Après contraception chirurgicale volontaire, l'antibiothérapie n'est pas systématique sauf indications médicales particulières. Par contre, l'analgésie peut être donnée pour trois jours contre les douleurs scapulaires post-coelioscopie.

## **C. L'anesthésie en contraception chirurgicale volontaire**

La contraception chirurgicale volontaire peut se faire sous différents type d'anesthésie, mais en pratique la contraception chirurgicale volontaire est réalisée en ambulatoire sous simple prémédication et anesthésie locale, par sédation consciente combinée avec anesthésie locale ou par anesthésie générale.

Mais quel que soit le type d'anesthésie, la patiente doit être admise à jeun depuis huit heures pour les aliments solides et trois à quatre heures pour les liquides ; la patiente sera toujours abordée avec beaucoup de tact et délicatesse pour réduire l'effet de stress qui peut compliquer l'intervention ou ses suites.



### **1. Matériel et médicaments de base**

L'unité de contraception chirurgicale volontaire doit avoir obligatoirement :

- Un obus plein d'oxygène, un obus de protoxyde d'azote ;
- Du matériel d'intubation trachéale, ambu et canules de Gedel ;
- Un laryngoscope avec piles qui fonctionne ;
- Des sérums (salé isotonique et glucosé 5%, macromolécules) avec perfuseurs et intranules de différentes tailles ;
- Un aspirateur mural ou mobile avec sonde d'aspiration ;
- Médicaments : Diazepam (Valium\*), Sulfate d'atropine (Atropine\*), Hydroxine dichlorhydrate (Atarax\*), Péthidine chlorhydrate (Dolosal\*), Corticoïdes Inj., Pentotal\*, Dextromoramide tartrate (Palfium\*), Salbutamol Inj., Adrénaline.

### **2. Contraception chirurgicale volontaire sous anesthésie locale**

La patiente est installée calmement dans un lit de la salle d'hospitalisation et reçoit un mélange de Diazepam\* (1 amp.) + Atropine\* (1/4 amp.) en IM 30 mn avant l'intervention.

Au bloc opératoire et tout en expliquant à la femme les étapes de ce qu'elle va subir, infiltrer doucement les plans à inciser ou à traverser par de la Xylocaïne\* à 2%, en aspirant chaque fois pour ne pas injecter le produit en intra-vasculaire.

### **3. Contraception chirurgicale volontaire sous sédation consciente**

- La sédation consciente est une technique d'anesthésie ambulatoire, efficace et peu coûteuse; elle permet l'amnésie totale de l'acte et, par-là, la souffrance ou la douleur que peut induire l'intervention.
- La sédation consciente se déroule en trois temps :
  1. une séance de motivation : il faut expliquer à la femme les différentes séquences de l'intervention ;
  2. le bloc local avec la Xylocaïne\* ;
  3. et enfin l'injection du cocktail des drogues qui induisent analgésie et amnésie de l'acte chez la patiente.
- En pratique :
  - la patiente est rentrée au bloc après lui avoir expliqué toutes les étapes de l'anesthésie et de l'intervention (motivation) ;
  - au bloc opératoire, au moment de commencer, elle reçoit du Diazepam dans une seringue puis 50 mg d'hydroxine chlorhydrate en intraveineuse lente associé à 50 mg de Péthidine chlorhydrate et 0,5 mg de Sulfate d'Atropine\*, puis les tissus sont infiltrés à la Xylocaïne\*, et au moment de rentrer dans la cavité péritonéale on injecte 1 cc de Nesdonal\* dilué au 1/10e (Trocard de coelioscopie).

- Une prolongation anormale de l'acte doit faire administrer à la patiente un complément d'oxygène et de protoxyde d'azote.

#### **4. Contraception chirurgicale volontaire sous anesthésie générale**

Toute patiente qui présente un ou plusieurs facteurs de risque (cardiaque, pulmonaire, hépatique, rénal, allergique...) doit être vue par un médecin anesthésiste avant sa contraception chirurgicale volontaire. De même pour les femmes qui nécessitent pour raison médicale ou personnelle une anesthésie générale.

#### **D. Conduite à tenir devant les complications de la contraception chirurgicale volontaire**

1. Le choc vagal est prévenu par la psycho-préparation et l'Atropine\*.
2. Les agitations peropératoires : calmer la patiente, la sédaté ou différer l'acte en programmant une anesthésie générale.
3. Les difficultés de pneumopéritoine : si elles sont persistantes, transformer une contraception chirurgicale volontaire par coelio en Minilaparotomie.
4. Les petites lésions péritonéales et faibles saignements : l'opérateur doit surveiller attentivement l'arrêt du saignement avant de fermer la paroi ou se retirer.
5. Les hémorragies ou lésions viscérales : toute lésion grave reconnue doit être réparée sur place si le chirurgien de contraception chirurgicale volontaire sent qu'il en est capable, sinon la patiente est mise en condition et transférée en urgence à un centre chirurgical mieux équipé le plus proche.
6. Les petites douleurs post-contraception chirurgicale volontaire : elles sont traitées par simple analgésie.

