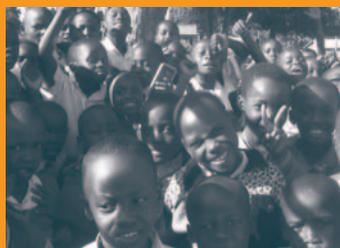




Fédération
internationale pour
la planification
familiale

DIRECTIVES MEDICALES ET DE PRESTATION DES SERVICES SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

TROISIÈME ÉDITION, 2004



DIRECTIVES MEDICALES ET DE PRESTATION DES SERVICES

SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

TROISIEME EDITION, 2004

Dr Fatiha Terki
Dr Usha Malhotra

Publié sous la direction de Mark Powlson

Fédération internationale pour la planification familiale
4 Newhams Row, London SE1 3UZ, Royaume-Uni.

Téléphone : +44 (0)20 7939 8200
Télécopie : +44 (0)20 7939 8300
Adresse électronique : medtech@ippf.org
Site Web : www.ippf.org

TABLE DES MATIERES

Préface		2
Remerciements		4
Comment utiliser les <i>Directives</i>		6
Chapitre 1	Les droits des clients et les besoins des prestataires	10
1	Introduction	12
2	Les droits des clients	12
	2.1 Le droit à l'information	13
	2.2 Le droit d'accès	13
	2.3 Le droit de choisir	13
	2.4 Le droit à la sécurité	14
	2.5 Le droit au respect de l'intimité	15
	2.6 Le droit à la confidentialité	15
	2.7 Le droit au respect de la dignité	16
	2.8 Le droit au confort	16
	2.9 Le droit à la continuité des services	16
	2.10 Le droit d'exprimer son opinion	17
3	Les besoins des prestataires	17
	3.1 Besoin de formation	17
	3.2 Besoin d'information	18
	3.3 Besoin d'infrastructures	18
	3.4 Besoin d'un approvisionnement régulier	18
	3.5 Besoin de conseils	18
	3.6 Besoin d'appui	19
	3.7 Besoin de respect	19
	3.8 Besoin d'encouragements	19
	3.9 Besoin de commentaires sur le travail accompli	19
	3.10 Besoin de s'exprimer	20
Chapitre 2	Le conseil	22
1	Qu'est-ce que le conseil ?	24
2	Le conseil dans les centres de santé sexuelle et reproductive	24
3	Qui peut assurer les services de conseil ?	26

4	Cadre propice à une séance de conseil	27
5	Les liens entre le conseil et l'éducation/information	29
6	Le conseil en matière de contraception	30
6.1	Choix de la méthode	30
6.2	Explication du mode d'emploi de la méthode choisie	32
6.3	Visites de contrôle	33
6.4	Problèmes relatifs à l'utilisation de la méthode	34
6.5	Échec de la méthode	34
6.6	Intégration des IST et du VIH/sida aux séances de conseil	35
7	Conseils destinés aux groupes qui ont des besoins spécifiques	36
Chapitre 3	Le cycle menstruel normal	38
1	Introduction	40
2	Le cycle ovarien	41
2.1	La phase folliculaire	41
2.2	La phase lutéale	43
3	Le cycle de l'endomètre	43
4	Le cycle du col de l'utérus	43
5	La conception	44
Chapitre 4	Examens recommandés aux femmes bien portantes dans le domaine de la santé reproductive	46
1	Introduction	48
2	Affections ciblées par le dépistage sanitaire	48
3	Qui peut bénéficier d'un dépistage sanitaire dans le domaine de la santé reproductive ?	49
4	Qui peut pratiquer ce type d'examen ?	49
5	Conditions requises pour le succès d'un programme de dépistage sanitaire dans le domaine de la santé reproductive	49
6	Modalités du dépistage sanitaire dans le domaine de la santé reproductive	50
6.1	Histoire du patient	50
6.2	Examen physique	53
6.2.1	Dépistage du cancer du sein	54
6.2.2	Examen pelvien	56
6.3	Autres démarches possibles	58

6.4	Fréquence des examens pour les femmes en bonne santé dans le domaine de la santé reproductive	59
6.5	Autres aspects à prendre en compte lors des examens de dépistage	60
7	Dépistage du cancer du col utérin	60
8	La ménopause	69

Chapitre 5 Contraception hormonale 74

1	Introduction	76
2	Contraceptifs oraux combinés (COC)	76
2.1	Définition	76
2.2	Indications	77
2.3	Critères de recevabilité médicale	78
2.4	Situations particulières	81
2.5	Conseil et information	84
2.6	Qui peut fournir les COC ?	84
2.7	Bilan de santé	85
2.8	Choix du COC	87
2.9	Instructions à la cliente	87
2.10	Contrôle et suivi	93
2.11	Approvisionnement en COC	93
2.12	Effets secondaires	94
2.13	Gestion des services	94
3	Contraceptifs oraux aux progestatifs seuls (COP)	95
3.1	Définition	95
3.2	Indications	96
3.3	Critères de recevabilité médicale	96
3.4	Situations particulières	98
3.5	Conseil et information	98
3.6	Qui peut fournir les COP ?	99
3.7	Bilan de santé	99
3.8	Instructions à donner aux clientes	99
3.9	Suivi et approvisionnement	102
3.10	Effets secondaires	103
3.11	Gestion des services	103
4	Gestion de la distribution des contraceptifs oraux	103
4.1	Services de planification familiale à base communautaire (SBC)	103
4.2	Services cliniques	105
4.3	Distribution des pilules	106
4.4	Stockage, durée de conservation et approvisionnement	106

5	Contraceptifs injectables aux progestatifs seuls (CIP)	107
5.1	Définition	107
5.2	Indications	108
5.3	Critères de recevabilité médicale	108
5.4	Situations particulières	110
5.5	Conseil et information	112
5.6	Qui peut administrer les CIP ?	113
5.7	Bilan de santé	113
5.8	Mode d'administration des CIP	113
5.9	Instructions à la cliente	116
5.10	Contrôle et suivi	117
5.11	Effets secondaires	118
5.12	Gestion des services	119
6	Contraceptifs injectables combinés (CIC)	119
6.1	Définition	119
6.2	Indications	120
6.3	Critères de recevabilité médicale	120
6.4	Situations particulières	123
6.5	Conseil et information	124
6.6	Qui peut administrer les CIP ?	125
6.7	Bilan de santé	125
6.8	Mode d'administration des CIC	125
6.9	Instructions à la cliente	127
6.10	Contrôle et suivi	128
6.11	Effets secondaires	128
6.12	Gestion des services	129
7	Gestion des services qui fournissent des contraceptifs injectables	129
8	Les implants sous-cutanés	130
8.1	Définition	130
8.2	Indications	132
8.3	Critères de recevabilité médicale	132
8.4	Situations particulières	134
8.5	Conseil et information	134
8.6	Qui peut pratiquer l'insertion et le retrait des implants ?	135
8.7	Bilan de santé	135
8.8	Choix de l'implant	136
8.9	Insertion et retrait	136
8.10	Instructions à la cliente	138
8.11	Contrôle et suivi	140
8.12	Effets secondaires	140
8.13	Gestion des services	141

9	Autres dispositifs à base de contraceptifs hormonaux combinés	143
9.1	Patch transdermique	143
9.2	Anneau vaginal	143
Chapitre 6	Dispositifs intra-utérins	146
1	Définition	148
2	Indications	149
3	Critères de recevabilité médicale	150
4	Situations particulières	153
5	Conseil et information	154
6	Qui peut insérer les DIU ?	155
7	Bilan de santé	155
8	Sélection du DIU	156
9	Moment de l'insertion	157
10	Insertion du DIU	158
11	Instructions à la cliente	160
12	Quels services par la suite ?	162
13	Effets secondaires	162
14	Complications	163
14.1	Perforation	163
14.2	Saignements excessifs	164
14.3	Maladie inflammatoire pelvienne	165
15	Grossesse	165
16	Absence des fils témoins	166
17	Quand faut-il retirer le DIU ?	167
18	Organisation des services	167
18.1	Dossiers des clientes	167
18.2	Approvisionnement	167
18.3	Formation	168
Chapitre 7	Méthodes barrières	170
1	Introduction	172
1.1	Indications générales	172
1.2	Critères de recevabilité médicale	173
1.3	Bilan de santé	174
1.4	Gestion des services	174
2	Préservatifs	175
2.1	Définition	175
2.2	Indications	177
2.3	Critères de recevabilité médicale	178
2.4	Conseil et information	178
2.5	Choix du préservatif	179

2.6	Instructions à donner aux clients	179
2.7	Effets secondaires	180
2.8	Gestion des services	180
3	Diaphragmes	181
3.1	Définition	181
3.2	Indications	182
3.3	Critères de recevabilité médicale	182
3.4	Conseil et information	183
3.5	Bilan de santé	184
3.6	Choix du type de diaphragme	184
3.7	Qui peut fournir les diaphragmes ?	184
3.8	Pose du diaphragme	184
3.9	Instructions à donner à la cliente	187
3.10	Suivi	188
3.11	Effets secondaires	188
3.12	Gestion des services	189
4	Spermicides	190
4.1	Définition	190
4.2	Indications	191
4.3	Critères de recevabilité médicale	191
4.4	Conseil et information	191
4.5	Choix du spermicide	192
4.6	Instructions à donner aux utilisatrices	192
4.7	Effets secondaires	193
4.8	Gestion des services	193
Chapitre 8	Stérilisation féminine et masculine	196
1	Introduction	198
1.1	Définition	198
1.2	Indications générales	198
1.3	Examen pratiqué avant l'intervention	198
1.4	Conseil et information	199
1.5	Le consentement éclairé	201
1.6	Bilan médical	202
1.7	Anesthésie	202
1.8	Principes à respecter pour garantir la sûreté des interventions chirurgicales	202
1.9	Instructions post-opératoires	203
1.10	Complications	203
1.11	Reperméabilisation	204
1.12	Gestion des services	204
2	Stérilisation masculine	208
2.1	Définition	208

2.2	Indications	208
2.3	Critères de recevabilité médicale	208
2.4	Conseil, information et consentement éclairé	210
2.5	Qui peut effectuer une vasectomie ?	210
2.6	Bilan médical	210
2.7	Préparatifs pré-opératoires	211
2.8	Anesthésie et technique opératoire	211
2.9	Soins post-opératoires	213
2.10	Instructions données aux hommes après l'intervention	213
2.11	Suivi	214
2.12	Complications	214
3	Stérilisation féminine	215
3.1	Définition	215
3.2	Indications	215
3.3	Critères de recevabilité médicale	215
3.4	Conseil, information et consentement éclairé	218
3.5	Qui peut effectuer la stérilisation féminine ?	219
3.6	Bilan médical	219
3.7	Moment de l'intervention	220
3.8	Préparatifs pré-opératoires	221
3.9	Anesthésie et technique opératoire	221
3.10	Soins post-opératoires	224
3.11	Instructions données aux femmes après l'intervention	224
3.12	Suivi	225
3.13	Complications	226

Chapitre 9 Méthodes fondées sur l'observation des signes de fécondité 228

1	Introduction	230
1.1	Indications générales	232
1.2	Indications	232
1.3	Situations qui nécessitent une attention particulière	232
1.4	Difficultés associées à certains groupes	233
1.5	Conseil et information	233
1.6	Qui peut fournir des instructions quant à la méthode ?	234
1.7	Bilan de santé	234
1.8	Enseignement de la méthode	234

	1.9	Suivi	235
2		La méthode de la courbe des températures	235
	2.1	Définition	235
	2.2	Indications	235
	2.3	Conseil et information	235
	2.4	Instructions aux clients	236
3		Méthode de la glaire cervicale (méthode Billings)	240
	3.1	Définition	240
	3.2	Indications	241
	3.3	Situations qui exigent une attention particulière	241
	3.4	Conseil et information	241
	3.5	Instructions à fournir aux clients	242
	3.6	La méthode de la glaire modifiée	244
4		La méthode du calendrier ou des rythmes (Ogino-Knaus)	245
	4.1	Définition	245
	4.2	Indications	245
	4.3	Situations qui exigent une attention particulière	245
	4.4	Conseil et information	245
	4.5	Instructions aux clients	245
5		La méthode sympto-thermique	246
	5.1	Définition	246
	5.2	Indications	246
	5.3	Conseil et information	246
	5.4	Instructions aux clients	246
6		La méthode des jours fixes	247
	6.1	Définition	247
	6.2	Indications	248
	6.3	Instructions à donner aux clients	248

Chapitre 10 La contraception d'urgence 252

1		Introduction	254
	1.1	Indications générales	254
	1.2	Différents types de contraception d'urgence	254
2		La pilule contraceptive d'urgence	255
	2.1	Les différents types de pilule	255
	2.2	Efficacité	256
	2.3	Effets secondaires	256
	2.4	Indications	257

2.5	Critères de recevabilité médicale	257
2.6	Qui peut délivrer les pilules contraceptives d'urgence ?	258
2.7	Conseil et information	258
2.8	Bilan médical	260
2.9	Instructions à donner aux clientes	260
2.10	Suivi	260
2.11	Recours aux méthodes contraceptives conventionnelles après utilisation de contraceptifs d'urgence	261
3	Le dispositifs intra-utérin au cuivre	262
3.1	Efficacité	262
3.2	Indications	262
3.3	Critères de recevabilité médicale	263
3.4	Situations particulières	264
3.5	Qui peut délivrer les DIU ?	264
3.6	Conseil et information	264
3.7	Bilan médical	264
3.8	Pose du DIU	265
3.9	Instructions à donner à la cliente	265
3.10	Suivi	265
3.11	Effets secondaires	266
4	Gestion des services	266
4.1	Sensibilisation	266
4.2	Information	266
4.3	Améliorer l'accessibilité	267
4.4	Les points de distribution	267

Chapitre 11 Diagnostic de grossesse **270**

1	Introduction	272
2	Diagnostic clinique (sans examen de laboratoire)	272
3	Symptômes et signes cliniques de la grossesse	273
3.1	Symptômes	273
3.2	Signes	273
4	Diagnostic au moyen d'examens de laboratoire	273
4.1	Tests d'inhibition de l'agglutination	274
4.2	Tests immunologiques et dosages radioimmunologiques	274
5	Comment être raisonnablement sûr que la femme n'est pas enceinte ?	275
6	Conseils à prodiguer en cas de diagnostic positif de grossesse	275

Chapitre 12	Avortement fait dans des bonnes conditions (sûr)	278
1	Introduction	280
1.1	Définition	280
1.2	Indications générales	281
1.3	Conseil et information	281
2	Consentement éclairé, confidentialité et intimité	283
3	Soins préalables à l'avortement	283
3.1	Antécédents médicaux	283
3.2	Examen physique	284
3.3	Examens de laboratoire	285
4	Méthodes d'avortement	285
4.1	Méthodes médicales	286
4.2	Méthodes chirurgicales	288
5	Suivi	293
5.1	Pendant la période de récupération	293
5.2	Instructions relatives aux soins après un avortement	294
5.3	Signes et symptômes qui exigent une attention urgente	294
5.4	Gestion des complications consécutives à un avortement	294
6	Conseil en matière de contraception et d'IST	296
Chapitre 13	Infections de la filière génitale et infections sexuellement transmissibles	300
1	Introduction	302
1.1	Définition	302
1.2	Le rôle des services de santé sexuelle et reproductive/planification familiale	303
2	La prévention	304
3	Gestion des IFG/IST	306
3.1	L'approche syndromique	306
3.2	Approche syndromique et clinique	317
3.3	Approche syndromique et clinique avec analyses en laboratoire limitées	317
3.4	Approche clinique avec des analyses en laboratoire (diagnostic étiologique)	318
4	Conseil et information	319
4.1	Instructions aux clients	319
5	Notification au(x) partenaire(s)	320
6	Suivi	321
6.1	Échec thérapeutique	322
7	Gestion des services	322

	7.1	L'administration	323
	7.2	La formation	324
	7.3	Directives	325
	7.4	Système de référence	326
	7.5	Surveillance et supervision	326
Chapitre 14		L'infection à VIH et le sida	342
	1	Introduction	344
	1.1	Définition	344
	1.2	Modes de transmission	344
	1.3	Rôle des services de santé sexuelle et reproductive (SSR)	344
	2	Prévention	345
	2.1	Prévention de la transmission par voie sexuelle	346
	2.2	Prévention de la transmission par voie autre que sexuelle	346
	2.3	Prévention de la transmission périnatale	346
	2.4	Prévention de la transmission dans les centres de santé	347
	3	Gestion du VIH/sida	347
	3.1	Services de conseil et de sérodiagnostic du VIH sur une base volontaire	347
	3.2	Services de conseil à la suite du test	349
	3.3	Notification aux partenaires/services de conseil	350
	3.4	Le comportement sexuel	351
	3.5	Décisions de concevoir et de continuation de grossesse	352
	3.6	Contraception	355
	3.7	Traitement	358
	3.8	Les soins et le soutien aux personnes vivant avec le VIH/sida	360
Chapitre 15		Prévention des infections	364
	1	Introduction	366
	2	Définitions	366
	3	Antiseptie	367
	3.1	Indications	367
	3.2	Sélection des antiseptiques	367
	3.3	Préparation, stockage et distribution des antiseptiques	368
	4	Procédures de traitement du matériel et des instruments	370

4.1	Décontamination	370
4.2	Nettoyage	374
4.3	Désinfection de haut niveau (DHN)	374
4.4	Stérilisation	378
5	Traitement d'objets spécifiques	384
5.1	Dessus de table ou autre surface de grande taille pour l'examen pelvien	384
5.2	Linges pour opérations chirurgicales (bonnets, masques, blouses et compresses)	384
5.3	Gants (en caoutchouc ou en plastique)	385
5.4	Instruments utilisés pour les examens pelviens	386
5.5	Instruments utilisés pour la stérilisation masculine et féminine (à l'exception du laparoscope) l'insertion et le retrait d'implants et la pose de DIU	387
5.6	Endoscope (laparoscope)	387
5.7	Aiguilles et seringues	388
5.8	Entreposage des instruments	388
5.9	Eau	389
6	Entreposage du matériel stérile ou désinfecté	389
7	Précautions à prendre pendant les interventions	390
7.1	Lavage des mains	390
7.2	Traitement des gants	393
7.3	Procédures à respecter pour les injections	395
8	Environnement	396
8.1	Nettoyage des zones d'activité	396
8.2	Circulation des personnes	399
8.3	Zones de traitement des instruments et autres objets	400
8.4	Transport des objets propres, désinfectés, stériles et souillés	400
8.5	Élimination des déchets	401
9	Antibiothérapie prophylactique	405
10	Gestion	406
10.1	Administration	406
10.2	Directives	407
10.3	Formation	408
10.4	Contrôle et supervision	409

Suggestions de lecture 411

Index thématique 417

PREFACE

Depuis cinquante ans, l'IPPF offre à des millions d'individus de par le monde éducation et services en matière de planification familiale. Grâce à ses six bureaux régionaux et à son réseau mondial de 149 associations membres, la Fédération occupe une position unique qui lui permet non seulement de fournir des services et de faire respecter les droits de l'individu en matière de santé sexuelle et reproductive, mais aussi de militer en leur faveur.

L'ambition de l'IPPF est de permettre à toutes les femmes, à tous les hommes et à tous les jeunes d'accéder aux services de santé sexuelle et reproductive. Il est aujourd'hui plus évident que jamais que le droit de déterminer le nombre et l'espacement de leurs enfants, mais aussi celui de jouir d'une bonne santé sur le plan sexuel, contribuent à l'épanouissement des individus.

Compte tenu des ressources limitées dont elle dispose et de l'opposition croissante des forces conservatrices, la Fédération a approuvé en 2003 un Plan stratégique qui s'articule autour de quatre objectifs primordiaux en matière de santé reproductive : i) répondre aux besoins des jeunes du monde entier en matière de santé sexuelle et reproductive ; ii) lutter contre le VIH/sida ; iii) éliminer les avortements à risques et améliorer l'accès à l'avortement médicalement sûr ; iv) répondre aux besoins non satisfaits des individus marginalisés et des pauvres en matière de santé sexuelle et reproductive. Le cinquième volet de son action est la sensibilisation, qui repose à la fois sur des données factuelles et sur des l'expérience. L'IPPF a ainsi pris la tête de campagnes menées en faveur de la défense et du renforcement des droits en matière de procréation. Pour que son Plan stratégique donne les résultats escomptés, la Fédération est déterminée à proposer des services de haute qualité dans l'ensemble de son réseau. La publication des Directives s'inscrit dans le cadre des efforts qu'elle mène pour rendre plus strictes les normes de qualité auxquelles les soins prodigués en son nom doivent être conformes.