### **VII. SUIVI POST-CONTRACEPTION CHIRURGICALE VOLONTAIRE**

#### **A. Visites post-contraception chirurgicale volontaire**

La patiente doit quitter le centre de contraception chirurgicale volontaire avec une carte de rendez-vous. Elle sera vue une semaine après la contraception chirurgicale volontaire pour ablation du point de paroi et s'assurer de l'absence de complications précoces.

Elle doit être vue par la suite après six mois et à chaque fois qu'elle a un problème.

#### **B. Counseling post-contraception chirurgicale volontaire**

La femme pourra reprendre sa sexualité une semaine après la contraception chirurgicale volontaire

La patiente doit savoir que chaque fois qu'elle a un problème gynécologique, elle doit consulter le centre de contraception chirurgicale volontaire ; les signes d'alarme sont :

- L'aménorrhée,
- Les métrorragies,
- Les douleurs pelviennes.

### **VIII. SUPERVISION ET BILAN D'ACTIVITES**

La supervision est parmi les fonctions de gestion qui visent à améliorer la qualité de la prestation.

#### **A. Les objectifs de la supervision**

Celle-ci doit être maintenue pour garantir des services de qualité aux acceptantes de contraception chirurgicale volontaire.

1. Sur le plan clinique : le superviseur s'assure du bon déroulement de l'accueil, de l'enregistrement, du counseling, de l'examen physique des patientes, de la prévention de l'infection et du bon déroulement des interventions de contraception chirurgicale volontaire ainsi que du bon maintien des locaux et du matériel.

2. Sur le plan administratif : il veillera sur les stocks et leur renouvellement, sur la bonne tenue des dossiers, des consentement informés, des registres et des fiches statistiques du centre qu'il remplira mensuellement et transmettra au service central responsable de la gestion des programmes de contraception chirurgicale volontaire.

#### **B. Le superviseur**

Il peut être le responsable de l'unité de contraception chirurgicale volontaire à l'échelle locale, mais aussi un administrateur ou un médecin ou un technicien du programme venant du service central en vue de veiller à la bonne marche du programme de planification familiale.

Le superviseur doit soutenir, guider et diriger le personnel de façon dynamique et positive. Il doit l'aider à résoudre les problèmes qui se posent à lui, malgré la limitation des moyens.

Il doit donner l'exemple même dans sa tâche de vérifier le travail des autres pour l'efficacité et la rentabilité.

#### **C. La supervision centrale**

Elle est assurée par un administrateur, un médecin et un technicien : chacun assurant un contrôle à un niveau précis.

Ce type de supervision des centres régionaux par un service central a pour but de veiller à la bonne marche à l'échelle nationale du programme de planification familiale.

Elle a lieu une fois par an sauf urgence dans l'activité d'un centre qui nécessite plus de visites (techniques ou autres).

L'administrateur contrôle les registres, les stocks, les dépenses et les fiches de statistiques.

Le médecin contrôle le dossier médical, la fiche de consentement informé qui doit être signée et agrafée au dossier, le circuit des patientes, le déroulement des actes de contraception chirurgicale volontaire (motivation, anesthésie, ligature tubaire et suites).

Le technicien contrôle le matériel, son entretien et veille à sa bonne maintenance.

La visite de l'équipe de supervision donne lieu à un rapport détaillé de la situation du centre régional et transmet ce rapport aux services compétents du Ministère de la Santé pour les statistiques générales. Il répondra aussi aux attentes du centre régional pour la bonne marche du programme national de contraception chirurgicale volontaire.



# **Annexe 1**

## **Gestion et logistique des contraceptifs**

### **Introduction**

La gestion des produits contraceptifs fait partie des composantes de la qualité des services. En effet, elle permet de disposer constamment d'une quantité de produits adaptée aux besoins afin d'éviter le gaspillage.

### **But du système de gestion et de logistique**

Améliorer les activités de gestion en visant à avoir les quantités de produits nécessaires pour couvrir les besoins des clientes et éviter des stocks excessifs pouvant aboutir à la péremption et au gaspillage.

### **Bases du système**

Elles sont au nombre de six :

- Bon produit,
- Bonne qualité,
- Bon endroit,
- Bon moment,
- Bon coût,
- Bonne qualité,

### **Utilité du système**

Etendre à toutes les structures de santé une manière de gérer les contraceptifs en utilisant un système d'information clair et simple.

### **1. Objectifs**

- Prévoir les besoins en produits contraceptifs en se basant sur les techniques retenues par le programme national de planification familiale.
- Commander les quantités nécessaires pour une période donnée en utilisant le "bon de commande et livraison".
- Réceptionner et stocker les produits conformément aux normes et dans de bonnes conditions.

## 2. Prévisions et commandes

Le calcul des quantités à prévoir ou à commander est basé sur les informations collectées dans le système d'information du programme national de planification familiale.

Il s'agit du calcul de la consommation mensuelle moyenne (C.M.M.) dont voici les formules :

**C.M.M.** : Quantité distribuée aux clients pendant les six derniers mois divisée par six.

**Quantité à prévoir pour une période donnée** : C.M.M. multipliée par le nombre de mois pour lesquels la prévision est faite

**Quantité à commander** : C.M.M. multipliée par le nombre de mois pour lesquels la commande est faite moins le stock disponible.