Les *Directives médicales et de prestation des services* de l'IPPF ont pour objet d'améliorer les connaissances, les compétences et la confiance des prestataires de services, afin qu'ils soient en mesure de répondre aux besoins de leur clientèle.

Pour les y aider, les *Directives* ont été conçues dans le respect d'exigences techniques (elles s'appuient sur les résultats de la recherche scientifique), sociales (elles sont acceptables par ceux qui les utiliseront) et opérationnelles (elles ont été validées et mises à jour). Il est également facile de les adapter aux besoins et aux ressources des différents environnements dans lesquelles elles seront utilisées.

Le contenu de cette Troisième Edition développe l'acquis des éditions précédentes, pour refléter les besoins et les droits des prestataires de services et de leur clientèle. Les *Directives* sont enrichies de quatre nouveaux chapitres, consacrés au cycle menstruel normal, aux examens recommandés aux femmes bien portantes dans le domaine de la santé reproductive, à l'avortement médicalement sûr, ainsi qu'à l'infection à VIH et au sida. Les connaissances en matière de contraception progressent continuellement, aussi les chapitres des éditions précédentes consacrés aux diverses méthodes ont-ils été actualisés. Les publications récentes sur la contraception ont été prises en compte par les spécialistes de l'IPPF, ainsi que la révision, en octobre 2003, des *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives (Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use)*, parrainée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), ou encore la réunion consacrée à la *Sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives (Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use)*, organisée par l'OMS en avril 2004. Il s'agissait pour la Fédération de contribuer à un consensus, ce qu'elle considère comme très important.

Les principales organisations actives au niveau des politiques et des programmes de planification familiale ont participé à ces efforts, et l'IPPF et son Groupe consultatif médical international (IMAP) ont joué un rôle déterminant. Les informations relatives aux contre-indications et aux affections qui nécessitent une attention particulière, s'agissant de l'utilisation des diverses méthodes contraceptives, ont été mises en conformité avec la dernière version en date des critères de l'OMS. Comme les précédentes éditions des *Directives*, celle-ci a été conçue sous la supervision de l'IMAP.

L'expérience nous a montré que les *Directives* n'étaient efficaces que si ceux qui peuvent en profiter le plus y ont accès. Nous aimerions que vous les utilisiez dans le cadre de votre propre formation et de vos discussions, et nous vous encourageons à nous adresser vos commentaires, afin qu'il nous soit possible de rendre les éditions futures encore mieux adaptées à vos besoins.

Je suis heureux de recommander ces *Directives* à tous ceux qui oeuvrent pour l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive.



Dr Steven Sinding
Directeur général de l'IPPF
Londres, 2004

Remerciements

Ces directives ont été conçues avec l'aide et les conseils du Groupe consultatif médical international (IMAP) de l'IPPF. Plusieurs chapitres ont été rédigés sur la base des déclarations de l'IMAP.

Les membres de l'IMAP sont :

Dr Halida Akhtar
 Dr Ward Cates
 Dr Soledad Diaz
 Dr Lindsay Edouard
 Dr Anna Glasier
 Dr Herbert Peterson
 Dr Helen Randerer-Rees
 Professeur Fred Sai
 Dr Paul Van Look
 Dr Edith Weisberg

Nous adressons des remerciements particuliers au Dr Carlos Huezo, co-auteur des première et deuxième éditions, qui est également à l'origine du projet de conception de cette troisième édition ; au Dr Usha Malhotra, co-auteur de cette édition, qui a contribué aux nouveaux chapitres suivants : Avortement, Infection à VIH et sida, et Examens recommandés aux femmes bien portantes dans le domaine de la santé reproductive ; ainsi qu'à Mark Powlson, qui a assuré la supervision éditoriale des *Directives*.

Les divers chapitres des *Directives* ont également été revus par des conseillers en matière de qualité des services au niveau régional et par des membres du personnel du Bureau central de l'IPPF. Il s'agit de :

Dr Gayane Dolyan
 Dr Magdy Khaled
 Dr Rim Esghairi
 Dr Pratima Mitra
 Ilka Maria Rondinelli
 Dr Nehemiah Kimathi
 Dr Cheikh Ouedraogo
 Mme Patricia Mathews
 Dr Mariama Barry

Les membres suivants du personnel d'EngenderHealth ont également fourni une contribution précieuse à cette troisième édition des *Directives* :

Dr Carmela Cordero, Directrice médicale adjointe
John Pile, Directeur de la planification familiale
Dr Roy Jacobstein, Directeur médical

Le Dr Victoria Jennings, Directrice de l'Institut pour la santé reproductive du Centre médical de l'Université de Georgetown, a contribué au chapitre consacré aux méthodes fondées sur la maîtrise de la fécondité.

Nous remercions Jérôme Jacobs pour son excellent travail de traduction.

Des remerciements particuliers sont également adressés aux membres suivants du personnel de l'IPPF :

Mme Susanne Hamm, pour sa contribution aux aspects techniques des *Directives*
Mme Laura Feeney, qui a supervisé les aspects logistiques de la production
Mme Doortje Braeken, pour sa contribution au chapitre consacré aux activités de conseil
Dr Marcel Vekemans, qui a révisé le chapitre consacré à l'avortement et révisé la traduction française des *Directives*
Dr Nono Simelela, qui a révisé le chapitre consacré à l'infection à VIH et au sida

Nous remercions sincèrement le Directeur général, le Dr Steven W. Sinding, et la Directrice adjointe, Lyn Thomas, pour les encouragements et l'appui qu'ils nous ont offerts durant la rédaction du présent ouvrage.

COMMENT UTILISER LES DIRECTIVES

1 But des Directives

Les *Directives médicales et de prestation des services – Santé sexuelle et reproductive* de l'IPPF ont été conçues pour être utilisées dans le cadre de programmes offrant des services de santé reproductive, y compris de planification familiale, en tant que :

- *Guide pour la prestation de services* :

Les Directives fournissent des conseils clairs aux responsables et aux prestataires de services en ce qui concerne la planification et l'exécution des tâches qui leur sont confiées.

- *Document de référence pour évaluer la qualité des services* :

L'accent est mis sur la prestation de services de santé sexuelle et reproductive d'une qualité conforme aux normes essentielles en la matière. En conséquence, la qualité des services peut être évaluée grâce une comparaison entre les résultats obtenus et les recommandations et instructions contenues dans les *Directives*.

- *Instrument de formation* :

Chaque chapitre peut servir de base pour l'élaboration d'un programme de formation.

- *Outils de supervision* :

Les *Directives* peuvent servir de référence aux superviseurs en les aidant à déterminer les situations qui nécessitent des mesures correctives et les besoins en formation. Ils peuvent utiliser les *Directives* pour attirer l'attention du personnel de prestation de services sur les principales exigences en matière de qualité et sur les procédures appropriées.

2 À qui s'adressent les *Directives* ?

Les *Directives* s'adressent aux planificateurs et aux administrateurs de programmes, aux prestataires de services cliniques, et aux formateurs et aux superviseurs de services cliniques et d'antennes locales. Elles intéressent les médecins, les infirmières, les sages-femmes, mais aussi les autres professionnels de la santé. Les aspects des *Directives* pertinents pour les antennes locales peuvent faciliter l'élaboration de documents à l'intention de ceux qui y travaillent, mais ce type de document gagne à être conçu localement.

3 Contenu

Les *Directives* comportent 15 chapitres.

Cette troisième édition, outre qu'elle reprend le contenu des deux premières, mais profondément remanié, compte quatre nouveaux chapitres qui ne figuraient pas dans l'édition de 1997 : 1) Le cycle menstruel normal (chapitre 3) ; Examens recommandés aux femmes bien portantes dans le domaine de la santé reproductive (chapitre 4) ; L'Avortement sûr (chapitre 12) ; et Infection à VIH et sida (chapitre 14).

Renvois

Pour éviter des répétitions inutiles, des renvois invitent le lecteur à se reporter à d'autres chapitres. Ces renvois indiquent le numéro du chapitre et le numéro de la section auxquels se reporter. Souvent, il s'agit de renvois à d'autres sections d'un même chapitre.



Fédération
internationale pour
la planification
familiale

LES DROITS

EN MATIERE DE SEXUALITE ET DE REPRODUCTION

WWW.IPPF.ORG

LE DROIT à la vie

LE DROIT à la liberté et à
la sécurité de la personne

LE DROIT à l'égalité, et
celui de vivre à l'abri de toutes
formes de discrimination

LE DROIT au respect de
l'intimité

LE DROIT à la liberté de
pensée

LE DROIT à l'information et
à l'éducation

LE DROIT de choisir ou non
de se marier et de fonder et
planifier une famille

LE DROIT de décider d'avoir
ou non des enfants

LE DROIT aux soins de santé
et à la protection de la santé

LE DROIT de bénéficier des
progrès scientifiques

LE DROIT de se réunir
librement et de participer à la
vie politique

LE DROIT de vivre à l'abri de
la torture et des mauvais
traitements

1 LES DROITS DES CLIENTS ET LES BESOINS DES PRESTATAIRES

1 Introduction

L'objectif principal des programmes de santé sexuelle et reproductive est d'améliorer la qualité de la vie de l'ensemble des femmes, des hommes et des jeunes. La satisfaction de cet objectif passe par la prestation de services d'une qualité constante qui soient le reflet de cette ambition.

Depuis la fin des années 80, l'accent est mis sur le concept de *qualité des services* et son importance fait l'objet d'une attention soutenue. De ce fait, la satisfaction des clients a augmenté, ce qui a conduit à une demande et à une acceptabilité accrues des services de santé sexuelle et reproductive, y compris la planification familiale. La qualité élevée des soins prodigués fait que les clients ont les moyens, s'agissant de leur santé sexuelle et reproductive, de prendre des décisions en toute connaissance de cause, dans le respect de la confidentialité et en temps opportun.

Puisque l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive et de planification familiale a été reconnu comme un droit de tous les individus et de tous les couples, la qualité des services peut désormais être considérée comme un *droit du client*. De son côté, le terme « client » ne désigne plus seulement celui ou celle qui sollicite des services auprès du système de santé, mais tout individu susceptible d'en avoir besoin.

Le client doit être au centre de toutes les activités liées à la santé sexuelle et reproductive et à la planification familiale. Le fait d'axer les services sur les clients implique que le prestataire doit connaître les besoins propres à chacun, y répondre et respecter les droits. Cependant, pour que les droits des clients soient respectés, il est tout aussi nécessaire que les responsables et les superviseurs répondent aux *besoins des prestataires de services*. Ensemble, les **droits des clients** et les **besoins des prestataires de services** constituent les deux piliers sur lesquels reposent des services de qualité.

2 Les droits des clients

Au plan international, le droit de tous les individus et de tous les couples de décider librement du nombre de leurs enfants et de l'espacement des naissances est établi depuis de nombreuses années. Par exemple, la Proclamation de Téhéran (1968) sur les droits de l'homme a entériné le « droit fondamental des parents de décider librement et en toute responsabilité du nombre de leurs enfants et de l'espacement des naissances ». En 1994, la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), tenue

au Caire, l'a confirmé et y a associé le droit des femmes et des hommes d'être informés et d'avoir accès aux services de santé sexuelle et reproductive de leur choix, en précisant que de tels services devaient être « sûrs, efficaces, abordables et acceptables ».

Dans cet esprit, **les droits du client** peuvent être définis comme suit:

2.1 Le droit à l'information

Tous les citoyens ont le droit d'être informés des avantages que présentent les services de santé sexuelle et reproductive, pour eux et pour leur famille, ainsi que de leur disponibilité. Ils ont également le droit de savoir où et comment obtenir des informations et des services complémentaires pour planifier le nombre de leurs enfants et préserver leur santé sexuelle et reproductive. Tous les programmes de santé sexuelle et reproductive doivent par conséquent diffuser des informations relatives à la santé sexuelle et reproductive et à la planification familiale, non seulement sur le site de prestation des services, mais aussi au niveau local.

2.2 Le droit d'accès

Tous les citoyens ont le droit de bénéficier des services de santé sexuelle et reproductive, indépendamment de leur race, de leur sexe ou de leur orientation sexuelle, de leur situation familiale, de leur âge, de leurs convictions religieuses ou politiques, de leur appartenance ethnique, ou de toute autre caractéristique susceptible de les rendre vulnérables à la discrimination. Le respect de ce droit passe par la garantie de l'accès aux services de santé, par l'intermédiaire de divers prestataires et systèmes de prestation de services.

Toutes les mesures nécessaires doivent être prises dans le cadre des programmes de santé sexuelle et reproductive pour que les services soient effectivement mis à la portée de tous ceux qui en ont besoin, en particulier ceux qui n'ont pas encore facilement accès aux services de santé.

2.3 Le droit de choisir

Les individus et les couples ont le droit de décider librement de maîtriser ou non leur fécondité et de déterminer quelle méthode ils souhaitent utiliser. Lorsqu'ils sollicitent des services contraceptifs, les clients devraient par ailleurs pouvoir exercer leur libre arbitre en ce qui concerne le choix de la méthode contraceptive. Les programmes de santé sexuelle et reproductive doivent aider les individus à effectuer un choix, librement et en connaissance de cause, en leur fournissant sans a priori informations, éducation et conseils, et en leur offrant le choix parmi une gamme appropriée de moyens contraceptifs. Pour autant qu'il n'existe pas de contre-indications, les clients

doivent pouvoir obtenir la méthode de leur choix.

Ce que le client juge acceptable et approprié à un moment donné est susceptible de changer en fonction de l'évolution de ses circonstances personnelles. Par conséquent, **le droit de choisir implique également la faculté pour le client d'abandonner une méthode de contraception au profit d'une autre.**

Le droit de choisir s'exerce également de la façon suivante : dans toute la mesure du possible, il faut que les clients puissent aller où ils le souhaitent pour obtenir des services de planification familiale ou tout autre service de santé sexuelle et reproductive, et choisir le type de prestataires qui leur convient le mieux. En d'autres termes, ils doivent pouvoir choisir tant le lieu que le mode de prestation des services (par exemple les antennes locales, la pharmacie ou tout autre point de distribution, l'hôpital, un centre médico-social ou une clinique de santé sexuelle et reproductive). **Qu'ils soient gouvernementaux, non gouvernementaux ou privés, tous les organismes prestataires de services se doivent d'être favorables à l'établissement d'autres centres de distribution.**

2.4 Le droit à la sécurité

Les clients ont le droit d'être protégés contre la grossesse non désirée, la maladie et la violence sexuelle, et lorsqu'ils reçoivent des services de santé sexuelle et reproductive, ce droit implique ce qui suit :

- Bien qu'il soit admis que les avantages que comporte la planification familiale pour la santé l'emportent sur les risques qui y sont parfois associés, les clients ont le droit d'être protégés contre toute complication éventuelle liée à l'utilisation d'une méthode contraceptive et susceptible d'avoir une incidence négative sur leur santé physique ou mentale.
- Comme les grossesses non désirées peuvent entraîner des risques pour la santé, le droit du client à la sécurité implique aussi le droit à une contraception efficace.
- Lorsqu'ils reçoivent des services, les clients ont aussi le droit d'être protégés contre tous autres risques indépendants de la méthode contraceptive utilisée (par exemple, les risques d'infection liés à l'utilisation d'instruments contaminés).

La sécurité est une composante de la qualité du service fourni et dépend notamment de l'équipement du centre de prestation et de la compétence technique de son personnel. Le droit du client à la sécurité implique qu'on l'aide à choisir en connaissance de cause une méthode contraceptive, que les

contre-indications éventuelles soient dépistées, que des techniques adéquates soient utilisées (le cas échéant) pour la mise en place de la méthode, que toutes les informations nécessaires lui soient communiquées de façon à lui permettre d'utiliser correctement la méthode, et qu'il bénéficie d'un suivi systématique. L'état des lieux de prestation de services, ainsi que celui du matériel et des instruments utilisés, doivent être adéquats, de sorte que la prestation de services n'entraîne pas de risques.

En cas de complications ou d'effets secondaires majeurs, le traitement approprié doit être assuré. S'il n'est pas disponible sur place, le client doit être dirigé vers un autre centre.

2.5 Le droit au respect de l'intimité

Tout client est en droit d'attendre que l'entretien au cours duquel il fait part de ses besoins ou de ses préoccupations se déroule en privé. Le client doit être sûr que sa conversation avec le conseiller ou le prestataire de services ne sera pas entendue par des tiers.

Tout examen médical doit se dérouler dans un lieu où l'intimité physique du client est respectée. Le droit du client au respect de l'intimité implique que les exigences suivantes, liées à la qualité des services, soient respectées :

- Lors d'un entretien ou d'un examen médical, le client a le droit d'être informé du rôle joué par chacune des personnes présentes qui ne font pas partie du personnel de service proprement dit (c'est-à-dire les stagiaires, superviseurs, instructeurs, chercheurs, etc.). Lorsque la présence de stagiaires est nécessaire, l'autorisation du client doit être obtenue au préalable.
- Le client a le droit d'être informé du type d'examen qu'il va subir. Il a également le droit de refuser de subir un examen donné s'il ne se sent pas à l'aise, ou de demander que l'examen en question soit effectué par un autre prestataire.
- Le client doit être partie prenante au cours de toute discussion de son cas se déroulant en sa présence (en particulier dans les centres de formation). Il faut aussi le remercier.

2.6 Le droit à la confidentialité

Le client doit être assuré qu'aucune information communiquée par lui ni aucun détail relatif aux services dont il a bénéficié ne seront divulgués à des tiers sans son consentement. Le droit à la confidentialité est entériné dans le serment d'Hippocrate. La prestation des services de santé sexuelle et reproductive et de planification familiale doit se dérouler conformément aux prescriptions légales locales et dans le respect de la déontologie médicale.

Toute atteinte à la vie privée peut entraîner la mise à l'écart du client par les

autres membres de sa communauté ou porter préjudice à sa vie conjugale. Elle peut par ailleurs entamer la confiance qu'un groupe cible accorde au personnel d'un programme de prestation des services. Conformément au principe de la confidentialité, les prestataires de services doivent éviter de parler de leurs clients en les nommant ou en présence d'autres clients. On ne doit jamais discuter des clients en dehors des lieux de prestation des services. Les dossiers des clients doivent être tenus fermés, et il faut les classer tout de suite après la consultation. L'accès à ces dossiers doit être soumis à un contrôle rigoureux.

2.7 Le droit au respect de la dignité

Les clients sont en droit d'attendre qu'on les traite avec sensibilité, courtoisie, considération, et attention, et qu'on respecte leur dignité, indépendamment de leur niveau d'éducation, de leur position sociale ou de toute autre caractéristique qui les distingue ou les rend vulnérable aux mauvais traitements. Les prestataires de services doivent par conséquent écarter tous préjugés sexistes, sociaux, intellectuels, ou relatifs au mariage, dans leurs rapports avec les clients, et se garder de toute subjectivité à leur égard.

2.8 Le droit au confort

Les clients qui se rendent à une consultation ont droit au confort. Ce droit est étroitement lié à l'exigence de qualité des services, et son respect repose sur un aménagement adéquat des lieux (aération, éclairage, sièges, sanitaires, etc.). Le temps d'attente ne doit pas être excessif. Le milieu dans lequel se déroulent les consultations doit être en harmonie avec le contexte culturel et les exigences locales.

2.9 Le droit à la continuité des services

Les clients ont le droit de bénéficier de services de santé sexuelle et reproductive et d'être approvisionnés en produits, par exemple en contraceptifs, aussi longtemps qu'ils en auront besoin. Les services assurés à un client donné ne doivent en aucun cas être interrompus, à moins que cette décision ne soit prise d'un commun accord par le prestataire et le client. En particulier, l'accès du client à d'autres services de santé sexuelle et reproductive ne doit pas dépendre de sa décision de poursuivre ou non l'utilisation d'une méthode contraceptive. Le client a le droit de réclamer le transfert de son dossier médical à un autre établissement. En pareil cas, le dossier (ou une copie) sera transmis à l'établissement concerné ou confié au client.