## 3. Livraison et réception

Après établissement du bon de commande en quatre exemplaires, l'envoi se fait au niveau hiérarchique supérieur qui l'étudie et répond en envoyant les produits dans un délai convenu selon le tableau indicatif relatif à chaque province et préfecture.

Une fois la réception faite, une copie du bon de commande est renvoyée au niveau supérieur.

## 4. Entreposage et stockage des produits

(Voir liste de directives pour un bon entreposage des contraceptifs extraite du manuel de gestion des produits contraceptifs.)

## 5. Conditionnement des produits

(Voir tableau des conditionnements de chaque produit se trouvant dans le manuel de gestion des produits contraceptifs.)

## 6. Validité des produits

Actuellement, tous les produits contraceptifs portent sur leur emballage les dates de fabrication et/ou date de péremption.

A titre indicatif

- Les contraceptifs oraux ont une durée de validité de cinq ans à partir de la date de fabrication.
- Les condoms idem.
- Les injectables peuvent avoir trois ans ou cinq ans selon l'origine (voir date indiquée sur l'emballage ou les flacons).
- Les DIU ont cinq ans de validité à partir de la date de fabrication à condition que l'emballage reste hermétiquement fermé (une fois inséré, le DIU peut être gardé par la femme pendant dix ans).

- Les anneaux de Yoon ont une durée de validité de cinq ans à partir de la date de fabrication.

Lors des constats de péremption, procéder à la destruction et établir un procès-verbal de destruction selon le modèle existant dans le manuel de gestion des contraceptifs.

Pour plus d'explication et de détails, l'utilisateur de ces informations doit se référer au manuel de gestion des produits contraceptifs.

### **Comment stocker les produits contraceptifs**

Le stockage des produits contraceptifs constitue une étape importante pour assurer une gestion efficace des stocks et sauvegarder la qualité des produits. Il se fait à tous les niveaux en quantités variables suivant la capacité d'entreposage et d'utilisation.

### **Organisation du dépôt**

#### ***a. Mesures de sécurité***

Les mouvements de stock sont contrôlés en :

- Fermant à clé le dépôt, en limitant l'accès aux personnes autres que le magasinier : animateur du programme de PF ou médecin-chef, le cas échéant ainsi, si le magasinier est absent pour raison de maladie, vacances, etc., d'autres personnes autorisées peuvent accéder au dépôt;
- S'assurant que les livraisons et les réceptions de stocks correspondent aux pièces justificatives;
- Vérifiant l'authenticité des documents grâce à des contrôles continus des signatures;
- Assurant la sécurité du dépôt contre le vol et l'incendie;

#### ***b. Disposition physique des stocks***

Un bon dépôt doit avoir un espace suffisant, et de préférence un local indépendant, qui permet de faciliter les mouvements des produits ou matériel.

#### ***c. Inventaires physiques***

- Faire au moins deux inventaires physiques par an. L'entreposage, comme toute autre fonction du cycle logistique, ne demande en somme qu'un bon sens de l'ordre et de l'efficacité. Un dépôt bien organisé a de fortes chances d'être géré efficacement.



**Directives pour un bon entreposage des contraceptifs**

- A. Nettoyer régulièrement le dépôt.
- B. Stocker les contraceptifs dans un local sec, bien éclairé et bien ventilé, à l'abri de la lumière directe du soleil.
- C. Vérifier que le matériel de sécurité et anti-incendie est disponible et accessible.
- D. Vérifier qu'il n'y a pas de fuites d'eau dans le local.
- E. Stocker les cartons de produits loin des moteurs électriques et lumières fluorescentes. Des cartons fermés hermétiquement ne risquent rien.
- F. Emplir les cartons de contraceptifs sur des palettes ou des étagères à 10 centimètres au-dessus du sol, et 30 centimètres des murs et des autres piles, et veillez à ce que les piles ne dépassent pas 2,5 mètres de haut.
- G. Déposer les cartons de manière à ce que les étiquettes d'identification, les dates de péremption et les dates de fabrication soient bien visibles.
- H. Stocker les contraceptifs par produit pour faciliter le système "premier expiré, premier sorti", le comptage des produits et leur gestion générale.
- I. Stocker séparément les contraceptifs loin des insecticides, des produits chimiques, des vieux dossiers, des fournitures de bureau et tout autre matériel.
- J. Procéder, si nécessaire, à la désinfection et la dératisation du local.
- K. Procéder à la destruction de tout produit endommagé ou périmé selon les règles en vigueur.



**PRESTATIONS DE PF FOURNIES PAR LA FORMATION SANITAIRE**

(Observer et demander)

Type de prestation	Dispensée		Disponible tout le temps durant les 6 derniers mois		Si non disponible, raison	Période pour laquelle, le service n'était pas disponible
A - Pilule Combinée	Oui	Non	Oui	Non	<input type="checkbox"/> 1.Rupture de stock <input type="checkbox"/> 2.Personnel non formé <input type="checkbox"/> 3.Autres _____	____ Semaines ____ Mois
B - Pilule à Progestatif seul	Oui	Non	Oui	Non	<input type="checkbox"/> 1.Rupture de stock <input type="checkbox"/> 2.Personnel non formé <input type="checkbox"/> 3.Autres _____	____ Semaines ____ Mois
C - DIU	Oui	Non	Oui	Non	<input type="checkbox"/> 1.Rupture de stock <input type="checkbox"/> 2.Personnel non formé <input type="checkbox"/> 3.Autres _____	____ Semaines ____ Mois
D - Injectables	Oui	Non	Oui	Non	<input type="checkbox"/> 1.Rupture de stock <input type="checkbox"/> 2.Personnel non formé <input type="checkbox"/> 3.Autres _____	____ Semaines ____ Mois
E - Stérilisation féminine	Oui	Non	Oui	Non	<input type="checkbox"/> 1.Rupture de stock <input type="checkbox"/> 2.Personnel non formé <input type="checkbox"/> 3.Autres _____	____ Semaines ____ Mois
F - Autres (Spécifier)	Oui	Non	Oui	Non	<input type="checkbox"/> 1.Rupture de stock <input type="checkbox"/> 2.Personnel non formé <input type="checkbox"/> 3.Autres _____	____ Semaines ____ Mois

## ETAT DES LOCAUX

### 1. Salle d'attente

	Oui	Non
Couverte .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pourvue de places assises (pour au moins 10 personnes) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bien éclairée .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Près des toilettes .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pourvue de matériel IEC (dépliant, posters) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisée avec un système d'accueil/triage .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipée de matériel audiovisuel fonctionnel .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commentaires .....		

### 2. Zone de counseling

	Oui	Non
Existe-t-il une zone réservée au counseling? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La zone de counseling est-elle discrète? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est ce qu'il y a du matériel imprimé? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### *Matériel de démonstration*

	Oui	Non
Trousse de counseling .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Affiches .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TV / Vidéo .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radio cassettes .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commentaires .....		

### 3. Salle d'insertion de DIU

	Oui	Non
Bureau /fauteuil/chaise .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Table d'examen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escabeau .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paravent .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chauffage .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bon éclairage .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lave-mains .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'intimité de la cliente est-elle respectée? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commentaires .....		

**DISPONIBILITÉ DU MATÉRIEL TECHNIQUE POUR INSERTION/RETRAIT DE DIU**

Type de Matériel	Quantité	Etat
Boîte en Inox avec couverture		
Plateau à instrument en Inox		
Spéculum vaginal. grand modèle		
Spéculum vaginal. moyen modèle		
Spéculum vaginal. petit modèle		
Pince de Pozzi		
Hystéromètre		
Pince Porte coton		
Pince Hémostatique de Pean courbe 14 cm		
Pince utérine de Bozeman pour extraction de DIU		
Cupule à solution en Inox (250 ml)		
Bocal en verre pour pince à servir		
Pince à servir, 24 cm		
Haricot métallique en Inox		
Ciseau SIMS, 200 mm ss (8")		
Curette pour Biosopie de NOVAK		
Crochet pour extraction de DIU		
Tambour pour compresse et champs		
Gants		
Récipient pour déchets tranchants		
Fongibles .....		
<b>Matériel de l'unité CCV</b>		
Désignation	Quantité	Etat
Lampe pour table d'examen + ampoule		
Table d'instruments Mayo n° 2780		
Tabourets tournants		
Balance pour adultes		
Table d'examen gynécologique		
Appareil anesthésie		
Autoclave		
Source de lumière		
Câble de fibre optique		
Système de laprocteur (valise)		
Système CO2 (valise)		

Nombre de séances CCV par semaine : .....

Nombre d'actes par séance : .....

Existe-t-il une liste d'attente? : ..... Oui  Non

Si oui, pourquoi .....

.....

.....

**DEMANDER AUX PRESTATAIRES S'ILS RENCONTRENT DES PROBLÈMES EN RELATION AVEC LA PRESTATION DES DIFFÉRENTES MÉTHODES CONTRACEPTIVES**

Méthodes contraceptives	Types de problèmes rencontrés
- Pilule	..... ..... .....
- DIU	..... ..... .....
- Injectables	..... ..... .....
- CCV	..... ..... .....
- Condom	..... ..... .....

**DEMANDER AUX PRESTATAIRES S'ILS RENCONTRENT DES PROBLÈMES EN RELATION AVEC L'ORGANISATION DU TRAVAIL**

Oui  Non

Si OUI, lister les problèmes rencontrés

- .....  
- .....  
- .....  
- .....  
- .....  
- .....  
- .....

**SYSTÈME DE RECUEIL DE DONNÉES**

- Résultats d'examen des dossiers des clientes (Procéder à la vérification d'un échantillon de dossiers)

- Classement Correct  Non correct

Si non correct, spécifier : .....  
.....

- Dossiers correctement remplis Oui  Non

Si non, spécifier : .....  
.....

- Mode d'archivage des différents rapports Adéquat  Non adéquat

Si non adéquat, spécifier : .....

- Les données du programme sont elles présentées et affichées sur des tableaux et graphiques?

Oui  Non

Si non, demander les raisons : .....