Le renvoi en consultation dans un autre établissement et le suivi sont deux autres aspects importants du droit du client à la continuité des services.

2.10 Le droit d'exprimer son opinion

Les clients ont le droit d'exprimer librement leur opinion au sujet des services qu'ils reçoivent. L'opinion des clients sur la qualité des services, qu'il s'agisse de compliments ou de réclamations, ainsi que leurs suggestions concernant tout changement du mode de prestation des services, doivent être envisagés sous un jour positif. Ils s'inscrivent dans le cadre d'efforts permanents de suivi, d'évaluation et d'amélioration des services.

Dans l'idéal, il faudrait s'assurer le concours des clients dès le stade de la planification d'un nouveau programme ou d'un nouveau centre de prestation de services. L'objectif est en effet de répondre aux besoins des clients potentiels et de respecter leurs préférences, en agissant de manière appropriée et acceptable par ces derniers.

Les responsables de programmes et les prestataires de services devraient respecter tous les droits des clients. De la réalisation de cet objectif dépend directement la possibilité d'accès à des informations et à des services de qualité en matière de santé sexuelle et reproductive et de planification familiale.

3 Les besoins des prestataires

Le respect des droits des clients passe par la satisfaction **des besoins des prestataires de services** – en termes de ressources, d'appui, de connaissances et de formation, par exemple. Si ces besoins ne sont pas satisfaits, les prestataires de services sont dans l'impossibilité de respecter véritablement les droits des clients.

3.1 Besoin de formation

Les prestataires de services doivent avoir accès aux connaissances et aux compétences nécessaires à l'exécution de toutes les tâches qui leur sont confiées. Il serait tout à fait injuste, tant pour eux-mêmes que pour leurs clients, de leur demander d'accomplir des tâches pour lesquelles ils n'ont pas reçu de formation appropriée. Il appartient donc aux responsables de déterminer les besoins de leur personnel en matière de formation et de prendre les mesures nécessaires pour qu'ils la reçoivent.

Les responsables de programmes doivent garder à l'esprit que les besoins en formation des prestataires de services ne portent pas exclusivement sur les aspects techniques, mais aussi sur les compétences en matière de communication. Ces dernières sont essentielles pour que le client comprenne les informations auxquelles il a droit. Ces informations lui sont communiquées dans le but de l'aider à prendre une décision et à en mesurer les implications, au moyen par exemple d'une analyse comparative des risques et des avantages

associés à telle ou telle décision. Ces compétences en communication permettent également au prestataire d'analyser correctement la situation des clients.

3.2 Besoin d'information

Tous les prestataires de services doivent recevoir régulièrement des informations concernant leurs tâches. Mais ils ne travaillent pas dans l'isolement, ils gagnent aussi en efficacité s'ils sont également tenus informés du travail accompli par leurs collègues de l'équipe de prestation de services et des autres secteurs d'activité du programme. En outre, l'accès à des informations relatives à l'évolution des techniques peut les aider à s'exprimer avec autorité et à fournir leurs prestations en toute confiance.

3.3 Besoin d'infrastructures

Les prestataires de services ont besoin de structures matérielles et d'une organisation adaptée pour fournir des services d'une qualité acceptable. Ce droit ne s'applique pas seulement à ceux qui travaillent en milieu clinique, mais aussi à ceux qui sont employés par les antennes locales. Une organisation efficace est tout aussi importante au niveau local qu'en milieu clinique.

Les prestataires de services doivent aussi sentir que le cadre dans lequel ils travaillent est sûr. Ils doivent notamment être protégés contre toute exposition inutile au risque d'infection, y compris l'infection à VIH.

3.4 Besoin d'un approvisionnement régulier

Les prestataires de services ont besoin d'être approvisionnés de façon continue en produits fiables. Ils doivent disposer des méthodes contraceptives et du matériel nécessaires pour fournir des services de santé sexuelle et reproductive conformes aux normes de qualité appropriées. Il n'est rien de plus décourageant pour un prestataire de services qui s'efforce de bien travailler que de devoir renvoyer des clients sans leur avoir procuré la méthode contraceptive qu'ils souhaitent utiliser. Un approvisionnement adéquat doit inclure des documents éducatifs et tout autre matériel requis pour fournir des services sûrs et efficaces aux clients.

3.5 Besoin de conseils

Les prestataires de services ont besoin de conseils clairs, pertinents et objectifs, qui renforcent leur motivation et leur compétence. Ces conseils doivent se présenter sous la forme de directives écrites et de listes de contrôle. Si les superviseurs doivent se montrer efficaces, ils doivent aussi apporter leur soutien.

3.6 Besoin d'appui

Quel que soit l'échelon auquel ils travaillent – une antenne locale ou un site de prestations de services cliniques sophistiqué – il faut que les prestataires de services sentent qu'ils appartiennent à une grande famille au sein de laquelle les individus et les groupes peuvent s'appporter un soutien mutuel.

Afin de respecter leur engagement en matière de qualité des services, il arrive que les prestataires de services soient amenés à consulter des collègues, à solliciter un appui technique, ou à renvoyer des clients en consultation auprès d'un autre prestataire ou vers une structure plus spécialisée. Des mécanismes propres à faciliter ce type de procédure doivent être inclus dans les programmes de santé sexuelle et reproductive et de planification familiale.

3.7 Besoin de respect

Les prestataires de services ont besoin que les responsables du programme reconnaissent leur compétence et leur potentiel, et qu'ils respectent leurs besoins humains. Dans le cadre des efforts qu'ils déploient pour gagner le respect des clients, ils ont également besoin du soutien de l'ensemble du système. Par exemple, lorsqu'un agent sanitaire local oriente un client vers une structure clinique, ce client doit recevoir l'attention nécessaire et le personnel clinique doit se montrer respectueux des préoccupations exprimées par l'agent sanitaire.

Tout comportement risquant d'entamer le respect porté par les clients à un prestataire de services est à bannir – par exemple attirer l'attention du prestataire sur des erreurs ou sur des problèmes en présence de clients d'une façon susceptible de provoquer gêne ou honte.

Les prestataires de services doivent être protégés contre tout harcèlement ou mauvais traitement verbal, psychologique et physique de la part de clients, d'autres membres du personnel, ou de superviseurs.

3.8 Besoin d'encouragements

Le potentiel et la créativité des prestataires de services doivent être stimulés.

Ils doivent être encouragés à travailler avec un degré d'autonomie conforme à leurs capacités. Leur motivation et leur engagement vis-à-vis de la qualité des services doivent être soutenus. Ce sont deux ingrédients essentiels pour que les services de santé sexuelle et reproductive et de planification familiale soient d'une qualité acceptable.

3.9 Besoin de commentaires sur le travail accompli

Les prestataires de services ont besoin de commentaires en retour relatifs à leur compétence et à leur comportement, afin de savoir comment ils sont jugés par autrui. Cela les aide à s'améliorer et à mieux répondre aux besoins

des clients. Ils doivent émaner de tous ceux qui font partie du système de prestation de services, à savoir des responsables, des superviseurs, des autres prestataires, et tout particulièrement des clients. Ces commentaires en retour sont surtout intéressants et donnent les meilleurs résultats lorsqu'ils sont émis de façon positive et constructive. L'objectif est de donner aux prestataires la possibilité de s'améliorer lorsqu'ils savent de quelle manière ils sont perçus par autrui. Si les prestataires sont motivés par l'envie de fournir des services de qualité et qu'ils sont constamment encouragés à mieux faire, les commentaires en retour entraîneront une amélioration de la qualité des services.

3.10 Besoin de s'exprimer

Quel que soit l'échelon auquel ils travaillent, tous les prestataires de services ont besoin d'exprimer leur point de vue en ce qui concerne la qualité et l'efficacité du programme. Mais ils ont aussi besoin d'être écoutés, et de savoir que les responsables tiennent compte de leur opinion pour prendre des décisions.

Les responsables des politiques et des programmes doivent évaluer les besoins des prestataires de services et les satisfaire: c'est une condition nécessaire à la prestation de services de qualité. C'est aussi le meilleur moyen de respecter les droits des clients, d'assurer la crédibilité à long terme du programme, et d'asseoir sa réputation.

Photo : Fatiha Terki/Vietnam



2

LE CONSEIL

2 LE CONSEIL

1 Qu'est-ce que le conseil ?

Une séance de conseil repose sur la communication face à face. Une personne aide un individu, un couple, une famille ou un groupe de personnes à déterminer ses besoins, puis à prendre une décision et à faire des choix appropriés. La séance de conseil est une conversation structurée qui a pour but de contribuer au règlement de problèmes particuliers concernant les besoins en matière de santé sexuelle et reproductive (SSR) et de contraception. Le conseiller invite l'interlocuteur à explorer ses sentiments et à trouver les solutions appropriées. Il amène son interlocuteur à comprendre que celui-ci est capable de faire face à ses préoccupations par lui-même et de développer cette capacité.

Les services de conseil sont non seulement destinés à aider les individus à trouver une réponse à leurs besoins immédiats, mais aussi à utiliser leurs propres ressources pour régler d'éventuels problèmes futurs. Il s'agit d'envisager telle ou telle situation sous un angle nouveau, afin de provoquer un changement, qui peut être intérieur (amener l'individu à ressentir la situation différemment) ou se présenter sous la forme d'une modification du comportement (par exemple, opter pour des rapports sexuels protégés). Le changement peut également s'appliquer au milieu dans lequel vit l'individu.

La séance de conseil a pour objectif d'aider l'individu à :

- Mieux comprendre sa situation.
- Déterminer quelles possibilités s'offrent à lui d'améliorer cette situation.
- Faire des choix, notamment en matière de contraception, qui correspondent à ses valeurs, à sa personnalité, à ses sentiments et à ses besoins.
- Prendre ses propres décisions et à les mettre en œuvre.
- Mieux faire face à ses problèmes.
- Développer des compétences personnelles telles que la capacité de parler des relations sexuelles avec un(e) partenaire.
- Apporter un soutien aux autres tout en préservant sa propre force.

2 Le conseil dans les centres de santé sexuelle et reproductive

Dans le cadre des sites spécialisés dans la santé sexuelle et reproductive, le conseil peut être mis à profit pour aider les clients à divers titres, par exemple :

- Les amener à déterminer s'ils ont besoin de recourir à des moyens contraceptifs, et s'ils le souhaitent.

- Les amener à choisir librement une méthode contraceptive, en connaissance de cause.
- Leur enseigner les caractéristiques de la méthode choisie.
- Leur apprendre à utiliser la méthode correctement.
- Les amener à surmonter leurs craintes éventuelles et à prendre des décisions pertinentes en cas de problème.
- Répondre à leurs préoccupations en ce qui concerne les infections sexuellement transmissibles (IST), dont l'infection à VIH.
- Préparer les couples à devenir parents.
- Les amener à prendre une décision en connaissance de cause au sujet de l'allaitement.
- Aider les femmes à choisir d'interrompre ou non une grossesse.
- Débattre avec eux de la sexualité et des relations sexuelles, de l'infécondité, de la ménopause et d'autres problèmes de santé sexuelle et reproductive.

Le conseil revêt une importance particulière pour les personnes qui éprouvent des inquiétudes au sujet de leur santé sexuelle et reproductive, car dans de nombreux cas elles se sentent incapables de discuter de ces problèmes avec leur famille ou leurs amis. Il arrive même qu'elles ne parviennent pas à évoquer la question de la contraception, des rapports sexuels protégés ou d'un diagnostic d'IST avec leur partenaire. Ces situations peuvent être complexes et les clients ont besoin de temps pour en discuter et prendre une décision appropriée.

Les possibilités qui s'offrent aux conseillers en planification familiale/santé reproductive de s'entretenir avec les clients de questions relatives à la santé sexuelle et reproductive, y compris la contraception, sont multiples. Etant donné que les séances de conseil ne portent plus seulement sur la planification familiale, mais aussi sur la santé sexuelle et reproductive, c'est une approche globale de la vie sexuelle qui est désormais privilégiée, ce qui est plus utile pour les clients et les amène à sentir que le conseiller les traite comme des individus à part entière plutôt que comme des utilisateurs potentiels de la planification familiale. L'utilisation des infrastructures existantes est optimisée. Les conseillers ont déjà été formés, ont l'habitude de donner des conseils et bénéficient de la confiance de la communauté. De surcroît, ils peuvent établir le contact avec un groupe plus vaste de clients dont les besoins en la matière ne sont pas satisfaits, notamment les jeunes, les hommes, et les femmes qui ne sont pas à risque de grossesse.

3 Qui peut assurer les services de conseil ?

De nombreux services cliniques n'ont pas de conseiller spécialisé attiré, aussi divers membres du personnel – infirmiers, éducateurs, réceptionnistes, médecins ou agents sanitaires locaux – pourraient recevoir une formation appropriée. Ceux qui sont motivés sont plus susceptibles de se mettre au diapason des clients et donc d'être plus efficaces. Les gestionnaires doivent motiver et appuyer les prestataires, les agents sanitaires locaux et les volontaires qui assurent les services de conseil. Tous les membres du personnel et tous les agents sanitaires locaux qui sont amenés, de façon régulière ou occasionnellement, à conseiller les clients doivent recevoir une formation appropriée aux techniques de communication et de conseil.

Un bon conseiller doit :

- Posséder les connaissances voulues au sujet :
 - Des questions de santé sexuelle et reproductive.
 - De l'ensemble des structures qui fournissent localement des services de santé sexuelle et reproductive, notamment en matière de prévention du VIH, de soutien et de soins aux victimes de violence sexuelle. Les conseillers peuvent réaliser un diagramme sur lequel figurent toutes les ressources locales et s'en servir pour orienter les clients vers les services appropriés.
 - Des tendances et de l'évolution actuelles, s'agissant des besoins en matière de santé sexuelle et reproductive.
- Être motivé et dévoué.
- Posséder les compétences voulues en matière de conseil, et maîtriser notamment :
 - L'écoute active.
 - La communication non verbale.
 - L'interprétation.
 - L'interrogation.
 - L'expression des sentiments.
 - L'apport d'informations.
- Avoir la bonne attitude, c'est-à-dire :
 - Ne pas porter de jugements catégoriques.
 - Ne pas imposer ses propres valeurs aux clients.
 - Être chaleureux et d'un abord facile.
 - Faire preuve de sensibilité.

- Avoir du respect pour les clients.
- Se consacrer au bien-être des clients.
- Être disposé à apprendre continuellement, et à tirer la leçon de ses erreurs.
- Se connaître.
- Connaître la vie et comprendre les individus de cultures et de styles de vie très diversifiés.

4 Cadre propice à une séance de conseil

Il est important que les clients se sentent à l'aise, en sécurité et en confiance. Pour instaurer un cadre propice au conseil, il faut tenir compte de l'environnement physique. Que l'entretien se déroule au domicile de l'intéressé(e) ou à la clinique, il est impératif qu'il ait lieu **en privé**.

- Assurez-vous que la séance de conseil se déroule en privé et confidentiellement, afin que le (la) client(e) se sente à l'aise pour évoquer les facteurs de risque auxquels il/elle est soumis(e), notamment en termes de comportement sexuel.
- Prévoyez un endroit où les enfants accompagnant leur mère puissent jouer en étant surveillés pendant l'entretien.
- L'agencement de la pièce doit être propre à garantir le respect de l'intimité et de la confidentialité et à favoriser la communication entre le (la) client(e) et vous.
- Utilisez divers supports visuels pour faciliter la discussion: tableaux à feuilles mobiles, affiches illustrant les diverses méthodes contraceptives, modèles anatomiques.

L'attitude et la démarche du conseiller sont cruciales. Pour mettre les clients à l'aise et leur inspirer confiance, accueillez-les avec gentillesse, traitez-les avec respect, parlez-leur dans un langage simple en employant des termes qu'ils comprennent. L'apparence et la démarche du conseiller doivent être tels que les clients ne sentent pas dominés, mais au contraire suffisamment sûrs d'eux pour s'ouvrir à lui. Chaque fois que c'est possible d'un point de vue pratique, recevez aussi ensemble le (la) client(e) et son/sa partenaire, voire la famille.

- Dès que vous êtes en présence d'un(e) client(e), accordez-lui toute votre attention.
- Saluez-le poliment et présentez-vous (nom et fonction).

- Expliquez-lui que tout ce qu'il/elle vous dira restera confidentiel.
- Demandez-lui quelle est la raison de sa visite et comment vous pouvez l'aider.
- Ecoutez attentivement ce qu'il/elle vous dit et manifestez cette attention par votre expression (communication non verbale).
- Donnez-lui assez de temps pour exprimer ses idées et prendre une décision. Respectez le silence lorsque le/la client(e) réfléchit profondément ou tente de maîtriser son émotion.
- Soyez attentif aux différences culturelles connues ou possibles entre vous-même et votre interlocuteur, et demandez une explication plus approfondie si vous ne comprenez pas ou avez besoin d'en savoir davantage.
- Une bonne communication interpersonnelle nécessite de regarder la personne dans les yeux. Cependant, cela n'est pas toujours acceptable culturellement.
- N'écrivez pas en écoutant. Ecoutez attentivement, puis, avec la permission de votre interlocuteur, prenez des notes, si nécessaire.
- Encouragez votre interlocuteur à parler ou à continuer de parler en lui disant « je vois », « continuez », etc. Ces petites interventions sont essentielles car elles montrent que vous êtes intéressé et satisfait du fait que votre interlocuteur s'exprime.
- Aidez-le à parler de ses besoins en matière de santé sexuelle et reproductive, et encouragez-le à vous poser des questions afin que vous soyez en mesure de l'aider à satisfaire ces besoins.
- Expliquez que vos questions sont destinées à l'aider à cerner ses besoins.
- Aidez votre interlocuteur à se concentrer sur les aspects du problème sur lesquels il peut agir, plutôt que d'envisager le problème dans son ensemble, ce qui peut lui donner l'impression d'être submergé. Aidez-le à identifier d'autres personnes sur lesquelles il peut compter et desquelles il peut recevoir de l'aide.
- Essayez de répondre aux questions des clients honnêtement, avec précision et de façon complète, même si les questions sont difficiles. Il ne sert à rien de les rassurer à tort afin de calmer leurs inquiétudes.
- Lorsque vous remplissez des fiches ou des formulaires, sollicitez la participation de votre interlocuteur, de façon à inscrire des informations précises et complètes. Procédez de même pour les anciens clients lorsque vous mettez leur dossier à jour.
- Si l'entretien se déroule à la clinique plutôt qu'au domicile du/de la client(e) ou dans un autre lieu, expliquez-lui le déroulement de la consultation en clinique. Dites-lui qui il va rencontrer, décrivez-lui les examens et les tests

qu'il va subir et expliquez-lui pour quelles raisons ils sont nécessaires, précisez la durée de la consultation et, éventuellement, son coût.

- Orientez-le vers d'autres services, si nécessaire.
- Offrez un soutien de plus longue durée, sans pour autant créer une dépendance, et aidez les clients à faire face eux-mêmes à leurs problèmes.

5 Les liens entre le conseil et l'éducation/information

Toutes les informations que les clients peuvent acquérir avant l'entretien faciliteront son déroulement et feront gagner du temps. Il importe donc de les sensibiliser à la planification familiale, à la contraception, aux rapports sexuels protégés, aux IST, au VIH/sida et aux autres questions de santé sexuelle et reproductive au moyen d'autres activités éducatives : distribution de dépliants et disposition d'affiches (dans les langues appropriées) dans les salles d'attente, projection de films ou de vidéos, participation à des discussions de groupe. **Le temps passé par les clients dans les salles d'attente doit dans toute la mesure du possible être mis à profit pour leur enseigner les bases de la santé reproductive, de la contraception, de la prévention des IST, dont le VIH/sida, et d'autres aspects de la santé sexuelle et reproductive.**

Le conseil fait partie du processus d'information et d'éducation. Le fait de fournir des renseignements avant l'entretien peut faire gagner du temps, mais le conseiller doit néanmoins vérifier que le/la client(e) possède les repères essentiels pour lui permettre de gérer sa vie.

Lors des *entretiens individuels*, les clients seront d'autant plus réceptifs aux informations fournies que ces dernières seront adaptées à leurs besoins.