### GESTION DES DIFFERENTS PRODUITS

Désignation	Condition de stockage		Stock sécurité		Existe -il de Produits périmés		Commande à temps		Fiche à jour	
	Adéquate	Non adéquate	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
- Pilule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- DIU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Injectable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Condom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Demander est ce que les délais de livraisons sont respectés Oui  Non

Si non, raison : .....

### PERFORMANCES DU PROGRAMME AU COURS DES CINQ DERNIÈRES ANNÉES

Tendance annuelle du taux de recrutement par méthode

Méthode Contraceptive					
- Pilule	.....	.....	.....	.....	.....
- DIU	.....	.....	.....	.....	.....
- Injectable	.....	.....	.....	.....	.....
- Condom	.....	.....	.....	.....	.....
- Autres	.....	.....	.....	.....	.....
<b>TOTAL</b>					

Tendance annuelle de la prévalence contraceptive CYP\*

Méthode Contraceptive					
- Pilule	.....	.....	.....	.....	.....
- DIU	.....	.....	.....	.....	.....
- Injectable	.....	.....	.....	.....	.....
- Condom	.....	.....	.....	.....	.....
- Autres	.....	.....	.....	.....	.....
<b>TOTAL</b>					

\* CYP : Couple année protection

**BESOIN EN FORMATION**

Demander aux prestataires s'ils manifestent des besoins en formation dans le cadre des activités de PF

Oui  Non

Si Oui, spécifier les domaines

- .....

- .....

- .....

- .....

- .....

- .....

**SUPERVISION**

Est-ce que la formation a été visitée par un superviseur au cours des six derniers mois?

1. Oui
2. Non
3. Ne sait pas

**MATÉRIEL IEC**

**QUELS SONT LES MATÉRIELS D'IEC DISPONIBLES?.**

Vérifier qu'il existe au moins un jeu de chaque type

Type de matériel	Disponible	
- Affiche de PF	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- Trousse de démonstration	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- Dépliants	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- Brochures	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- Fiches d'information	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- Guides	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- Fiche de counseling	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- Autres (spécifier) _____ _____	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>





## **Annexe 3**

# **Fiche de prévention de l'infection**

### **Introduction**

La prévention des infections (PI) est un élément essentiel dans la qualité des services. Elle a pour objectif de protéger les clientes et les professionnels de santé de toute contamination en réduisant au maximum le risque de transmission des germes.

La PI associe les actions suivantes :

#### **1. Se laver les mains**

Le lavage des mains est le premier procédé simple de prévention de l'infection. Il consiste à se laver avec une eau propre et du savon pendant 15 à 30 secondes et à se sécher en utilisant une serviette propre. Le lavage des mains permet de diminuer le port de germes. Il doit être fait :

- Avant d'examiner une cliente et avant de mettre des gants stériles.
- Après toute situation où les mains ont été contaminées et après avoir enlevé les gants.

#### **2. Porter des gants**

Porter des gants est une deuxième protection mécanique pour éviter la transmission des germes entre la cliente, le professionnel de santé et le matériel. Pour cela, il faut porter des gants dans les situations suivantes :

- Pour le clinicien, avant l'examen touchant une muqueuse;
- Pour le personnel de service (gants de ménage propres et épais) pour nettoyer les instruments, le matériel et les surfaces contaminées de la salle d'examen.

#### **3. Utiliser des antiseptiques**

Les solutions antiseptiques permettent de réduire et parfois de détruire les germes. Elles sont utilisées au niveau des surfaces cutanées et des muqueuses pour les préparer avant de réaliser des gestes invasifs. Il existe un grand nombre de solutions antiseptiques à base d'alcool et d'iode.

#### ***Attention***

- Les solutions alcoolisées ne doivent pas être utilisées pour les muqueuses.
- Les solutions iodées sont contre-indiquées en cas d'allergie à l'iode.

#### **4. Eliminer les déchets**

Les déchets contaminés par le sang ou liquides organiques comportent un risque infectieux et doivent être éliminés avec les précautions suivantes :

- Mettre tous les articles tranchants ou pointus dans des récipients ne pouvant être troués ;
- Eliminer ces déchets selon la procédure adoptée par l'hôpital pour l'élimination des déchets à risque, sinon les brûler ou les enterrer ;
- Verser avec précaution les déchets liquides dans les toilettes avec chasse d'eau ;
- Laver les mains, les gants et les récipients après avoir jeté les déchets à risque.

#### **5. Traiter le matériel**

Le matériel doit être traité avant sa réutilisation. Il doit d'abord être décontaminé, nettoyé puis lavé et ensuite stérilisé ou désinfecté à haut niveau selon le protocole suivant :

##### ***La décontamination***

La décontamination se fait à l'hypochlorite de sodium à 0,5% pendant 10 minutes seulement car il est corrosif pour le métal. Elle inactive le virus du SIDA et de l'hépatite. Tout le matériel réutilisable doit être décontaminé. Préparation de l'hypochlorite de sodium à 0,5% = 1 part d'eau Javel à 12% / 7 parts d'eau.

##### ***Le nettoyage***

Il consiste à frotter les instruments avec une brosse et de l'eau savonneuse puis les rincer à l'eau.

##### ***La stérilisation***

- Soit à la vapeur (autoclave) à température 121°C, pression 106 Kilo-pascal pendant 20 mn pour les articles sans emballage et 30 mn pour les articles emballés ;
- Soit à la chaleur sèche (poupinel) à 170°C pendant 1 heure ou 160°C pendant 2 heures ;
- Soit chimique en trempant le matériel dans une solution de glutaraldéhyde pendant 8 à 10 heures ou dans une solution de formaldéhyde à 8% pendant au moins 24 heures (utilisable pour la stérilisation des endoscopes).

##### ***La désinfection de haut niveau (DHN)***

Lorsque les conditions ne sont pas remplies, procéder à la désinfection de haut niveau. Elle se fait soit à l'ébullition pendant 20 minutes, soit chimiquement en trempant le matériel pendant 20 minutes dans une solution de formaldéhyde à 8% ou de glutaraldéhyde.

## Principales étapes du traitement des instruments, gants et autres articles

### 1. La décontamination

Faire tremper pendant 10 minutes dans une solution chlorée à 0,5%

### 2. Le nettoyage

Laver et rincer soigneusement à l'eau savonneuse.

### 3. La stérilisation



Soit autoclave

120 K pascal – 120°C  
Pendant 20 mn pour les  
articles non emballés



soit chaleur sèche

170°C pendant 1 heure  
160°C pendant 2 heures



soit chimique

Tremper le matériel  
Pendant 10 heures dans  
Une solution de GA\*2%

*Lorsque les conditions ne sont pas remplies, procéder  
à la désinfection de haut niveau*



**par ébullition**

Ebullition avec  
couvercle pendant 20 mn



**chimique**

Tremper le matériel  
Pendant 20 mn dans une  
solution de GA\*2%

**\*GA : Glutaraldéhyde**



## **Annexe 4**

### **Techniques d'insertion et de retrait du DIU**

#### **I. L'INSERTION PROPREMENT DITE**

En pratique, les différents types de DIU reconnaissent de légères variantes d'insertion propres à chacun d'eux. Celles-ci sont décrites de façon détaillée dans l'emballage d'achat et doivent toujours être lues avec attention avant toute pose.

En ce qui nous concerne, nous allons décrire essentiellement la technique du DIU existant dans le secteur public des centres de PF, en donnant les différences de base des autres types de DIU.

#### **A. L'insertion du TCU 380A**

Elle se fait par technique de retrait.

Ce DIU est livré dans un emballage stérile.

Pour charger le DIU, on ouvre le tiers inférieur de l'emballage (côté opposé au DIU), avec la main droite on tient l'applicateur, et avec la main gauche on replie les branches horizontales du TCU sur la branche verticale et on les enfle dans le tube applicateur que pousse et tourne la main droite, l'emballage de plastique servant de protection de DIU aux manœuvres de charge.

On place après le mandrin dans l'applicateur et on le pousse jusqu'à la boule inférieure de la branche verticale du DIU sans le refouler ; le curseur de couleur (bleu) est positionné sur la mesure de la profondeur de la cavité utérine de l'hystéromètre.

On notera que les branches repliées dans la tige de l'applicateur sont bien dans le sens de la face aplatie du curseur.

Pour l'insertion proprement dite : on introduit l'applicateur chargé dans le canal cervical en tirant sur la Pozzi, celui-ci est poussé jusqu'au curseur (le DIU touchant alors le fond utérin) ; tout en maintenant le mandrin en place avec la Pozzi par la main gauche, retirer l'applicateur vers l'opérateur de 1 cm environ pour libérer les branches horizontales.

On retire le mandrin en maintenant l'applicateur en place, qui sera retiré juste après, les fils sont coupés à trois centimètres de l'orifice cervical, de la Pozzi et le spéculum après (contrôler le saignement que peut provoquer la pince à col).

#### **B. Insertion du Multiload**

C'est aussi un DIU en cuivre, qui utilise une technique de poussée.

Celle-ci ne pose pas de problème, les branches latérales du DIU s'affaissent lors du passage cervical quand l'applicateur est poussé jusqu'au fond utérin ; le retrait du tube applicateur laisse

le DIU en place. Les fils sont coupés, la Pozzi et le spéculum retirés.

### **C. Insertion du NOVA-T**

Elle se fait par technique de retrait.

On tire sur les fils du DIU, les branches horizontales se replient dans l'applicateur, puis on le pousse jusqu'au fond utérin, en maintenant le mandrin et on retire l'applicateur : le DIU se déploie au fond de l'utérus ; on retire mandrin et applicateur et on coupe les fils.

### **D. Insertion du PROGESTASERT**

Elle se fait par technique de poussée.

Le DIU est poussé dans son applicateur jusqu'à ce que les branches horizontales se replient sur la verticale. On l'introduit doucement jusqu'au fond utérin puis on retire l'applicateur ; le PROGESTASERT\* reste sur place ; puis on coupe les fils.

## **II. TECHNIQUE DE RETRAIT**

### **A. Indications**

Le retrait du DIU est envisagé dans deux situations :

- Pour raison personnelle : la femme voulant tomber enceinte ou changer de type de contraception ;
- Pour raison médicale : le DIU sera retiré parce qu'il y a une complication, une intolérance ou un échec : Dans ce cas, la décision ne peut être prise que par le médecin responsable du centre de PF.