Lors des *séances d'information de groupe*, le prestataire (à l'aide d'une vidéo ou de brochures) présente les aspects fondamentaux d'une question donnée (planification familiale, contraceptifs, rapports sexuels protégés, IST, VIH/sida, voies de transmission, avantages et inconvénients potentiels du dépistage du VIH, ainsi que le processus qui passe par le conseil et certains examens médicaux). Le prestataire (ou la vidéo) doit fournir les informations de façon claire et intéressante, et ces dernières doivent avoir des prolongements dans la vie de chacun des clients présents. Demandez aux membres du groupe s'ils ont des questions et encouragez la discussion au sujet des informations communiquées. Si vous avez assez de temps, engagez une discussion à propos de chacun des thèmes abordés. Prévenez les membres du groupe que vous ne pouvez garantir le respect de la confidentialité et invitez-les à aborder ces questions sur un plan général plutôt que de faire des remarques trop

personnelles. Ils pourront se livrer davantage lors de la séance de conseil individuelle. La taille idéale des groupes dépend du lieu et du temps dont on dispose. Les discussions s'engagent plus facilement avec des groupes de 10 à 20 personnes.

Dans certains cadres, ou lorsque certaines normes culturelles s'appliquent en ce qui concerne les questions de santé sexuelle et reproductive, on peut préférer les *séances de conseil de groupe*, destinées à la famille (élargie) ou à des membres d'une même communauté. Le conseiller cherche alors à établir des rapports, à explorer divers aspects de la prévention, à déterminer quelles options sont offertes pour réduire les risques, et à fournir d'autres informations relatives à la santé sexuelle et reproductive. Les groupes sont de plus petite taille (jusqu'à 10 personnes) et constitués d'individus qui se sentent à l'aise pour parler ensemble (soit parce qu'ils sont du même sexe, parce que leur âge et leur situation sont similaires, ou parce que ce sont des couples ou des membres d'une même famille). Ils peuvent faire part aux autres de leurs sentiments et de leur expérience tout en sachant que la confidentialité ne sera pas garantie. Chaque membre du groupe peut également faire part aux autres des stratégies qu'il applique avec succès pour se protéger lors des rapports sexuels, et tous peuvent se soutenir et s'encourager mutuellement. Ils sortent de telles séances avec une meilleure compréhension des options qui s'offrent à eux, ainsi que de leurs propres sentiments et valeurs.

6 Le conseil en matière de contraception

6.1 Choix de la méthode

Il appartient aux clients de décider quelle méthode de contraception leur convient. Le conseiller doit aider chacun à sélectionner une méthode sûre adaptée à ses besoins et à ses préférences.

Demandez à toute personne qui s'est rendue à la clinique parce qu'elle souhaitait commencer à pratiquer la contraception si elle envisage de choisir une méthode particulière.

Dans l'affirmative :

- Essayez de déterminer par la discussion, et en passant en revue ses antécédents médicaux et sa situation sociale, si cette méthode se prête aux caractéristiques, besoins et circonstances de cette personne.
 - Si la méthode convient, assurez-vous qu'elle est au courant des autres options et que son choix est bien arrêté.

- Si la méthode n'est pas indiquée (par exemple, dans le cas d'une femme qui allaite, a accouché il y a moins de six mois et qui souhaite prendre des contraceptifs oraux combinés, ou si une méthode barrière risque de ne pas être employée correctement alors qu'une grossesse non désirée présenterait des risques majeurs), expliquez-lui les inconvénients de cette méthode et présentez-lui d'autres options plus indiquées.
- Si, après avoir passé en revue toutes les options, elle maintient son choix, cette méthode peut être prescrite, pour autant qu'il n'existe pas de contre-indication absolue.
- **Si la personne présente une contre-indication relative et que la méthode lui est prescrite, informez-la des symptômes qu'elle pourrait éventuellement ressentir.** Dans ce cas, il faut demander l'avis d'un responsable hiérarchique qui peut être appelé à intervenir lors de la consultation.

Dans la négative :

- Demandez-lui quelles méthodes elle connaît: cela vous permettra de juger de ses connaissances et, éventuellement, d'apporter quelques mises au point.
- Décrivez-lui brièvement chaque méthode. Fournissez-lui des informations complémentaires sur les méthodes qui l'intéressent. Montrez-lui des échantillons et permettez-lui de les examiner à loisir. Veillez à n'omettre aucune information sur :
 - Le fonctionnement de la méthode.
 - Son efficacité.
 - Les contre-indications médicales.
 - Les effets secondaires éventuels.
 - Ses avantages
 - Ses inconvénients
- Encouragez-la à poser des questions.
- Discutez avec elle des avantages et des inconvénients des diverses méthodes, compte tenu de sa situation familiale, des risques d'oubli de pilule, de la coopération de son/sa/ses partenaire(s), de la fréquence de ses rapports sexuels, du nombre de ses partenaires, et de son objectif en termes d'espacement ou de limitation des naissances). Expliquez à la personne qu'à l'exception des méthodes barrières aucune méthode ne protège contre les IST, et que le préservatif est la seule méthode qui assure une protection reconnue contre l'infection à VIH (voir chapitre 14 : Infection à VIH et sida).

- Déterminez si elle est prête à prendre une décision en lui posant directement la question : « Quelle méthode avez-vous décidé d'utiliser ? »
- Après vous avoir écouté exposer toutes les options possibles, la personne peut encore être indécise et vous demander de lui recommander une méthode. Si l'éducation et le conseil sont pratiqués sur une plus longue durée, les choix possibles apparaîtront plus clairement et la personne sera finalement en mesure de prendre sa propre décision. Entre-temps, suggérez-lui une méthode qui convienne à ses besoins particuliers. Expliquez-lui pourquoi vous lui recommandez telle ou telle méthode et assurez-vous qu'elle comprend bien ce que vous lui dites et qu'elle est d'accord avec vous. Si elle n'est pas d'accord, recommandez-lui d'autres méthodes, jusqu'à ce qu'elle soit satisfaite. S'il subsiste quelque hésitation, laissez-lui encore du temps pour réfléchir avant de se décider.

N'essayez jamais d'imposer une méthode à un/une client(e) contre son gré.

Situations particulières

- Certains clients ne peuvent utiliser la méthode de leur choix pour des raisons médicales. Dans ce cas, expliquez-leur quelles sont les contre-indications et aidez-les à choisir une autre méthode.
- **Si un(e) client(e) choisit une méthode que vous n'avez pas en stock ou que vous ne proposez pas, orientez-le/la vers un établissement où il/elle pourra obtenir la méthode de son choix.** Aidez-le/la à choisir une méthode qu'il/elle pourra utiliser entre-temps.
- Si le/la client(e) opte pour la stérilisation masculine/féminine, il/elle devra être conseillé(e) en conséquence car il s'agit d'une méthode irréversible. Le/la client(e) doit alors signer une autorisation spécifique donnée en connaissance de cause (voir chapitre 8 : Stérilisation féminine et masculine).

6.2 Explication du mode d'emploi de la méthode choisie

- Les informations à fournir aux clients pour chaque méthode sont énoncées dans le chapitre qui lui est consacré. Voici les points d'ordre général qu'il faut aborder lors de l'entretien :
 - Mode d'emploi de la méthode.
 - Effets secondaires éventuels.
 - Comment maîtriser ces effets secondaires.
 - Signes alarmants qui exigent un suivi médical; où s'adresser à cette fin.
 - Informations relatives au réapprovisionnement, le cas échéant.

- Date de la prochaine visite de contrôle.
- Demandez aux clients de répéter les instructions en utilisant leurs propres mots : vous vérifieriez ainsi qu'ils ont bien compris vos explications. Si besoin est, répétez ces instructions en insistant particulièrement sur les points qui n'ont pas été bien compris. Rectifiez toute erreur éventuelle et fournissez tout renseignement omis.
- Remettez à chaque client(e) une notice d'information sur la méthode choisie, rédigée dans un langage correspondant à son degré d'alphabétisation. Servez-vous d'illustrations ou de modèles pour les personnes qui ne savent pas lire. Ces supports visuels sont particulièrement importants pour la pilule et les méthodes barrières, qui ne sont efficaces que si elles sont correctement utilisées.
- Expliquez aux clients à quel moment ils doivent revenir pour un examen de contrôle et pour se réapprovisionner. Expliquez-leur aussi qu'il est important de revenir s'ils :
 - Éprouvent des effets secondaires.
 - Souhaitent d'autres explications.
 - Souhaitent changer de méthode.
 - Souhaitent arrêter la méthode.

6.3 Visites de contrôle

En général, il n'est pas possible pour les clients d'assimiler en une fois toutes les informations relatives à la planification familiale. Les aider à planifier le nombre de leurs enfants et l'espacement des naissances pendant toute la durée de leur vie reproductive est donc un processus continu. Les visites de contrôle permettent de :

- Consolider la décision prise en ce qui concerne la planification familiale.
- Discuter de problèmes éventuels associés à la méthode choisie.
- Répondre aux questions éventuelles.
- Cerner les changements survenus, en termes de santé ou sur le plan personnel, qui justifieraient un changement de méthode contraceptive ou l'arrêt de la contraception.

Durant une visite de contrôle :

- Passez rapidement en revue les principaux antécédents médicaux dans le domaine de la fonction de reproduction.

- Demandez à la personne si elle est satisfaite de la méthode et si elle a des questions à poser.
- Si la personne éprouve des problèmes avec la méthode, déterminez la nature de ces problèmes et envisagez diverses solutions possibles.
- S'il s'agit d'effets secondaires, déterminez leur gravité et proposez des solutions, ou orientez la personne vers un établissement compétent pour un traitement.
- Si la personne a arrêté d'utiliser la méthode, demandez-lui pourquoi : cet arrêt pourrait être dû à des problèmes de compréhension, à des effets secondaires ou à une rupture de stock. Si la personne souhaite néanmoins continuer à pratiquer la contraception, répondez à ses questions et fournissez-lui des informations afin qu'elle puisse choisir une méthode qui lui convient mieux.
- Si la personne continue d'utiliser la méthode, assurez-vous qu'elle en respecte le mode d'emploi. Le cas échéant, apprenez-lui à le faire.
- Veillez à ce qu'elle soit réapprovisionnée et subisse, le cas échéant, les examens de contrôle nécessaires.
- Aidez-la à choisir une autre méthode de contraception si elle n'est pas satisfaite de celle qu'elle utilise, si sa situation personnelle a changé, ou si la méthode n'est plus sûre.
- Si une cliente souhaite concevoir, aidez-la à bien gérer l'arrêt de la pratique contraceptive, et donnez-lui toutes les informations utiles sur le retour de la fécondité ; insistez sur l'importance des soins prénatals et indiquez-lui où s'adresser à cet effet.

6.4 Problèmes relatifs à l'utilisation de la méthode

- Si une personne sollicite votre aide parce qu'elle éprouve des problèmes relatifs à l'utilisation de la méthode, vous devez prêter tout autant attention à ses besoins psychologiques qu'à son état physiologique. **Rassurez la personne et apportez-lui le soutien nécessaire.**
- Si la personne n'est pas satisfaite de la méthode utilisée, demandez-lui pour quelles raisons. Rassurez-la ou proposez-lui les autres options disponibles.
- Si une personne présente des complications justifiant l'arrêt de la méthode, conseillez-lui d'autres options.

6.5 Echec de la méthode

Si une cliente est enceinte, il convient d'en discuter avec elle (ou, mieux encore, avec le couple) et de lui apporter l'aide et les conseils nécessaires. Essayez de déterminer si la grossesse résulte de l'échec de la méthode et, si

possible, de cerner les facteurs qui y ont éventuellement contribué. (Pour chaque méthode spécifique, se reporter au chapitre qui lui est consacré.)

Il est en général impossible de prévoir l'effet de cette nouvelle sur la femme et sur son partenaire. Les réactions immédiates varient considérablement d'une personne à l'autre et les sentiments évoluent avec le temps.

La cliente a besoin de soutien et il faut l'encourager à revenir pour un entretien plus poussé, si elle le souhaite.

- *Si la femme a l'intention de mener sa grossesse à terme* : Insistez sur l'importance des soins prénatals et des conseils en matière de nutrition, et indiquez-lui où s'adresser et comment procéder pour en bénéficier. Orientez-la vers un établissement compétent, si nécessaire.
- *Si la cliente ne souhaite pas mener sa grossesse à terme* : Conseillez-la en fonction de la législation et de la réglementation locales. Expliquez-lui les dangers associés à l'avortement non médicalisé.

6.6 Intégration des IST et du VIH/sida aux séances de conseil

Les conseillers qui se consacrent principalement à la planification familiale trouvent parfois que le conseil en matière d'IST et de VIH/sida est une tâche supplémentaire qui pose toutes sortes de problèmes difficiles à résoudre. Il leur faut comprendre les avantages associés à l'intégration aux séances de conseil des questions touchant aux IST et au VIH, mais ils doivent pour cela avoir la possibilité d'exprimer leurs inquiétudes et de déterminer le soutien dont ils ont besoin.

Les IST, dont le VIH/sida, constituent des problèmes majeurs, aussi les clients doivent-ils comprendre les risques qu'ils encourent s'ils ne se protègent pas, et déterminer de quelle façon ils peuvent le faire. Pour chaque méthode contraceptive, les prestataires doivent expliquer si elle assure ou non une protection contre les IST et le VIH, et promouvoir la double protection lorsque c'est approprié (voir chapitre 14 : L'infection à VIH et le sida).

7 Conseils destinés aux groupes qui ont des besoins spécifiques

Les responsables des programmes qui s'adressent à des clients présentant des besoins spécifiques doivent s'assurer que les personnes chargées du conseil sont familières des besoins de ces groupes et de la démarche qu'il convient d'adopter pour y répondre. Ces groupes incluent, par exemple, les adolescents et les populations illettrées et celles dont le degré d'alphabétisation est faible.

Photo : Miguel Cruz/République dominicaine



3

LE CYCLE MENSTRUEL NORMAL

3 LE CYCLE MENSTRUEL NORMAL

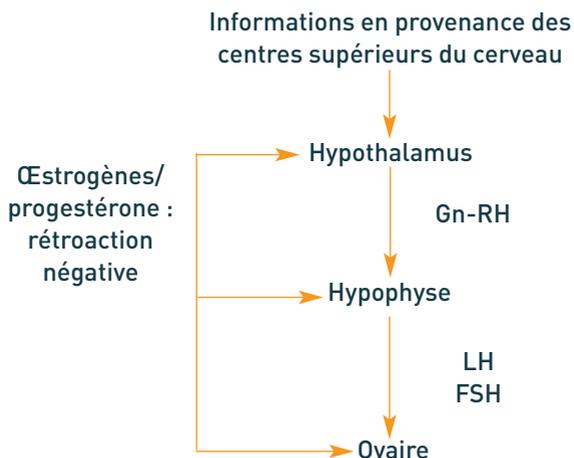
1 Introduction

Une connaissance de base de la biologie et de la physiologie du cycle menstruel facilite la compréhension des mécanismes de la procréation et du mode de fonctionnement des diverses méthodes contraceptives. Le développement sexuel et la fonction reproductive sont régulés par l'interaction de l'hypothalamus, de l'hypophyse et des ovaires – l'axe hypothalamo-hypophyso-ovarien.

Au début de la puberté, la sensibilité de l'axe hypothalamo-hypophyso-ovarien change (voir Figure 3.1). L'hypothalamus commence à libérer par pulsations son principal peptide, la gonadolibérine (Gn-RH). L'hypophyse est alors stimulée et libère l'hormone folliculo-stimulante (FSH) et l'hormone lutéinisante (LH). Ces gonadostimulines hypophysaires stimulent les ovaires de manière cyclique, entraînant la production de stéroïdes ovariens – androgènes, œstrogènes et progestérone. Les androgènes et les œstrogènes ovariens, ainsi que les androgènes en provenance des glandes surrénales (notamment la déhydroépiandrostérone) provoquent des changements pubertaires chez la fille, et en particulier :

- Le développement des seins.
- L'apparition de la pilosité pubienne.
- La maturation des organes génitaux, et notamment la prolifération de l'endomètre.

Figure 3.1 L'axe hypothalamo-hypophyso-ovarien



En général, la ménarche, c'est-à-dire la première menstruation, n'est pas précédée d'une ovulation, mais à mesure que l'axe hypothalamo-hypophyso-ovarien se développe, le cycle ovarien se met en place. Les œstrogènes et la progestérone ont un effet inhibiteur sur l'hypothalamus et l'hypophyse (rétroaction négative), qui régule la libération de la gonadolibérine (homéostasie). A la fin de la phase pré-ovulatoire, l'augmentation des concentrations d'œstradiol stimule l'hypothalamus et l'hypophyse, d'où une amplification de la production de LH, qui entraîne la libération de l'ovocyte.

D'autres facteurs peuvent moduler la fonction cyclique de l'axe hypothalamo-hypophyso-ovarien. Ce sont, entres autres :

- L'activité de la thyroïde et des glandes surrénales, comme en témoigne le lien établi entre hypothyroïdie et troubles menstruels.
- Les stimuli olfactifs, visuels et émotionnels, dont certains opèrent par l'entremise de neurotransmetteurs tels que les catécholamines, comme la dopamine, ou encore la sérotonine et les opioïdes. Le système limbique et l'épiphyse exercent également une influence sur la fonction hypothalamique, en partie par l'intermédiaire de la mélatonine.
- Les facteurs nutritionnels, comme en témoigne l'inhibition du cycle menstruel en cas de troubles de l'alimentation ou de maladie chronique.

2 Le cycle ovarien

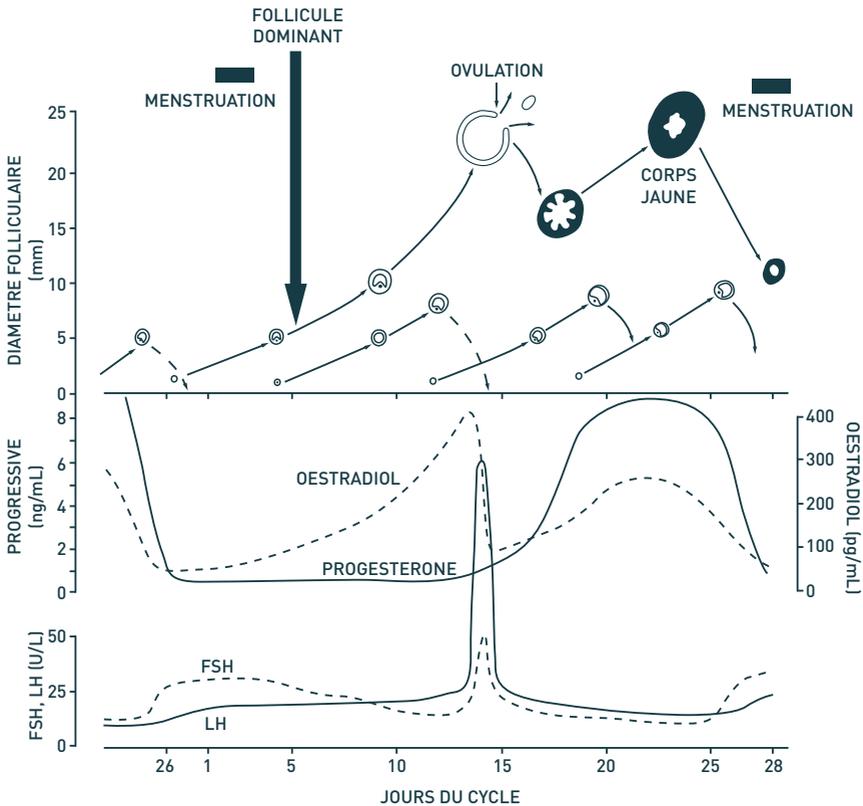
Chaque ovaire foetal contient entre 6 et 7 millions de follicules primordiaux, dont seuls quelques-uns se développeront jusqu'à produire un ovocyte, ce qui survient environ tous les mois pendant les années de fécondité de la femme. La plupart des follicules sont destinés à suivre un cycle de croissance et d'atréisie jusqu'à ce que la population des follicules se tarisse à la ménopause.

Le cycle ovarien (voir Figure 3.2) est l'ensemble des événements qui se produisent à l'intérieur de l'ovaire au cours d'un cycle menstruel avant, pendant et après l'ovulation. Il comprend la phase folliculaire (pré-ovulatoire) et la phase lutéale (post-ovulatoire).