### **B. Technique de retrait proprement dite**

Patiente rassurée, en position gynécologique, spéculum dégageant le col qui est nettoyé à l'antiseptique, on saisit les fils dans la pince à faux germes et on tire doucement sur ceux-ci qui ramènent en général le DIU sans problème à travers col et vagin.

Si les fils cassent ou ne sont pas visibles, on essaye d'accrocher le DIU par une pince fine ou un crochet ; si on n'y arrive pas, on ne s'acharne pas et on réfère la patiente vers le centre spécialisé le plus proche.

## **Annexe 5**

### **Check list pour injectables**

Poser à la cliente les questions suivantes ; Si la réponse est « non » à toutes les questions, elle peut avoir l'injectable, si elle le désire. Si la réponse est « oui », il faut suivre les instructions.

#### **1. Allaitez-vous un enfant âgé de moins de 6 semaines ?**

**Non**

**Oui** - Elle peut commencer après la 6<sup>e</sup> semaine du post-partum  
- Encourager l'allaitement maternel.

#### **2. Avez-vous un problème cardio-vasculaire ? Ou un autre problème ? Si oui, lequel ?**

**Non**

**Oui** - Si angine de poitrine, cardiopathie ischémique ; HTA sévère, diabète non contrôlé de plus en plus de 20 ans ou complications du diabète, autre méthode.

#### **3. Avez-vous ou avez-vous eu un cancer du sein ?**

**Non**

**Oui** - Autre méthode non hormonale

#### **4. Avez-vous une cirrhose du foie, une hépatite ou une tumeur hépatique ? Avez-vous un ictère ?**

**Non**

**Oui** - Examen médical.  
- Autre méthode non hormonale et soins spécialisés.

#### **5. Pensez-vous être enceinte ?**

**Non**

**Oui** - Si suspicion de grossesse, condom.

#### **6. Avez-vous un saignement vaginal ?**

**Non**

**Oui** - Exploration + traitement





## Annexe 6

### Exemple de formulaire de consentement informé

Royaume du Maroc  
Ministère de la santé



المملكة المغربية  
وزارة الصحة

Direction de la Population  
Division de la Planification Familiale

#### FORMULAIRE DE CONSENTEMENT INFORME EN VUE D'UNE LIGATURE TUBAIRE (L.T) INDICATION MEDICALE

Nom et prénom : ..... Adresse.....

Nom du mari : .....

Age : ..... Parité.....

L'intervention consiste en une stérilisation par la technique .....

1. Je sais qu'il existe des méthodes contraceptives temporaires.
2. Et j'opte pour cette contraception chirurgicale volontaire dont les détails m'ont été expliqués par mon médecin et qui a pour but de m'éviter des accidents qui pourraient être très graves lors d'une grossesse ultérieure.
3. Malgré les quelques risques que cela comporte et dont m'a parlé le médecin.
4. Si cette opération réussit, je sais que je ne pourrai plus avoir d'enfant.
5. Cette opération est irréversible.
6. Je peux à tout moment renoncer à me soumettre à l'intervention sans me voir de ce fait refuser aucun service ou avantage d'aucune sorte.

Date : ..... Signature de l'intéressée : .....

Date : ..... Signature du mari : .....

Date : ..... Signature du médecin ou de l'infirmière  
attestant que la patiente et son époux ont  
compris les différentes informations sur la L.T.

.....  
.....



**Annexe 7**  
Programme national de planification familiale

**Exemple de fiche individuelle  
de contraception chirurgicale**

Province / préfecture : ..... Unité de CCV de: .....

Date et heure d'admission :        
  Jour      Mois                          Année                          Heure      Minutes

**A. IDENTIFICATION**

FEMME

MARI

- Nom : .....
- Prénom : .....
- Age en années révolues <input type="text"/> <input type="text"/>
- Instruction : Sans <input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/>
Second. <input type="checkbox"/> Supérieur <input type="checkbox"/>
- Etat marital : Marié <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/>
- Résidence : Urbain <input type="checkbox"/> Suburb <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>
- Adresse :
- Activité : Femme au Foyer <input type="checkbox"/> En dehors du foyer <input type="checkbox"/>

- Nom : .....
- Prénom : .....
- Age en années révolues <input type="text"/> <input type="text"/>
- Instruction : Sans <input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/>
Second. <input type="checkbox"/> Supérieur <input type="checkbox"/>
- Activité : Sans <input type="checkbox"/> Administration <input type="checkbox"/> Agriculture <input type="checkbox"/>
Commerce <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> .....

**B. ANTÉCÉDENTS**

**1. Obstétricaux**

- Nombre de gestations  - Nbre d'enfants : Vivants : M  F  Décédés : M  F
- Avortement spontané ..... I.V.G .....
- Date dernier accouchement ou avortement

<b>2. Contraception antérieure</b>
- Allaitement Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Durée <input type="text"/> <input type="text"/> En mois
- Pilule Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Durée <input type="text"/> <input type="text"/> En mois
- DIU Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Durée <input type="text"/> <input type="text"/> En mois
- Autres Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Durée <input type="text"/> <input type="text"/> En mois

<b>3. Gynécologiques</b>
- Date dernières règles : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
- Cycles : 1. Durée : .....jours
2. Régularité : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
- Signes Associés : Douleurs <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autres <input type="checkbox"/> .....