2.1 La phase folliculaire

La concentration de FSH augmente légèrement avant la menstruation, ce qui stimule la croissance et la maturation de plusieurs follicules ovariens. Ces derniers produisent des œstrogènes, principalement de l'œstradiol. Entre le 5^e et le 7^e jour du cycle ovarien, l'un des follicules prend une position dominante et l'œuf (ovocyte) qui sera libéré par l'ovaire ce mois-là se développe à

Figure 3.2 Le cycle ovarien



l'intérieur. Les autres follicules en cours de maturation régressent et dégèrent. De petites quantités de LH sont libérées en permanence tout au long du cycle, toujours par pulsations. Entre 24 et 48 heures avant l'ovulation, une montée soudaine de la production d'œstradiol par le follicule dominant déclenche une amplification de la sécrétion de LH par l'hypophyse. C'est le dernier stimulus de l'ovulation – rupture du follicule de De Graaf et libération de l'ovocyte.

On peut mesurer la concentration de FSH et de LH dans le plasma. Elle est inversement proportionnelle à l'activité ovarienne et demeure systématiquement élevée pendant la ménopause.

2.2 La phase lutéale

Après l'ovulation, la paroi du follicule s'affaisse. Les cellules qu'elle contient accumulent des lipides et du carotène (un pigment), ce qui leur donne une coloration jaune. Le follicule se transforme ainsi en corps jaune (corpus luteum). Le corps jaune produit de l'œstradiol, de la progestérone et des androgènes. C'est la progestérone qui domine cette phase du cycle et qui prépare l'endomètre à recevoir l'oeuf fécondé en cas de fécondation. Si la fécondation n'a pas lieu, ou si l'oeuf fécondé ne parvient pas à s'implanter, le corps jaune commence à régresser entre 11 et 14 jours après l'ovulation. Les concentrations d'œstradiol et de progestérone à mi-parcours de la phase lutéale sont telles qu'elles empêchent la libération de FSH et de LH par l'hypophyse. L'atrésie du corps jaune en l'absence d'implantation fait diminuer la concentration d'œstrogènes et de progestérone dans le flux sanguin, ce qui a pour conséquence de priver l'endomètre de l'appui de ces hormones, ce qui conduit à la menstruation.

3 Le cycle de l'endomètre

Le cycle ovarien – production d'œstrogènes avant l'ovulation, suivie par la production d'œstrogènes et de progestérone dans la phase post-ovulatoire – a des répercussions sur l'endomètre. Sous l'effet des œstrogènes, les composants glandulaires et stromals de l'endomètre prolifèrent : c'est ce qu'on appelle la *phase de prolifération*. Après l'ovulation, sous l'effet de la progestérone, les glandes de l'endomètre deviennent sécrétoires et les cellules stromales gagnent du volume : c'est ce qu'on appelle la *phase de sécrétion*. A la fin de cette phase, à mesure que les concentrations d'œstrogènes et de progestérone diminuent, les artéριοles de l'endomètre se contractent, ce qui conduit à une ischémie superficielle, puis à l'élimination de l'endomètre. C'est l'expulsion de l'utérus des matières constitutives de l'endomètre et de sang qui constitue les règles. Dans les 48 heures qui suivent, l'endomètre commence à se reconstituer grâce à la prolifération de cellules glandulaires basales.

4 Le cycle du col de l'utérus

Au début de la phase pré-ovulatoire du cycle menstruel, la glaire cervicale est épaisse, gluante et opaque, et forme un bouchon muqueux qui obstrue le canal cervical. Du fait que la concentration d'œstrogènes augmente à mesure que l'ovulation approche, la glaire devient abondante, moins épaisse, élastique et transparente. Elle atteint sa fluidité maximale au moment de l'ovulation, ce qui

permet l'ascension des spermatozoïdes vers la cavité de l'endomètre et les voies génitales hautes. Après l'ovulation, la progestérone entraîne une inversion de ce processus, produisant une glaire visqueuse, peu abondante, gluante et opaque qui forme de nouveau un obstacle au passage des spermatozoïdes. Les changements de la glaire cervicale, qui s'accompagnent de diverses sensations dans le vagin et au niveau de la vulve au cours du cycle, constituent la base de la méthode de maîtrise de la fécondité fondée sur l'observation de la glaire. Outre les modifications physiques de la glaire cervicale, on constate un pH vaginal acide de 4 avant l'ovulation, puis un pH alcalin compris entre 7 et 8 dans les phases péri-ovulatoire et post-ovulatoire du cycle.

5 La conception

Durant la période féconde, le coït pratiqué au moment de l'ovulation aura pour résultat le déplacement rapide du sperme à travers la glaire cervicale en direction des voies génitales hautes. On a constaté la présence de spermatozoïdes dans les trompes de Fallope dans les 5 minutes suivant l'éjaculation (même si dans la plupart des cas, il faut beaucoup plus longtemps pour qu'ils y parviennent) et ils peuvent survivre pendant 5 jours, voire davantage, dans les voies génitales féminines. En règle générale, la fécondation a lieu dans les heures qui suivent l'ovulation, au niveau du tiers externe de la trompe. L'ovule fécondé commence à se diviser dans la trompe, ce qui entraîne la formation d'une petite masse cellulaire appelée morula. Le troisième jour après la fécondation, la morula (embryon en développement) atteint la cavité utérine. Il lui faut encore 2 ou 3 jours pour commencer à s'y implanter et il faut compter environ trois autres jours pour que l'implantation soit un succès. En moyenne, il faut donc compter 6 jours après l'ovulation pour que l'embryon en développement s'implante. Une fois que l'embryon est à l'intérieur de la cavité utérine, les cellules qui l'enveloppent commencent à produire de la gonadotrophine chorionique, détectable dans le sang de la mère à partir du 8^e ou du 9^e jour après l'ovulation. On considère que la fin de l'implantation marque le début de la grossesse. Nombre d'ovules fécondés (environ 50 %) ne s'implantent pas et sont résorbés avant les règles suivantes. S'il y a grossesse, la gonadotrophine chorionique maintient en activité le corps jaune, qui continue de sécréter œstrogènes et progestérone, jusqu'à ce que le placenta prenne le relais.

Photo : Fatiha Terki/Vietnam



4 EXAMENS RECOMMANDÉS AUX FEMMES BIEN PORTANTES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ REPRODUCTIVE

1 Introduction

Le dépistage est un aspect important des soins de santé. Il améliore le bien-être de l'individu et de la population dans son ensemble en identifiant à un stade précoce les maladies qu'il est possible de traiter et les individus qui présentent des risques plus élevés que la normale et qui pourraient ainsi bénéficier d'un suivi plus attentif.

Les cliniques de santé sexuelle et reproductive (SSR)/planification familiale sont souvent le lieu le plus propice pour procéder aux examens recommandés aux femmes bien portantes dans le domaine de la santé reproductive. Lorsque c'est possible, de tels examens devraient être proposés à toutes les clientes des cliniques de SSR/planification familiale, en particulier celles qui présentent un facteur de risque (voir section 6). Cependant, ils ne doivent *pas* constituer une condition requise pour la prestation de services de SSR/planification familiale.

En règle générale, les programmes de dépistage sanitaire devraient cibler des maladies :

- Suffisamment répandues qui entraînent un degré de morbidité et de mortalité tels qu'un programme de dépistage à grande échelle est justifié.
- Qui sont détectables par des moyens relativement simples.
- Qui se prêtent à un traitement précoce.

2 Affections ciblées par le dépistage sanitaire

Il en existe trois catégories principales :

- Infections de la filière génitale (IFG) et infections sexuellement transmissibles (IST).
- Cancer (du sein, du col utérin, de l'endomètre, de l'ovaire).
- La ménopause.

3 Qui peut bénéficier d'un dépistage sanitaire dans le domaine de la santé reproductive ?

Idéalement, ce type d'examen devrait être proposé à :

- Toutes les femmes qui se rendent dans des cliniques de SSR/ planification familiale.
- Toutes les femmes appartenant aux groupes présentant des risques élevés.
- Toutes les femmes qui demandent un bilan médical.

4 Qui peut pratiquer ce type d'examen ?

S'ils ont reçu une formation appropriée, et dans le respect des règlements et de la pratique au plan local, les prestataires suivants :

- Médecins.
- Infirmières.
- Sages-femmes.

5 Conditions requises pour le succès d'un programme de dépistage sanitaire dans le domaine de la santé reproductive

Un certain nombre de mesures indispensables doivent être prises dans les cliniques de SSR/planification familiale afin qu'un tel programme soit couronné de succès :

- Faire en sorte que la localisation de la clinique, les horaires d'ouverture et les procédures administratives soient adaptées à la clientèle. Si ces consultations sont payantes, elles doivent être d'un prix abordable pour la population ciblée. La chaleur humaine et le respect de l'intimité sont deux conditions essentielles.
- Définir clairement des protocoles et assurer une information et une supervision adéquates au personnel afin que les normes de qualité des services soient appropriées. Mettre en relief les compétences en matière de communication et d'exécution des tâches cliniques.
- Créer un environnement tel que les clientes aient confiance dans l'ensemble du personnel et se sentent à l'aise pour faire part des craintes éventuelles qu'elles entretiennent au sujet de leur bien-être physique et psychologique.

La confidentialité doit être préservée.

- Faire comprendre qu'il est important de procéder à des bilans de santé reproductive réguliers et bien expliquer les procédures employées.
- Fournir des informations en distribuant des brochures éducatives et en organisant débats et démonstrations, avec l'aide de supports audiovisuels appropriés, si c'est possible.
- Tenir des dossiers précis et complets, et planifier le suivi régulier des clientes de sorte que ces dernières ne se sentent pas perdues après la visite.
- Faire en sorte que des professionnels de santé ayant reçu une formation spécifique procurent des conseils adaptés aux femmes chez lesquelles une maladie a été diagnostiquée.
- Établir des systèmes de référence vers des soins spécialisés et rendre ce processus aussi efficace et dépourvu de soucis que possible.

La prestation de services de dépistage dans le domaine de la santé reproductive dans les cliniques de SSR/planification familiale ne devrait pas constituer pour les installations ou pour le personnel une charge telle que certaines femmes se verraient refuser des services de SSR/planification familiale qu'elles sollicitent. D'un autre côté, les cliniques ne devraient pas faire du dépistage sanitaire une condition préalable à l'utilisation d'une méthode contraceptive.

6 Modalités du dépistage sanitaire dans le domaine de la santé reproductive

Les infections de la filière génitale (IFG) et les infections sexuellement transmissibles (IST) sont abordées en détail au chapitre 13. Le présent chapitre porte sur les aspects généraux du dépistage dans le domaine de la santé reproductive et sur les facteurs particulièrement pertinents s'agissant des cancers gynécologiques et de la ménopause.

6.1 Histoire du patient

Comme c'est le cas dans toutes les consultations, il est important de déterminer de façon adéquate les antécédents des patientes. Tous les aspects habituels des antécédents médicaux et sociaux doivent être couverts (voir Encadré 4.1), y compris les données d'ordre démographique ; les antécédents familiaux pertinents ; les antécédents médicaux à caractère général, avec identification des maladies présentes et passées, notamment le diabète sucré, l'anémie, l'immunodépression ; les antécédents menstruels, gynécologiques, obstétricaux, contraceptifs et sexuels, une série de questions devant porter

Encadré 4.1 : Antécédents médicaux et sociaux à prendre en compte

- *Données d'ordre démographique* : âge, nombre de grossesses.
- *Antécédents familiaux* : santé des parents et des frères et soeurs.
- *Antécédents médicaux* : maladies contractées ou opérations subies, transfusions sanguines éventuelles, traitements en cours, allergies.
- *Vaccinations* : rubéole, hépatite.
- *Antécédents en matière de menstruation* : date des dernières règles, âge à la ménarche, régularité des cycles, quantité et durée du flux menstruel, présence et gravité de symptômes associés tels que dysménorrhée et tension prémenstruelle, détails relatifs à d'éventuels saignements vaginaux anormaux (pour une femme ménopausée ou en péri-ménopause, présence et gravité de symptômes liés à la ménopause).
- *Antécédents gynécologiques* : maladies contractées dans le passé, notamment les infections ; tous symptômes présents ou récurrents, tels que pertes vaginales ou démangeaisons au niveau de la vulve; IFG/IST.
- *Antécédents obstétricaux* : dates et détails des grossesses et accouchements.
- *Historique de la contraception* : toutes méthodes utilisées dans le passé et effets secondaires éventuels.
- *Historique des relations sexuelles* : âge au moment du premier rapport, nombre de partenaires sexuels, tous problèmes relatifs à la sexualité tels la dyspareunie et les saignements après le coït.
- *Facteurs sociaux* : tabagisme et consommation d'alcool.

sur les IFG et les IST, y compris l'infection à VIH, la maladie inflammatoire pelvienne (MIP) et les facteurs de risque tels que les partenaires multiples; et les facteurs sociaux.

La plupart des femmes en bonne santé qui sollicitent un dépistage ne présentent pas de symptômes. Il est donc nécessaire de poser à chaque cliente des questions spécifiques et de mettre à jour, si la femme est exposée à des risques élevés, les premiers symptômes éventuels d'une affection qui autrement passeraient inaperçus (voir Encadré 4.2 pour les questions à poser en relation avec les situations présentant des risques élevés).

Encadré 4.2 : Facteurs de risque du cancer du sein, du col utérin, de l'endomètre et de l'ovaire

Cancer du sein :

- Plus de 40 ans.
- Antécédents familiaux de cancer du sein, particulièrement chez un parent au premier degré (mère, soeur) ayant développé la maladie avant la ménopause.
- Ménarche précoce ou ménopause tardive.
- Femme nullipare ou dont la première grossesse a eu lieu après 30 ans.
- Antécédents d'hyperplasie atypique au sein.
- Régime alimentaire riche en graisses et obésité.
- Traitement hormonal substitutif (THS) depuis 5 ans ou plus.
- Femme n'ayant jamais allaité.

Cancer du col utérin :

- Rapports sexuels avant 20 ans.
- Partenaires sexuels multiples.
- Infection à papillomavirus humain (HPV).
- Tabagisme.
- Antécédents d'infections sexuellement transmissibles (IST).

Cancer de l'endomètre :

- Plus de 50 ans.
- Antécédents familiaux de cancer de l'endomètre.
- Irrégularité du cycle menstruel associée à des cycles anovulatoires.
- Ménopause tardive.
- Femme nullipare ou inféconde.
- Utilisation d'œstrogènes sans l'effet d'opposition de la progestérone.
- Antécédents d'hyperplasie de l'endomètre.
- Antécédents de diabète sucré ou d'hypertension.
- Régime riche en graisses, obésité.

Suite

Encadré 4.2 : suite

Cancer ovarien :

- Plus de 50 ans.
- Antécédents familiaux de cancer ovarien, particulièrement chez un parent au premier degré.
- Ménarche précoce ou ménopause tardive.
- Femme nullipare ou dont la première grossesse a eu lieu après 30 ans.
- Régime riche en graisses et pauvre en fibres.

6.2 Examen physique

L'examen physique doit tenir compte des antécédents recensés, mais aussi de la méthode contraceptive choisie par la cliente, et inclure un examen clinique de routine, un examen des seins et un examen pelvien. Ces procédures doivent être expliquées en détail à la cliente, dans des termes qu'elle comprend facilement ; elle doit être encouragée à se détendre ; il faut lui indiquer que l'examen peut être interrompu à tout moment si elle le souhaite. Le personnel de santé masculin ou la cliente elle-même peuvent demander à ce qu'une tierce personne de sexe féminin soit présente durant l'examen physique.

Examen général

Les aspects suivants doivent être pris en compte :

- Apparence générale ; carrure ; démarche et maintien ; élocution.
- Poids et taille ; indice de masse corporelle (surtout si la femme est obèse).
- Tension artérielle ; pouls.
- Pâleur, teint jaune, varices, oedème des chevilles, pigmentation ou marques sur la peau anormales.
- Gonflement de la thyroïde (demandez à la cliente d'avaler) ; présence de ganglions cervicaux et supraclaviculaires et d'autres masses perceptibles à la palpation au niveau du cou.
- Sons produits à la respiration et par le coeur.
- Présence de cicatrices abdominales, taille supérieure à la normale ou sensibilité du foie, de la rate ou des reins ; toute autre masse abdominale (par exemple, utérus gravide).
- Présence de ganglions inguinaux.

6.2.1 Dépistage du cancer du sein

Avant de mettre en place des programmes de dépistage du cancer du sein dans les sites disposant de ressources limitées, il faut examiner la situation et les besoins locaux afin de déterminer si les avantages associés à ce type de programmes sont tels qu'il est justifié de leur allouer des ressources qui pourraient l'être à d'autres services de santé. Les risques et les avantages associés aux programmes de dépistage varient d'un endroit à l'autre. Pour qu'ils soient efficaces, il est essentiel d'assurer des services de suivi.

Mammographie

La meilleure méthode existante de détection précoce du cancer du sein est la mammographie, combinée à un examen clinique des seins. Lorsqu'on dispose de ressources suffisantes, on propose en général aux femmes âgées de 50 à 70 ans une mammographie à intervalles réguliers. La fréquence avec laquelle il faut la pratiquer dépend des taux d'incidence par âge et des politiques sanitaires locales, mais il est généralement conseillé d'en faire pratiquer une tous les 1-2 ans. Les données actuelles ne démontrent pas qu'un taux de survie accru est associé au dépistage systématique du cancer du sein ; quant aux données relatives à la mortalité due au cancer du sein, elles ne sont pas concluantes.

Examen clinique des seins

Lorsqu'il n'est pas possible d'effectuer une mammographie, on peut proposer un examen clinique des seins. À l'heure actuelle, il n'est pas possible de faire des recommandations reposant sur des données prouvées quant aux femmes à cibler ni quant à la fréquence souhaitable d'un tel examen. Cependant, il est prudent de proposer un examen clinique des seins aux femmes âgées de plus de 40 ans, et à celles qui ont moins de 40 ans mais qui présentent d'autres facteurs de risque, surtout liés aux antécédents familiaux (par exemple, cancer du sein chez un parent au premier degré).

Il faudrait également examiner les seins et palper les aisselles pour détecter des masses ou une sensibilité anormales.

Inspection :

- Expliquer la procédure à la cliente et la raison pour laquelle l'examen est pratiqué.
- Faire asseoir la cliente à l'extrémité de la table d'examen, les bras de chaque côté du corps, en position détendue. Lui demander de baisser sa blouse jusqu'à la taille.

- Procéder aux observations suivantes :
 - Contours et symétrie des seins.
 - Petits plis, gonflement, décoloration et aplatissement de la peau.
 - Contracture du mamelon, ou écoulement quelconque par le mamelon.

Palpation :

- Demander à la cliente de s'allonger sur le dos, de découvrir un sein et de placer une main derrière la tête du même côté.
- Utiliser la pulpe des trois doigts du milieu. Porter des gants si l'on aperçoit des plaies non cicatrisées ou un quelconque écoulement.
- Commencer la palpation à la jointure de la clavicule et du sternum. Faire de petits mouvements circulaires et varier la pression appliquée par les doigts : légère pour la couche superficielle, modérée pour la couche inférieure et ferme pour les couches profondes.
- Palper le sein en suivant des lignes verticales se chevauchant et continuer jusqu'à ce que la totalité du sein, y compris le prolongement axillaire, ait été examinée.
- Palper le pourtour de l'aréole et le creux situé sous le mamelon. Presser le mamelon entre le pouce et l'index pour vérifier qu'aucun écoulement ne se produit.
- Abaisser le bras de la cliente et effectuer une palpation à la recherche de ganglions lymphatiques sous les aisselles.
- Répéter l'opération de l'autre côté.

Instructions relatives à l'auto-examen des seins

L'auto-examen des seins ne fait pas baisser la mortalité et ne devrait plus être recommandé en tant qu'outil de dépistage. Cependant, les femmes devraient être attentives à leurs seins ; toute femme qui détecte une anomalie, au cours de ses activités régulières, au niveau des seins devrait les faire examiner par un professionnel qualifié.

Les prestataires de services se doivent de fournir des instructions aux clientes au sujet de l'auto-examen des seins. Leur expliquer que le cancer du sein est l'une des formes de cancer les plus répandues chez les femmes, qu'aux premiers stades de développement de la maladie on n'observe que rarement des symptômes, et que le premier signe en est souvent une grosseur non douloureuse au sein ou un changement dans l'apparence ou les sensations des seins. Certains cancers du sein sont d'abord identifiés par les femmes

elles-mêmes, et plus tôt un cancer du sein est détecté, plus les chances de guérison sont élevées.

Les clientes devraient être attentives aux signes suivants :

- Toute grosseur ou épaissement au niveau des seins, quelle qu'en soit la taille.
- Tout changement dans l'apparence ou la forme des seins.
- Une modification de la position ou de la hauteur des mamelons.
- L'apparition de plis à la surface de la peau.
- La contracture des mamelons.
- Un écoulement ou un saignement des mamelons.
- Un aspect granuleux de l'épiderme (semblable à la « peau d'orange »).

Dire à la cliente de se rendre chez un médecin pour subir un examen complet si elle détecte un changement inhabituel dans l'apparence de ses seins.

6.2.2 Examen pelvien

L'examen pelvien devrait être proposé aux femmes au titre du dépistage sanitaire dans le domaine de la santé reproductive, mais il ne devrait être effectué que si la femme l'accepte.

S'il s'agit du premier examen gynécologique que subit la cliente, il est particulièrement important de la mettre à l'aise en lui expliquant avec soin de quelle manière l'examen va se dérouler, et les raisons pour lesquelles il est effectué. Il faut l'encourager à se détendre et lui assurer que l'examen peut être interrompu à tout moment si elle le demande.

Il faut procéder à un examen pelvien en portant des gants (pas nécessairement stériles) sur toutes les femmes qui sollicitent un DIU, une stérilisation chirurgicale ou l'insertion d'un diaphragme, et il doit être proposé à toutes les femmes qui se rendent dans la clinique pour la première fois et sont âgées de 18 ans ou plus, ou ont eu des rapports sexuels avant 18 ans.

Au cours de l'examen :

- Demander à la cliente de s'allonger avec les jambes pliées, les genoux écartés et les chevilles serrées.
- Inspecter la partie externe des organes génitaux, à savoir les lèvres, le clitoris et son prépuce, l'ouverture de l'urètre, le périnée et l'anus. (En cas d'antécédents de prolapsus vaginal ou d'incontinence urinaire d'effort, il faut

demander à la cliente de se contracter avec la vessie pleine pour constater la présence éventuelle d'une cystocèle, d'une rectocèle ou d'une fuite d'urine.)

- Palper la vulve à la recherche d'une sensibilité particulière ou de masses, spécifiquement autour des glandes de Bartholin.
- Faire en sorte que la source lumineuse soit adéquate et puisse être ajustée.
- Insérer un spéculum vaginal de taille appropriée. En règle générale, un instrument de plus grande taille sera requis dans le cas des femmes multipares dont les parois vaginales sont relâchées, et un spéculum étroit sera utilisé pour les femmes nullipares. Les modèles le plus communément utilisés sont les spéculums bivalves de Cusco ou de Graves, ou le spéculum de Sims. On peut utiliser de l'eau en guise de lubrifiant. Si un frottis vaginal doit être effectué (voir section 7), il ne faut pas utiliser de gel KY, mais en d'autres circonstances, l'application d'une petite quantité de ce gel peut être recommandée.
- Inspecter le vagin à la recherche de plis ou de rides, d'écoulements (noter la couleur, la quantité, la consistance et l'odeur) et de toute masse protubérante. S'il est indiqué et si un laboratoire est accessible, on peut effectuer un prélèvement dans le fond vaginal pour une mise en culture bactériologique.
- Exposer le col de l'utérus et l'inspecter, pour déceler la présence d'érosion ou de kyste, de toute masse, de traces de saignement au contact. On peut prélever un frottis à la jonction squamo-cylindrique de l'épithélium, entre l'endocol et l'exocol (« zone de transformation » voir section 7). Si c'est indiqué (par exemple si l'on soupçonne la maladie inflammatoire pelvienne ou si la cliente présente un risque élevé d'IST), effectuer un prélèvement endocervical pour mise en culture.
- Retirer le spéculum et pratiquer un examen bimanuel, en utilisant du gel KY.
- A l'aide des index et des majeurs, évaluer la tonicité du vagin.
- Prêter attention à la consistance du col et à toute sensibilité lorsqu'on le mobilise latéralement.
- Placer l'autre main dans la région suprapubienne et palper l'utérus entre les mains, en notant sa taille, sa position, la régularité de ses contours et toute sensibilité.
- Palper les cul-de-sac vaginaux en quête de masses ou d'une sensibilité anormales. Évaluer la taille, la consistance, la position et la mobilité de toute masse détectée.
- On ne pratique pas systématiquement d'examen rectovaginal, mais il peut être indiqué si la cliente présente des symptômes ou des signes de tumeur pelvienne ou d'endométriose. L'index étant inséré dans le vagin et le majeur

Encadré 4.3 : Symptômes pelviens justifiant un examen pelvien bimanuel

- Règles très abondantes ou douloureuses.
- Saignements intermenstruels.
- Symptômes urinaires.
- Gonflement dans la région de l'abdomen.
- Douleur ou inconfort dans la partie inférieure de l'abdomen.
- Dyspareunie (douleur lors des rapports sexuels).

de la même main étant inséré dans le rectum, palper les ligaments utérosacrés et le septum rectovaginal à la recherche de nodosités et d'autres types de lésion.

Il n'est pas nécessairement indiqué de pratiquer un examen pelvien bimanuel après prélèvement d'un frottis du col utérin, mais il est impératif en cas de symptômes pelviens (voir Encadré 4.3).

Au cours de l'examen physique, toujours garder à l'esprit que des écoulements vaginaux anormaux et une odeur nauséabonde de poisson pourri ou de moisi suggèrent une vaginite bactérienne et la présence de *Trichomonas vaginalis* (voir chapitre 13, pour la gestion des IFG et des IST).

6.3 Autres démarches possibles

Analyse d'urine

Certaines cliniques effectuent systématiquement une analyse avec bandelette réactive pour détecter la présence éventuelle de sucre, de protéines, de sang et de bilirubine.

Analyses en laboratoire

Certaines cliniques sont équipées d'un laboratoire, les autres font peut-être analyser les échantillons ailleurs ou orientent les clientes vers un laboratoire pour qu'elles y subissent certains tests. Les antécédents ou l'examen physique de certaines clientes peuvent justifier les analyses suivantes :

- *Hématologie* : hémoglobine, numération globulaire, étude de la coagulation.
- *Biochimie* : analyse de la fonction rénale, de la fonction hépatique, glycémie à jeun, profil lipidique, bilan ferrique.

- *Immunochimie* : sérologie de la syphilis, de la rubéole, de l'hépatite et du VIH (voir chapitre 14) ; concentrations hormonales.
- *Microbiologie* : cultures et tests de sensibilité particulièrement utiles lorsqu'on soupçonne IFG ou IST (voir chapitre 13).

Echographie

Le recours systématique à l'échographie pour détecter de façon précoce les masses pelviennes, en particulier les tumeurs ovariennes, n'a pas été adopté de façon universelle, principalement pour des raisons logistiques. Le personnel doit posséder des compétences adéquates et le matériel doit offrir une résolution suffisante afin que de petites lésions ne s'accompagnant d'aucun symptôme ne passent pas inaperçues. Même si l'échographie n'est pas systématiquement disponible dans les cliniques de SSR/planification familiale, il faut mettre en place un système permettant d'orienter les femmes vers des établissements plus spécialisés lorsqu'une masse a été détectée au cours de l'examen pelvien.

Biopsie de l'endomètre

On peut conseiller une biopsie de l'endomètre aux femmes exposées à un risque élevé de cancer de l'endomètre (voir Encadré 4.2) et à celles qui souffrent de saignements dysfonctionnels liés à la périménopause. Il existe diverses techniques, notamment la cytologie par ponction et le curetage.

Densitométrie osseuse

La mesure de la densité osseuse peut faire partie des examens préalables à pratiquer chez les femmes auxquelles on envisage de faire suivre un traitement hormonal de substitution (THS).

6.4 Fréquence des examens pour les femmes en bonne santé

L'âge auquel les femmes devraient commencer à subir des examens gynécologiques réguliers à des fins de dépistage, l'intervalle entre les visites et l'âge auquel ses programmes de dépistage ne sont plus utiles dépendent de la disponibilité des ressources (personnel, temps, installation) et de la présence ou de l'absence de facteurs de risque chez les clientes concernées.

Comme on l'a noté plus haut à propos de la mammographie, la décision de proposer des services de dépistage doit être prise en fonction des avantages médicaux qu'ils présentent compte tenu du coût économique et social de ces examens. Les conclusions atteintes varient d'un pays à l'autre (voir section 6.2.1).

Lorsque l'on recommande de respecter un intervalle entre les sessions de dépistage, il faut toujours garder à l'esprit qu'il s'agit là de normes minimales ;

les individus exposés à des risques élevés peuvent subir des examens de dépistage plus fréquemment et, si des symptômes apparaissent entre deux sessions, il faut naturellement les traiter de façon appropriée. Pour ce qui est des affections gynécologiques, les services sont disponibles rapidement lorsqu'une clinique de SSR/planification familiale existe à proximité (voir section 7).

6.5 Autres aspects à prendre en compte lors des examens de dépistage

Des examens de dépistage peuvent également être l'occasion de faire passer des messages relatifs à la santé sexuelle et à un style de vie sain. Ces aspects sont évoqués au section 8, mais s'appliquent en règle générale à toutes les tranches d'âge.

7 Dépistage du cancer du col utérin

Le dépistage du cancer du col utérin peut intervenir au cours de l'examen pelvien. Deux techniques sont utilisées :

1) La cytologie cervicale, qui consiste à :

- Obtenir un frottis cervical adéquat.
- Fixer le frottis.
- Traiter et examiner le frottis en laboratoire.

La cytologie cervicale constitue un moyen indirect de diagnostiquer une infection à papillomavirus humain (HPV), grâce à des tests très spécifiques et sensibles détectant la présence d'ADN du HPV (par exemple réaction en chaîne de polymérisation ou capture d'hybride II) mais ces techniques sont très coûteuses et ne sont pas disponibles à grande échelle.

Bien que l'obtention d'un frottis cervical aux fins du dépistage du cancer du col utérin fasse partie intégrante des examens de dépistage pratiqués dans le domaine de la santé reproductive, les caractéristiques particulières de cette procédure sont abordés dans un chapitre distinct pour faciliter les renvois d'un chapitre à l'autre. D'autres aspects évoqués plus haut dans le présent chapitre s'appliquent aussi aux programmes de dépistage du cancer du col utérin.

Cytologie des cellules exfoliées

C'est l'étude des cellules éliminées par diverses membranes qui peuvent être recueillies puis appliquées sur des lames. Le frottis obtenu est alors coloré et examiné au microscope. En milieu clinique, on racle en général les surfaces

pour obtenir les cellules à étudier. Dans le cas de la cytologie cervicale, l'examen de ces cellules montre si l'épithélium cervical est normal, ou enflammé, ou présente des signes de néoplasie intraépithéliale du col utérin (NIC) ou de carcinome. L'objectif des programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus est de détecter ce type de cancer à partir de lésions pré-malignes : le taux de guérison en cas d'intervention est alors très élevé.

Cytologie cervicale (test de Papanicolaou)

A l'heure actuelle, la cytologie cervicale est la meilleure méthode pour détecter les affections pré-malignes et malignes du col de l'utérus. Lorsque le test de Papanicolaou peut être proposé de façon systématique, il doit l'être entre deux et trois ans après le début de l'activité sexuelle et répété à intervalles d'un à trois ans. Lorsque seul un nombre limité de tests peut être réalisé, il faut le proposer en priorité aux femmes d'environ 35 ans qui ont été sexuellement active.

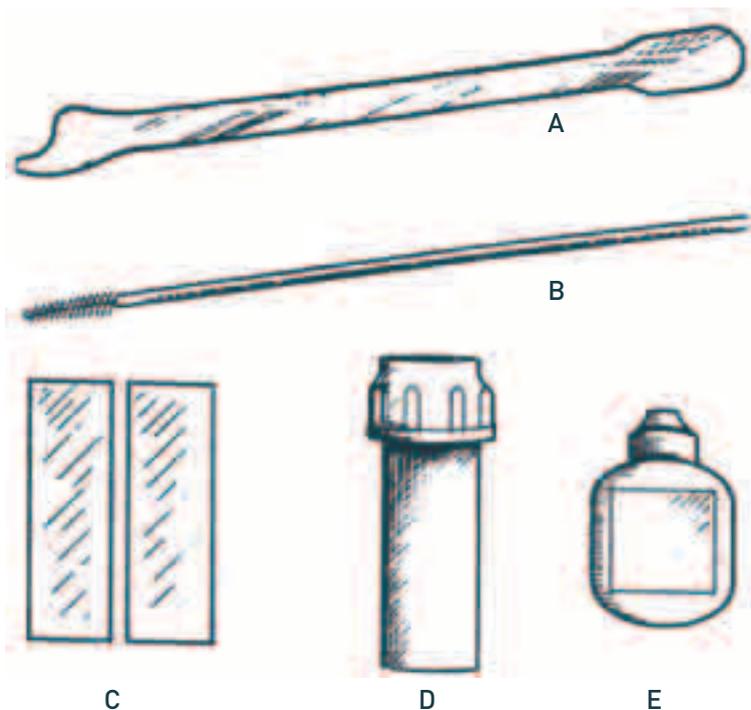
Le dépistage du cancer du col de l'utérus au moyen de frottis cervicaux devrait être proposé dans le cadre de tous les programmes de dépistage dans le domaine de la santé reproductive. Les conditions suivantes doivent être remplies :

- Accès fiable à un laboratoire pour l'analyse cytologique des frottis cervicaux.
- Installations adéquates pour suivre les femmes qui présentent un résultat positif.
- Centre médical adéquat pour la référence.

Le matériel supplémentaire nécessité pour réaliser un frottis cervical au cours de l'examen pelvien (voir Figure 4.1) est le suivant :

- Spatule d'Aylesbury ou de Ayre.
- Brosse endocervicale.
- Lames de verre.
- Solution de fixation en bocal ou en pulvérisateur.
- Crayon dur.

Figure 4.1 Matériel requis pour réaliser un frottis cervical



A = Spatule d'Aylesbury ou de Ayre ; B = Brosse endocervicale ; C = Lames de verre ; D = Solution de fixation en tube ; E = Laque

Avant de recueillir le frottis cervical, s'assurer que le matériel essentiel pour effectuer prélèvement et le fixer est assemblé, de préférence sur un plateau. Sur la tranche de chaque lame, inscrire la nature du prélèvement au crayon dur (ou à la pointe sèche ; l'encre se dissout durant le traitement). Une liste simple des éléments d'information à réunir figure dans l'Encadré 4.4.

Encadré 4.4 : Liste des informations à réunir pour un dépistage du cancer du col utérin

- Nom et prénom de la cliente.
- Age.
- Numéro d'inscription à la clinique.
- Date des dernières règles.
- Durée du cycle menstruel.
- Est-elle enceinte ?
- Nombre de grossesses antérieures.
- Date et nature des opérations gynécologiques subies.
- Antécédents de traitement par radiothérapie.
- Dates et résultats des frottis précédents.
- Symptômes éventuels.
- Présence de dispositif intra-utérin (DIU).
- Utilisation actuelle ou passée de contraceptifs oraux ou d'autres hormones.

Où recueillir le prélèvement

Le prélèvement nécessaire à l'examen cytologique peut être recueilli aux endroits suivants :

- Culs-de-sac vaginaux postérieur, antérieur ou latéraux (à la recherche d'adénocarcinome de l'endomètre ou de l'endocol).
- Exocol et la jonction squamo-cylindrique.
- Canal endocervical.
- Tiers supérieur de la paroi vaginale latérale (à la recherche d'adénocarcinome de l'endomètre ou de l'endocol).

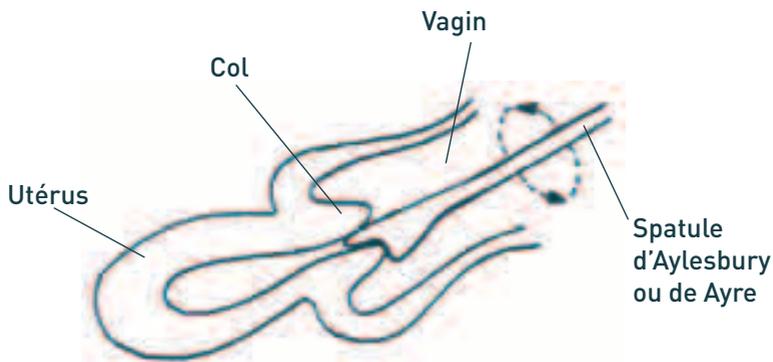
Le choix de l'endroit et de la technique du prélèvement dépend dans une large mesure des installations disponibles et de l'objet de l'examen. La plupart des frottis ont pour objet la détection de lésions cervicales, et il suffit alors d'effectuer un prélèvement sur l'exocol, la jonction squamo-cylindrique ou dans le canal endocervical (il n'est pas souhaitable de recourir à la cytologie des cellules exfoliées pour la détection précoce d'un adénocarcinome de l'endomètre ou endocervical, car cette technique n'est pas fiable et ne donne pas de résultats suffisamment précis).

Recueil du frottis

Le col utérin étant exposé au moyen d'un spéculum non lubrifié :

- Racler doucement toute zone de l'exocol qui paraît anormale (par exemple, si une érosion est visible) et la jonction squamo-cylindrique entre l'exocol et l'endocol, avec la partie de la spatule en forme de L (voir Figure 4.2).

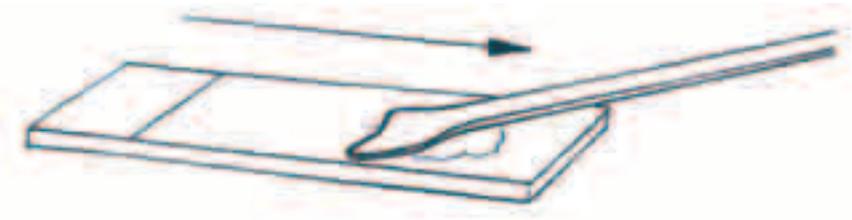
Figure 4.2 : Raclage de la jonction squamo-cylindrique du col



- Toujours racler toute la surface de la jonction squamo-cylindrique. Lorsqu'elle est bien exposée, comme c'est le cas chez certaines femmes multipares, on obtient de meilleurs résultats avec une spatule plus grande ou en utilisant l'extrémité plus plate.
- Le spéculum étant toujours en place, retirer avec précautions la spatule du vagin.
- Placer immédiatement le frottis sur une ou deux lames préparées à l'avance.
- Bien répartir les sécrétions sur la lame préparée et marquée (voir Figure 4.3) :
 - Appliquer la spatule à plat sur la lame et y transférer l'échantillon en l'étalant dans le sens de la longueur.
 - Répéter la manoeuvre avec l'autre côté de la spatule (un mouvement circulaire ou en zigzag peut être plus efficace pour transférer le prélèvement).
 - S'assurer que le prélèvement est ôté des deux côtés de la spatule ; pour enlever ce qui reste collé, racler la spatule sur la tranche de la lame.
 - Réduire tout agrégat en exerçant une petite pression avec la spatule.

- En cas d'utilisation d'une brosse, étaler l'échantillon sur la lame à l'aide d'un mouvement léger et circulaire.
- Garder à l'esprit que la rapidité d'exécution est essentielle car le dessèchement endommage les cellules contenues dans le frottis et agit sur leurs propriétés à la coloration et sur l'interprétation cytologique.
- Fixer les lames pendant que le frottis est encore humide.
- Immerger les lames dans les flacons remplis de solution de fixation ou appliquer dessus une laque achetée dans le commerce (voir Figure 4.4). Cette dernière méthode est sans doute plus efficace et plus simple, mais les laques spécifiques utilisées pour la cytologie sont coûteuses et pas toujours immédiatement disponibles.
- Retirer le spéculum du vagin une fois les frottis fixés.

Figure 4.3 Comment étaler le prélèvement sur une lame de verre



Une seule lame suffit presque toujours, mais si l'échantillon prélevé est abondant, une seconde peut être nécessaire. Si l'échantillon obtenu est modeste, il peut être utile de répéter l'opération. Si deux échantillons (obtenus à l'aide d'une spatule et d'une brosse, ou seulement d'une spatule) sont étalés sur une seule lame, le premier échantillon doit être fixé avant que le second ne soit obtenu.