**4. Médicaux** .....

**5. Chirurgicaux** .....

**C. EXAMEN**

<b>1. Général</b>		<b>2. Pelvis</b>	
- Poids <input type="text"/> <input type="text"/> Kg	Taille : <input type="text"/> <input type="text"/> Cm	- Spéculum - Col Sain <input type="checkbox"/>	Exocervicite <input type="checkbox"/>
- T.A. : ...../...../.....	Temp. <input type="text"/> °C		Leucorrhées <input type="checkbox"/>
- Coeur : .....	Poumons : .....	- Toucher vaginal :	
- Seins : .....	Abdomen : .....	Corps : Position <input type="checkbox"/>	Ante <input type="checkbox"/> Inter <input type="checkbox"/> Retrov <input type="checkbox"/>
			Mobilité Normal <input type="checkbox"/> Douleuruse <input type="checkbox"/>
		Annexes : Libres	M.L.V. Douleuruse <input type="checkbox"/>

**D. INTERVENTION :** Type d'intervention : Coelioscopie  Minilaparotomie

- Date :             
                             Jour      Mois      Année

- Opérateurs .....

- Anesthésie : - Locale, Générale      Intubation : Oui       Non

- Incidents .....

- Temps vaginal : - Difficultés : ..... Incidents .....

- Coelioscopie + Pose d'anneaux :

- Pneumopéritoine :

- Gaz       Volume       RAS

- Incidents .....

- Trocard Coelio :

- RAS :

- Incidents .....

- Etat Pelvis :

- Normal :

- Pathologique : .....

- Pose d'anneaux :

- Siège :

- Incidents .....

- Gestes associés : .....

- Durée globale de l'acte :   minutes

**E. EVOLUTION :**

**1. Immédiate** - Températures ..... °C Transit : .....

- Douleurs : - Importantes : + ++ +++

- Topographie : .....

- Date de sortie :         
   Jour      Mois      Année      Heure      Minutes

**2. Lointaine**

	Date	Nom du médecin	Diagnostic	Traitement
1 <sup>ère</sup> visite				
2 <sup>ème</sup> visite				
3 <sup>ème</sup> visite				

**F. COMMENTAIRES** .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Blumenthal P.D. et al. (1996). Guide de poche à l'intention des prestataires de service de planification familiale. JHPIEGO Corporation, Seconde édition.

Clinical guidelines for contraception at different ages, p. 295-321.

Glazier'S A. (1996). Clinical obstetrics and gynaecology: Contraception.

Grace M. et al. (1995). Effets secondaires des contraceptifs : répondre aux inquiétudes des clientes. Out Look vol. 12, n°3.

Guillebaud J. (1997). Contraception: your questions and answers. Churchill Livingstone  
Hatcher R.A et al. (1997). The essentials of contraception. John Hopkins School of public health, WHO, USAID.

Rozembaun H. (1982). Les progestatifs. Ed Louis Pariente, Paris.

London N., Glasier A., Gebbie A. (1996). Hand book of Family Planning and Reproductive Health Care. 3e Edition Churchill Livingstone, p.37-118.

Mac Intosh et al. (1992). DIU Guide pratique à l'intention des programmes de PF. JH PIEGO.

Marcia A. et al. Recommandations pour la mise à jour de certaines pratiques de contraceptifs.

INTRAH.

Ministère de la Santé, Maroc (1992). Manuel des méthodes contraceptives.

Ministère de la Santé, Maroc (1997). Manuel de gestion des stocks.

Nepal FP (1991). National medical standards for contraceptive services.

Family health international network (1996), vol. 16, n°2.

Oral Contraception, p. 119-127.

Organisation Mondiale de la santé (1996). Pour un meilleur accès à des soins de qualité en matière de planification familiale : critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue des méthodes contraceptives, p.1-35, 57-71.

Outlook (1997). Amélioration de l'accès aux contraceptifs, vol 13, n°4.

Phyllis Butta (1990). Consentement éclairé et stérilisation volontaire. Guide pratique à l'intention des directeurs de programmes. Association pour la CCV.



Population Reports (1985). Série J, n°28.

Population Reports (1988). Série A, n°7.

Population Reports (1988). Série K, n°3.

Population Reports (1990). Série C, n°10.

Population Reports (1995). Série B, n°6.

Publications médicales de l'IPPF (1989). Manuel de planification familiale à l'usage des médecins, 6<sup>e</sup> Edition.

Slaulz W. (1996). Hormonal contraception, Schering AG, 2e édition, p.31-58.

Special uses of oral contraception: the progestin-only minipill emergency contraception, p. 119-127.

Sproff L. et al. A clinical guide for contraception.

Sylvan M. Shane. Conscientious Sedation for Ambulatory Surgery. University Park Press. Baltimore.

Technical Guidance working group (1995), vol. 1.

Williams et Wilkins (1996).

World Helth Organization (1992). Female sterilisation : a guide to provision of services.

Zambrand D. (1992). Depoprovera\* for contraception UPJOHN.