Fixer les échantillons sur les lames immédiatement pendant qu'ils sont encore humides, afin de les empêcher de sécher. Une fixation rapide est particulièrement importante pour les frottis qui contiennent du sang et pour ceux qui sont prélevés sur des femmes ménopausées : ils sèchent très rapidement.

Solutions de fixation

Les solutions de fixation doivent être conservées dans des pots de confiture ou de miel propres ou dans un bocal spécial (« de Coplin ») en verre ou en plastique disponible dans le commerce. Lorsqu'on utilise des pots de confiture ou de miel, il ne faut pas immerger plus de deux lames dans chaque pot. On peut plonger jusqu'à cinq paires de lames dans le bocal de Coplin ; elles doivent être placées dos à dos (les côtés sur lesquels sont fixés les frottis vers l'extérieur) dans les emplacements ménagés dans les flacons.

Les solutions de fixation le plus communément utilisées sont divers alcools (par exemple l'alcool éthylique à 95 %, l'alcool méthylique ou l'alcool isopropylique) ou des mélanges de différents alcools, par exemple trois mesures d'alcool éthylique à 95 % et sept mesures d'alcool butylique tertiaire.

Les lames doivent rester dans la solution pendant au moins 15 minutes, mais peuvent y demeurer 7, voire 10 jours, sans détérioration.

Fixation par pulvérisation

Les fixateurs en spray donnent d'excellents résultats et sont, dans l'ensemble, plus simples à utiliser et plus économiques, ce qui permet de réaliser des gains en temps et en matériel. Il faut bien répartir la pulvérisation sur l'ensemble de la zone couverte par le prélèvement (voir Figure 4.4).

Figure 4.4 Fixation du prélèvement par pulvérisation



Le pulvérisateur ne doit pas être tenu à moins de 15 cm de la lame, sinon la laque risquerait de délayer l'échantillon. Les diverses laques commercialisées contiennent un aérosol et différents mélanges d'alcool, d'acide acétique, d'éthylène ou de propylène glycol. Une fois les lames sèches (en général au bout de 10 minutes), elles peuvent être envoyées directement au laboratoire

pour coloration. Les fixateurs spécifiquement destinées à la cytologie coûtent relativement cher ; de la laque ordinaire pour cheveux est tout aussi efficace et beaucoup moins onéreuse.

Coloration

Une fois la fixation réalisée, les lames sont prêtes pour la coloration. La procédure requiert des installations de laboratoire, et elle doit être effectuée par un technicien compétent. Lorsque les installations nécessaires ne sont pas disponibles, on peut envoyer les lames à un laboratoire pour qu'elles y subissent le traitement voulu. Pour le transport, et avant celui-ci, les lames immergées dans une solution de fixation doivent être retirées des bocaux une fois la fixation terminée, puis on doit les laisser sécher à l'air libre. Ce sont les lames sèches qui sont envoyées au laboratoire, enveloppées dans du carton plat ou dans des boîtes en bois. À l'arrivée au laboratoire, elles sont immergées de niveau dans la solution de fixation et subissent une coloration. On utilise souvent la coloration de Papanicolaou, solution d'hématoxyline et de multiples contre-colorants dans de l'alcool éthylique à 95 %, qui offre une grande transparence et un haut degré de détail pour les cytologistes compétents – d'où l'appellation de « test de Papanicolaou ».

Erreurs aux stades du prélèvement et du traitement

L'Encadré 4.5 présente les causes d'erreur les plus fréquentes.

D'autres aspects des programmes de dépistage dans le domaine de la santé reproductive sont évoqués plus haut dans le présent chapitre.

Encadré 4.5 : Causes d'erreurs aux stades du prélèvement et du traitement

- Le col n'est pas bien visualisé.
- Le raclage n'a pas été suffisamment ferme.
- La zone de transformation exocol-endocol n'a pas été complètement raclée.
- Les cellules ont été prélevées au mauvais endroit (on a raclé la paroi postérieure du vagin au lieu du col).
- Les lames n'ont pas été suffisamment nettoyées ou dégraissées avant utilisation.
- Le produit n'a pas été intégralement transféré de la spatule à la lame.
- L'échantillon a été mal étalé (trop épais, trop fin, ou distorsion due à une pression exagérée).
- Il a séché à l'air libre avant fixation ou pendant la coloration.
- Fixation insuffisante (délai trop court ou alcool pas assez fort).
- La coloration est incorrecte (durée de la procédure ou déshydratation insuffisante, erreurs commises lors de la préparation de la coloration).
- Le frottis est principalement constitué de sang ou d'exsudats purulents.

2) Inspection visuelle directe du col utérin

Si'il n'est pas possible de procéder à un test de Papanicolaou, on peut proposer une inspection visuelle du col de l'utérus. Cet examen peut être pratiqué deux ou trois ans après le début de l'activité sexuelle et répété à intervalles d'un à trois ans.

Au cours de ce test simple, le col de l'utérus est visualisé pendant l'examen pelvien, nettoyé à l'aide d'une solution salée normale (physiologique), inspecté, puis nettoyé avec une solution d'acide acétique à 3-5 % (par exemple du vinaigre), puis inspecté de nouveau après une minute afin d'identifier les zones blanchies sous l'effet de l'acide acétique, qui suggèrent la présence de lésions précancéreuses. On peut avoir recours à cet examen lorsque le coût constitue une considération majeure et qu'il est impossible de proposer un frottis à l'ensemble d'une population importante. Dans ces circonstances, le test à l'acide acétique est négatif si aucune zone n'a blanchi, et la cliente peut alors être suivie en respectant les intervalles normaux, ou plus tôt si des symptômes apparaissent. Si l'on soupçonne une infection, il faut prélever un échantillon et, si les soupçons sont confirmés, il faut traiter en conséquence.

Le matériel supplémentaire nécessaire pour l'inspection visuelle directe du col utérin au cours de l'examen pelvien est le suivant :

- Soluté salé normal.
- Une seringue pour le lavage.
- Solution d'acide acétique à 3-5 %.
- Une cuvette.

Il ne faut pas procéder à l'examen si la cliente a ses règles ou utilise un médicament administré par voie intravaginale ; il faut lui demander de revenir à la fin des règles ou du traitement.

Si un blanchissement est aperçu (test à l'acide acétique positif) lors de l'examen visuel direct, mais sans présence d'infection, il faut procéder à un frottis cervical. S'il n'est pas possible de procéder à un examen cytologique cervical, il faut envisager une colposcopie, une cryothérapie ou une excision électrochirurgicale à l'anse – mais il se peut que ces techniques ne soient pas non plus disponibles dans de telles circonstances. Il est indiqué d'orienter la cliente vers un établissement où elle pourra subir des examens complémentaires et un traitement.

8 La ménopause

Bien qu'elle ne soit pas théoriquement prise en charge par les programmes de dépistage dans le domaine de la santé reproductive ni des services de SSR/planification familiale, la ménopause est aussi évoquée ici. Outre les tumeurs gynécologiques malignes déjà mentionnées, les affections associées à la ménopause suscitent une attention croissante de la part des prestataires de services de santé, en particulier dans les pays développés, en raison de leurs effets potentiels sur le bien-être physique et psychologique de nombreuses femmes qui sont par ailleurs en bonne santé. La ménopause est non seulement associée à des symptômes aigus à court terme, susceptibles de causer aux femmes inconfort et anxiété, mais aussi, et c'est plus important, à des complications à long terme (en particulier l'ostéoporose et les maladies cardiovasculaires, causes majeures de mortalité et de morbidité parmi les femmes ménopausées) qui ont des conséquences profondes sur l'état de santé général d'une population et sur le coût des services de santé au plan local. Le dépistage des femmes qui présentent un risque élevé de développer ces complications à long terme, ainsi que les conseils qui leur sont prodigués,

Encadré 4.6 : Caractéristiques cliniques de la ménopause

- Aménorrhée.
- Bouffées de chaleur.
- Atrophie des seins.
- Vaginite atrophique.
- Atrophie du plancher pelvien.
- Ostéoporose.

constituent une fonction importante des services de santé reproductive. Les caractéristiques cliniques de la ménopause sont décrites dans l'Encadré 4.6.

Donner des conseils aux femmes pour qu'elles puissent améliorer leur état de santé général et leur qualité de vie en adoptant un style de vie sain et un régime équilibré. En particulier :

- *Tabagisme* : informer les femmes qui fument des dangers du tabagisme et les encourager à abandonner cette habitude.
- *Exercice* : l'exercice régulier (natation et exercices aérobiques) a des effets positifs sur la santé cardio-vasculaire ; les exercices de mise en charge des os (telles que la marche rapide) ralentissent la perte de densité osseuse et stimulent la régénération du tissu osseux ; il faut donc recommander un exercice modéré trois ou quatre fois par semaine.
- *Régime* : encourager les clientes à avoir un régime équilibré ; il doit être faible en graisses saturées, en sucre et en sel ; inclure beaucoup de fruits frais, de légumes, de grains entiers et d'autres fibres ; contenir suffisamment de protéines, de vitamines et de minéraux.
- *Poids* : surveiller le poids des clientes et noter les gains ou pertes ; se fixer pour but d'éviter l'obésité.
- *Stress* : conseiller aux clientes d'éviter les sources de stress superflues.
- *Alcool* : suggérer aux clientes de limiter leur consommation d'alcool à deux unités (un ou deux verres) par jour.

On peut envisager de recommander aux femmes qui présentent un risque élevé de contracter l'ostéoporose (voir Encadré 4.7) un supplément de calcium (1.000 mg par jour) ou un autre traitement médicamenteux (vitamine D ou un biphosphonate). Pour celles qui présentent un risque élevé d'ostéoporose ou

des symptômes graves liés à la ménopause, on peut envisager un traitement hormonal de substitution (THS). De telles interventions sont fonction des possibilités matérielles, de leur faisabilité et de la situation individuelle de chaque cliente, et elles doivent tenir compte des dernières données en date concernant le coût, les avantages potentiels, les effets secondaires et les contre-indications.

Encadré 4.7 : Facteurs de risque d'ostéoporose après la ménopause

- Ménopause survenue précocement (idiopathique ou due à l'ablation des ovaires par chirurgie ou irradiation).
- Constitution fragile, teint clair.
- Antécédents familiaux d'ostéoporose.
- Tabagisme, consommation excessive d'alcool.
- Style de vie sédentaire dû à un manque d'exercice ou à une maladie chronique.
- Utilisation de corticostéroïdes.

Photo : Fatiha Terki/Ethiopie



CONTRACEPTION HORMONALE

5

5 CONTRACEPTION HORMONALE

1 Introduction

Les contraceptifs hormonaux offrent à des millions d'utilisatrices une contraception sûre et efficace. Toutes les méthodes hormonales ont un effet systémique et utilisent soit la combinaison d'un oestrogène et d'un progestatif, soit un progestatif seul. Les méthodes étudiées dans ce chapitre sont les suivantes :

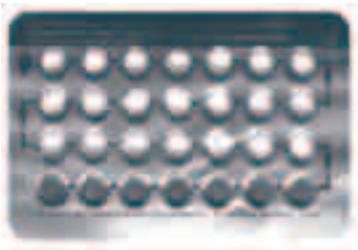
- Contraceptifs oraux combinés (COC)
- Contraceptifs oraux aux progestatifs seuls (COP)
- Contraceptifs injectables aux progestatifs seuls (CIP)
- Contraceptifs injectables combinés (CIC)
- Implants sous-cutanés
- Autres dispositifs à base de contraceptifs hormonaux combinés

2 Contraceptifs oraux combinés (COC)

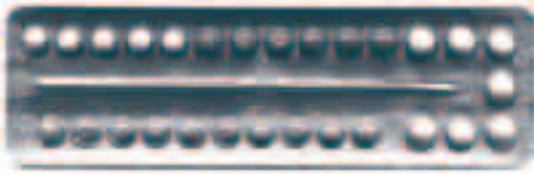
2.1 Définition

Les contraceptifs oraux combinés (COC) sont des préparations à base d'oestrogènes et de progestatifs synthétiques, extrêmement efficaces pour empêcher les grossesses. Il existe deux types de COC :

- *Monophasique* : une dose fixe d'oestrogène et de progestatif pendant toute la durée du cycle. Les COC actuellement disponibles sont généralement une combinaison d'éthinylestradiol (entre 15 et 50 µg) et d'un progestatif. Une quantité identique est absorbée quotidiennement pendant 21 jours. S'ensuit un intervalle de 7 jours durant lesquels aucune pilule active n'est absorbée – dans certaines marques, ce sont des placebos ou des pilules contenant de fer qui y sont substituées.



- *Multiphasique* : deux (biphasique) ou trois (triphase) dosages différents d'oestrogène et de progestatif se succèdent pendant le cycle. Rien ne permet d'affirmer que les COC multiphasiques sont plus efficaces ou plus sûrs que les COC monophasiques, et leurs effets cliniques sont similaires.



Les progestatifs contenus dans les pilules actuellement sur le marché sont le lévonorgestrel (et le norgestrel), la noréthistérone, le désogestrel, le gestodène, l'acétate de cyprotérone, la drospirénone et le norgestimate.

Mécanisme de l'action contraceptive des COC : L'action contraceptive des COC repose principalement sur l'inhibition de l'ovulation. Les COC provoquent en outre un épaissement de la glaire cervicale, ce qui rend difficile l'entrée du sperme dans l'utérus et les trompes de Fallope. La réceptivité de l'endomètre au blastocyste est également réduite, bien que rien ne prouve que ce changement contribue à l'efficacité contraceptive.

2.2 Indications

Les contraceptifs oraux combinés peuvent être prescrits à toute femme qui en fait la demande librement et en toute connaissance de cause après avoir été conseillée, si elle ne présente pas de contre-indication [à savoir une affection relevant de la catégorie 4 des critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives établis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS)].

Les COC sont particulièrement appropriés aux femmes qui souhaitent avoir recours à la contraception hormonale et qui :

- Désirent une méthode de contraception extrêmement efficace.
- Sont motivées, prêtes à utiliser une méthode exigeant l'absorption quotidienne d'une pilule, et en mesure d'être approvisionnées de façon continue.
- Sont susceptibles de bénéficier d'un ou de plusieurs avantages non contraceptifs que procurent les COC, ce qui est le cas des femmes présentant :
 - Une anémie causée par des règles abondantes.
 - Des antécédents de grossesses extra-utérines.
 - Des règles douloureuses.

- Des kystes ovariens bénins récidivants.
- Des antécédents – ou un risque élevé – de la maladie inflammatoire pelvienne.
- Des antécédents familiaux de cancer ovarien.

2.3 Critères de recevabilité médicale

La Fédération internationale pour la planification familiale et d'autres organismes ont collaboré avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à l'élaboration de critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation de méthodes contraceptives. La classification suivante (critères de recevabilité médicale de l'OMS) a été mise au point :

- *Catégorie 1* : Etat où l'utilisation de la méthode contraceptive n'appelle aucune restriction.
- *Catégorie 2* : Etat où les avantages présentés par la méthode contraceptive l'emportent en général sur les risques théoriques ou avérés.
- *Catégorie 3* : Etat où les risques théoriques ou avérés l'emportent généralement sur les avantages procurés par l'emploi de la méthode.
- *Catégorie 4* : Etat équivalent à un risque inacceptable pour la santé en cas d'utilisation de la méthode contraceptive.

La grossesse ne fait plus partie des contre-indications à l'adoption et à l'utilisation continue d'une méthode contraceptive hormonale car les femmes qui sont déjà enceintes n'ont pas besoin de contraception (rien ne justifie qu'elles y aient recours). L'utilisation de COC pendant une grossesse ignorée ne présente aucun risque pour la femme, la poursuite de la grossesse ou le fœtus; mais une fois la grossesse confirmée, il n'est plus nécessaire d'avoir recours aux COC.

Catégorie 4 (contre-indications)

Les COC ne devraient pas être utilisés dans les circonstances suivantes :

- En cours d'allaitement, avant la fin de la sixième semaine du post-partum.
- Troubles cérébrovasculaires ou cardiopathie ischémique présents ou dans le passé.
- Consommation de 15 cigarettes ou plus par jour par les femmes âgées de 35 ans ou plus.
- Tension artérielle augmentée [systolique ≥ 160 ou diastolique ≥ 100 mmHg].
- Hypertension avec pathologie vasculaire.
- Migraine avec aura.
- Diabète sucré avec complications vasculaires (dont hypertension, néphropathie, rétinopathie, neuropathie) ou remontant à plus de 20 ans;

- Thrombose veineuse profonde (TVP) ou embolie pulmonaire (EP) actuelles ou dans le passé.
- Chirurgie majeure avec immobilisation prolongée.
- Mutations thermogéniques avérées [par ex : Facteur V Leiden ; mutation du Facteur II ; déficit en protéine S, protéine C, ou antithrombine].
- Valvulopathie cardiaque compliquée.
- Cancer du sein au cours des 5 dernières années.
- Hépatite virale évolutive.
- Tumeur hépatique bénigne ou maligne.
- Cirrhose grave (décompensée).

Catégorie 3

D'une manière générale, les COC ne devraient pas être utilisés en présence des éléments suivants :

- Consommation de 15 cigarettes ou moins par jour pour les femmes âgées de 35 ans ou plus.
- Hypertension modérée (tension artérielle systolique 140-159 ou diastolique 90-99 mmHg).
- Antécédents d'hypertension (dans les cas où la tension artérielle ne peut être évaluée) ou hypertension contrôlée adéquatement (lorsque la tension artérielle peut être évaluée).
- Hyperlipidémie avérée.
- Migraine sans aura chez les femmes de 35 ans ou plus (si elle apparaît pendant la période d'utilisation de COC, cette affection relève de la catégorie 4).
- Antécédents de cancer du sein sans récurrence depuis 5 ans.
- Allaitement (pendant une période comprise entre 6 semaines et moins de 6 mois après l'accouchement).
- Moins de 21 jours post-partum (chez les femmes qui n'allaitent pas).
- Cirrhose légère (compensée).
- Antécédents de cholestase liés à l'utilisation de COC dans le passé.
- Affection cholecystopathie symptomatique.
- Traitement sur la base de médicaments qui sont des inducteurs d'enzymes hépatiques : rifampicine et certains anticonvulsivants (phénytoïne, carbamazépine, barbituriques, primidone, topiramate, oxcarbazépine).

Lorsqu'une femme souhaite utiliser des COC en présence d'un facteur de catégorie 3, il faut lui expliquer les risques potentiels qu'elle encourt et lui

recommander d'autres méthodes (voir aussi chapitre 2 : Le conseil). Si la cliente choisit d'utiliser un COC parce qu'aucune autre option n'est disponible ou acceptable, le contraceptif choisi devrait lui être procuré par un praticien qualifié, et l'utilisatrice devrait demeurer sous surveillance médicale.

Si une femme présente plus d'un des cinq premiers facteurs susmentionnés qui accroissent le risque de maladie cardiovasculaire, un jugement clinique doit être exercé. Dans la plupart des cas, la combinaison de plusieurs facteurs doit être considérée comme relevant de la catégorie 4 (contre-indication).

Si la méthode est fournie, noter dans le dossier clinique les facteurs spécifiques que présente la cliente et lui indiquer les signes qui doivent l'alerter en relation avec l'affection dont elle souffre.

Catégorie 2

En règle générale, les COC peuvent être utilisés avec certaines précautions en présence des facteurs suivants :

- Tabagisme chez les femmes de moins de 35 ans.
- Migraine sans aura chez les femmes de moins de 35 ans (si elle apparaît pendant la période d'utilisation de COC, cette affection relève alors de la catégorie 3).
- Diabète sucré sans complications vasculaires.
- Antécédents familiaux de TVP/EP (chez des parents au premier degré).
- Allaitement, 6 mois ou plus après l'accouchement.
- Thrombophlébite superficielle.
- Antécédents d'hypertension gravidique (lorsque la tension artérielle actuelle est mesurable et normale).
- Valvulopathie cardiaque non compliquée.
- Saignements vaginaux inexplicables, laissant soupçonner une affection grave, avant l'évaluation.
- Néoplasie intraépithéliale cervicale (NIC) ou cancer du col utérin (en attente de traitement).
- Grosseur au sein non diagnostiquée.
- Affection cholecystopathie asymptomatique.
- Drépanocytose.
- Obésité avec indice de masse corporelle (IMC) ≥ 30 kg/m².
- Traitement à base de griséofulvine.
- Thérapie antirétrovirale.

En présence de l'un ou l'autre de ces facteurs, un examen et un suivi minutieux permettront aux effets bénéfiques des COC de l'emporter sur les risques potentiels associés à leur utilisation. Cependant, lorsqu'une femme présente plus d'un des trois premiers facteurs de la liste, qui accroissent le risque de maladie cardiovasculaire, un jugement clinique doit être exercé. Dans la plupart des cas, la combinaison de plusieurs facteurs doit être considérée comme relevant de la catégorie 3.

Si la méthode est fournie, noter dans le dossier clinique les facteurs spécifiques que présente la cliente et lui indiquer les signes qui doivent l'alerter en relation avec l'affection dont elle souffre.

2.4 Situations particulières

Une attention particulière doit être exercée dans certaines circonstances (voir Tableau 5.1).

Tableau 5.1 : Situations qui nécessitent une attention particulière

Trois premières semaines du post-partum	Intervention chirurgicale non urgente	Drépanocytose
Lactation	Interactions médicamenteuses	Infections sexuellement transmissibles (IST)
Adolescentes	Saignements vaginaux anormaux	Varices
Femmes de plus de 35 ans	Tumeur maligne des voies génitales	Maladies parasitaires
		Séropositivité HIV et sida

Trois premières semaines du post-partum

Les COC ne doivent pas être utilisés pendant les trois semaines qui suivent l'accouchement afin d'éviter le risque de complications thromboemboliques, que la mère ait choisi ou non d'allaiter. Au bout de 21 jours, la coagulation et la fibrinolyse redeviennent pratiquement normales et les COC peuvent alors être utilisés si la mère choisit de ne pas allaiter. Les pilules aux progestatifs seuls peuvent être démarrées à tout moment après l'accouchement si la mère choisit de ne pas allaiter.

Allaitement

En période d'allaitement, ne pas prescrire de COC jusqu'au sixième mois du post-partum ou jusqu'au sevrage du nourrisson, selon ce qui intervient en premier lieu. L'utilisation des COC pendant la lactation entraîne une diminution de la quantité de lait maternel, en réduit la durée et peut donc avoir des conséquences négatives sur le développement du nourrisson. Si la femme souhaite avoir recours aux contraceptifs oraux en période d'allaitement, on lui

recommande les pilules aux progestatifs seuls. Elle peut débuter la méthode après la sixième semaine du post-partum (voir section 3.4).

Adolescentes

Les avantages associés au COC intéressent particulièrement les adolescentes à risque de devenir enceintes. Les indications et les contre-indications qui s'appliquent à cette tranche d'âge sont identiques à celles qui s'appliquent aux femmes plus âgées.

Femmes de plus de 35 ans

La plupart des femmes de plus de 35 ans en bonne santé peuvent utiliser les COC si elles ne présentent aucun facteur de risque cardiovasculaire, comme le tabagisme, l'hypertension ou le diabète.

Intervention chirurgicale non urgente

Le degré de risque de TVP/EP associé à une intervention chirurgicale majeure varie en fonction de la durée d'immobilisation de la patiente. Il faut interrompre l'utilisation des COC environ 4 semaines avant toute intervention chirurgicale qui implique une immobilisation prolongée, ce qui accroît le risque de TVP, et la reprendre 2 semaines après que la mobilité ait été retrouvée. Dans l'intervalle, il faut proposer une méthode contraceptive de remplacement. En cas d'intervention d'urgence, le chirurgien peut envisager le recours à des anticoagulants prophylactiques, et il est souhaitable d'encourager la patiente à se remettre à marcher au plus vite.

Interactions médicamenteuses

Les médicaments qui sont des inducteurs d'enzymes hépatiques, en particulier ceux qui sont utilisés à long terme, diminuent parfois l'efficacité des COC. Parmi ces médicaments, on trouve la rifampicine, la griséofulvine, la phénytoïne, l'éthosuximide, la glutéthimide, la carbamazépine, les barbituriques, la primidone, le topiramate, l'oxcarbazépine et certains agents antirétroviraux. Si une cliente fait état de métrorragies ou de spotting et qu'elle prend l'un ou l'autre de ces médicaments en même temps que des COC, il faut soupçonner une interférence du médicament et lui recommander d'utiliser une méthode contraceptive de remplacement, ou d'en ajouter une en supplément.

Saignements vaginaux anormaux

Si une femme souffre de saignements vaginaux qui suggèrent l'existence d'une affection liée à la grossesse ou d'une pathologie telle qu'une tumeur maligne pelvienne, il faut en déterminer la cause avant d'entamer la prise de COC. Toutefois, chez les femmes en bonne santé, les saignements irréguliers ne sont pas rares : il ne faut donc pas interrompre la prise de COC en l'absence de facteurs pouvant laisser soupçonner l'existence d'une pathologie.

Tumeur maligne des voies génitales

Les femmes qui souffrent d'un cancer des voies génitales peuvent utiliser les COC dans l'attente d'un traitement. Dans la plupart des cas, le traitement exclut toute possibilité de grossesse ultérieure. *Cependant, si la maladie est diagnostiquée alors que la femme n'utilise pas de méthode contraceptive, il est bon de lui proposer une protection contre la grossesse dans l'attente du traitement.*

Lorsqu'une tumeur pré-cancéreuse du col de l'utérus a été traitée avec succès, la fécondité de la femme n'est en général pas affectée ; elle peut donc poursuivre toute méthode de contraception, y compris les COC.

Le traitement du choriocarcinome n'empêche pas nécessairement les grossesses ultérieures. Il faut éviter une grossesse durant le traitement et le suivi afin que l'évolution de la maladie puisse être surveillée de façon appropriée. Les COC peuvent être utilisés si tel est le choix de la femme.

Drépanocytose

L'existence d'une drépanocytose ne constitue pas une contre-indication à l'utilisation des COC, mais les femmes qui souffrent d'une drépanocytose de forme homozygote peuvent courir un risque accru de thrombose. Il faut recommander à ces femmes l'utilisation d'autres méthodes contraceptives, en particulier les contraceptifs aux progestatifs seuls à longue durée d'action, qui peuvent avoir des effets bénéfiques sur la maladie.

Infections sexuellement transmissibles (IST)

Certaines données permettent d'affirmer que les COC assurent une protection contre la maladie inflammatoire pelvienne. Cependant, ils **ne protègent pas** contre les IST, y compris l'infection à VIH, et les clientes doivent en être informées. Si une cliente présente un risque élevé de contracter une IST, lui recommander l'utilisation de préservatifs.

Varices

Les COC peuvent être utilisés par les femmes qui ont des varices sans complications et qui ne présentent pas d'antécédents de thrombose veineuse profonde, et qui ne présentent pas de contre-indications par ailleurs.

Maladies parasitaires

On n'a pu établir que les maladies parasitaires exerçaient une influence sur l'utilisation des COC, mais des recherches plus approfondies sont nécessaires dans ce domaine, notamment au sujet de l'interaction possible avec les médicaments utilisés pour le traitement de ces maladies.

Séropositivité et sida

Bien qu'il n'existe que peu de données scientifiques à ce sujet, l'opinion qui prévaut actuellement est que les COC peuvent être utilisés sans risque par les femmes séropositives. Cependant, il se pourrait que les interactions entre COC et certains médicaments antirétroviraux (ARV) soient susceptibles d'avoir un impact sur l'efficacité ou sur la toxicité des COC ou des ARV.

2.5 Conseil et information

Toutes les clientes doivent recevoir des conseils et des renseignements appropriés quant au choix et à l'utilisation des COC avant de démarrer cette méthode de contraception. Il faut les encourager à poser des questions, afin de dissiper toute incertitude ou tout malentendu dès le départ (voir aussi chapitre 2 : Le conseil).

Choix de la méthode

Aborder chacun des points suivants avec chaque cliente, en utilisant un vocabulaire qu'elle comprend :

- Avantages et inconvénients des COC : leur efficacité, les risques et les avantages qu'ils présentent, leurs effets secondaires et leur prix. (Rassurer la cliente en lui expliquant que l'accroissement du risque de cancer est minime, et que des données incontestables prouvent que les COC protègent contre les cancers des ovaires et de l'endomètre.)
- Autres méthodes de planification familiale, et informations relatives à leur efficacité, aux risques et aux avantages qui y sont associés, aux effets secondaires et au coût, selon ce qui est opportun.
- Choix du type de COC le plus approprié.
- Rappeler aux clientes qui fument que le tabac augmente les risques de troubles circulatoires graves et conseiller à toutes les femmes qui souhaitent utiliser des COC d'arrêter de fumer.

Mode d'emploi de la méthode

Voir les instructions fournies à la section 2.9 du présent chapitre.

2.6 Qui peut fournir les COC ?

Les médecins, le personnel clinique paramédical et les agents sanitaires locaux ayant reçu une formation à l'éducation et au conseil des clients sont habilités à distribuer des contraceptifs oraux, en fonction des règlements et usages locaux. Quiconque pourvoit normalement aux besoins de santé de la communauté est qualifié pour la distribution des COC. Quand les COC sont distribués au sein de la communauté par le canal de services non cliniques, on parle de services à base communautaire (SBC) (voir Encadré 5.1).

Encadré 5.1 : Fourniture de COC par des services à base communautaire (SBC)

L'agent communautaire ou mobile doit : (a) recevoir une formation appropriée ; (b) suivre des directives claires ; (c) bénéficier d'un encadrement adéquat et d'une infrastructure lui permettant de diriger les utilisatrices vers un centre spécialisé.

La formation doit porter sur l'utilisation de listes de contrôle appropriées (voir le relevé de distribution des COC par les SBC à la page 144), qui aident l'agent communautaire à identifier les clientes qui doivent se rendre dans un centre médical ou dans une clinique de SSR/planification familiale afin qu'il soit établi qu'elles peuvent utiliser les COC.

Le marketing social, dans le cadre duquel les contraceptifs sont fournis à prix réduit grâce à une prise en charge partielle, est un autre moyen de distribution des COC. **Les responsables des programmes de marketing social doivent s'assurer que les clientes reçoivent des informations et une éducation appropriées quant à l'utilisation adéquate de la méthode et à la marche à suivre si elles sont inquiètes ou requièrent d'autres informations, tout en protégeant leurs droits au respect de l'intimité et à la confidentialité.**

Pour plus d'informations, se reporter à la section 4 du présent chapitre.

2.7 Bilan de santé

Le but du bilan de santé est de déterminer si la cliente est apte à utiliser cette méthode. Il doit également être mis à profit pour proposer à la cliente les autres services de santé sexuelle et reproductive disponibles sur place comme nécessaire.

Services de planification familiale à base communautaire

La mise au point médicale pratiquée dans le cadre des SBC consiste à identifier les affections qui nécessiteront un examen médical plus approfondi (voir le relevé de distribution des COC par les SBC à la page 144).

Les prestataires des services cliniques qui distribuent les COC doivent être prêts à proposer un bilan de santé aux clientes qui leur sont adressées par les SBC ou par les systèmes de marketing social.

Services cliniques

Le bilan de santé effectué à la clinique doit porter sur les antécédents médicaux et sociaux pertinents. Il doit inclure un examen physique et toute analyse en laboratoire jugée nécessaire.

- *Bilan médical/social* : A la clinique, il faut faire le point sur les antécédents médicaux et sociaux de la cliente, l'accent étant mis sur les affections susceptibles d'interférer avec les critères d'éligibilité (voir sections 2.3 et 2.4 du présent chapitre). Ce bilan devra indiquer l'âge de la cliente, les antécédents familiaux et médicaux, les antécédents gynécologiques (y compris la date des dernières règles et le schéma des pertes menstruelles, le tabagisme et la prise de médicaments).
- *Examen physique* : Le premier examen physique réalisé à la clinique devrait comprendre une pesée, la détermination de la tension artérielle, la recherche de varicosités et de signes de thrombose veineuse profonde, un examen de la peau et des yeux (jaunissement éventuel), un examen des seins et tout autre examen rendu nécessaire par les antécédents médicaux et sociaux. L'examen pelvien bimanuel et l'examen du vagin au spéculum ne sont pas requis pour l'utilisation des COC, mais ils devraient être proposés, chaque fois que possible et approprié, au titre des services de santé reproductive.
- *Analyses de laboratoire* : Elles ne sont pas systématiquement requises pour l'utilisation des COC, mais bien lorsque les antécédents médicaux et l'examen physique les rendent nécessaires. Chaque fois que cela est possible et approprié, certaines analyses devraient être proposées à la femme au titre des services de santé reproductive :
 - Sucre et albumine dans les urines.
 - Dépistage de la syphilis (test VDRL).
 - Le dépistage du cancer du col utérin devrait être proposé deux ou trois ans après le début de l'activité sexuelle et répété à intervalles d'un à trois ans (voir chapitre 4 : Examens recommandés aux femmes bien portantes dans le domaine de la santé reproductive).

Quand les antécédents médicaux de la cliente ne laissent présager aucune contre-indication de catégorie 4, il ne faut pas lui refuser les COC sous prétexte que tous les examens physiques et analyses de laboratoire n'ont pas été effectués. La cliente peut commencer à les utiliser, mais il faut néanmoins effectuer l'/les examen(s) requis dans les trois mois qui suivent.

Les antécédents médicaux et sociaux, ainsi que les résultats des examens, devront figurer dans le dossier clinique de chaque cliente, notamment l'existence de contre-indications relevant des catégories 2, 3 ou 4 (critères de recevabilité).

2.8 Choix du COC

Il est préférable de prescrire à toutes les clientes la dose d'oestrogène et de progestatif la plus faible possible, sans nuire à l'efficacité ni à l'acceptabilité du produit.

- Commencer par une préparation combinée monophasique contenant 30 à 35 µg d'oestrogène.
- Ne changer le dosage ou le type de pilule que si la cliente estime que les effets secondaires sont tels qu'ils justifient l'arrêt ou le changement de pilule (voir section 2.12).

Les progestatifs contenus dans les COC actuellement disponibles sur le marché sont le lévonorgestrel (et le norgestrel), la noréthistérone, le désogestrel, le gestodène, l'acétate de cyprotérone, le norgestimate et la drospirénone. Aucun motif médical n'incite à privilégier l'un par rapport aux autres, mais certains sont moins coûteux que d'autres, ce qui doit être pris en considération. Le désogestrel et la drospirénone sont parfois associés à un risque légèrement accru de TVP/EP par rapport aux COC contenant du lévonorgestrel. La combinaison 30 µg d'éthinylœstradiol/150 µg de lévonorgestrel est celle au sujet de laquelle on dispose le maximum d'informations attestant qu'elle ne présente pas de risques ; c'est aussi la plus utilisée.

NOTE : Pour obtenir des renseignements au sujet des marques et de la composition des contraceptifs oraux disponibles dans les différentes régions du monde, voir le *Répertoire des contraceptifs hormonaux de l'IPPF* (qui peut être consulté sur le site Web de l'IPPF : www.ippf.org).

2.9 Instructions à la cliente

Les COC sont disponibles en plaquettes de :

- **21 pilules** : l'utilisatrice prend une pilule contenant la combinaison oestro-progestative chaque jour pendant 21 jours; à la suite d'un arrêt de 7 jours, elle entame une nouvelle plaquette.
- **28 pilules** : l'utilisatrice prend une pilule contenant la combinaison oestro-progestative chaque jour pendant 21 jours, puis, au lieu de s'arrêter, elle prend les autres pilules de la plaquette, contenant un placebo ou du fer, pendant les 7 derniers jours, afin de couvrir un cycle complet de 28 jours.

Servez-vous d'une plaquette échantillon pour expliquer le mode d'emploi de la pilule. Si la cliente utilise une plaquette de 28 pilules, expliquez-lui que les pilules placebos sont destinées à être prises durant la semaine au cours de laquelle apparaîtront ses règles. Montrez à la cliente comment établir la

distinction entre les pilules hormonales et les placebos. Les placebos sont en général de couleur et/ou de taille différentes. Donnez ces explications de façon claire et précise, en employant un vocabulaire connu de la cliente.

Première prise de la pilule

L'utilisatrice devra entamer la première plaquette de pilules au cours des 5 premiers jours de ses règles, de préférence le premier. Certaines femmes préfèrent entamer les plaquettes un jour spécifique de la semaine (par exemple le dimanche). Dans ce cas, si une plaquette est entamée plus tard que le cinquième jour des règles, établir avec un degré de certitude raisonnable que la cliente n'est pas enceinte et lui recommander d'utiliser parallèlement d'autres formes de protection pendant les 7 jours suivants.

Cliente souffrant d'aménorrhée

- Elle peut entamer la plaquette à tout moment, s'il est établi avec un degré de certitude raisonnable qu'elle n'est pas enceinte.
- Elle devra alors éviter tout rapport ou avoir recours à un autre moyen de contraception pendant les 7 jours qui suivent

Cliente ayant accouché récemment

- Si la cliente allaite et souhaite utiliser la pilule, lui recommander un contraceptif oral à progestatif seul, qui peut être utilisé à partir de la sixième semaine du post-partum (voir section 3.8). Ne pas prescrire de COC jusqu'au sixième mois du post-partum ou jusqu'au sevrage du nourrisson, selon ce qui intervient en premier lieu.
- Si la cliente n'allait pas, elle peut entamer sa plaquette entre la 3^e et la 6^e semaines du post-partum (la coagulation du sang et la fibrinolyse redeviennent pratiquement normales au bout de 21 jours). Si elle désire commencer après la sixième semaine et qu'elle n'a pas encore eu son retour de ses règles, il est impératif de s'assurer de l'absence de grossesse avant de la laisser commencer les COC (voir chapitre 11 : Diagnostic de grossesse).

Femme changeant de méthode hormonale

- La cliente peut démarrer les COC immédiatement si elle a utilisé son autre méthode hormonale régulièrement et correctement, ou si elle est raisonnablement certaine de ne pas être enceinte. Il n'est pas nécessaire d'attendre les règles suivantes.

- Si sa méthode précédente était un contraceptif injectable, il convient qu'elle démarre les COP au moment où elle aurait dû avoir une nouvelle injection. Aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire.

Femme passant d'une méthode non hormonale (autre que le DIU) aux COC

- La cliente peut démarrer les COC dans les 5 jours suivant le début de ses règles. Aucun autre mode de contraception n'est nécessaire.
- Elle peut également démarrer les COC à n'importe quel moment si elle est raisonnablement certaine de ne pas être enceinte. Si plus de 5 jours se sont écoulés depuis le début de ses règles, elle devra éviter tout rapport sexuel ou avoir recours à un autre moyen de contraception pendant les 7 jours suivants.

Femme passant d'un DIU (y compris ceux libérant des hormones) aux COC

- La cliente peut démarrer les COC dans les 5 jours suivant le début de ses règles. Aucun autre mode de contraception n'est nécessaire. Le DIU peut être retiré à ce moment-là.
- Elle peut également les démarrer à n'importe quel autre moment, si elle est raisonnablement certaine de ne pas être enceinte.
- Si elle a été sexuellement active au cours du cycle en question et si le début de ses règles remonte à plus de 5 jours, il est recommandé de retirer le DIU lors des règles suivantes.
- Si elle n'a pas été sexuellement active au cours de ce cycle et qu'il s'est écoulé plus de 5 jours depuis le début de ses règles, elle devra éviter tout rapport sexuel ou avoir recours à un autre moyen de contraception pendant les 7 premiers jours d'utilisation des COC. Si cette protection supplémentaire doit être assurée par le DIU qu'elle porte, il est recommandé de retirer ce dernier lors des règles suivantes.
- Si elle présente une aménorrhée ou des saignements irréguliers, elle peut démarrer les COC comme indiqué pour les autres femmes présentant une aménorrhée.

Protocole d'utilisation

La cliente doit prendre une pilule chaque jour à peu près à la même heure, jusqu'à ce que la plaquette soit terminée ; lui expliquer qu'elle ne doit pas interrompre la prise de pilules avant que la plaquette soit terminée, même si elle n'a pas de relations sexuelles.

Nouvelle plaquette

- Si la cliente utilise une plaquette de 28 pilules, elle devra commencer sa nouvelle plaquette le jour suivant la prise de la dernière pilule de la plaquette précédente, sans interruption entre les deux.
- Si la cliente utilise une plaquette de 21 pilules, elle devra marquer un arrêt de 7 jours sans pilules avant d'entamer une nouvelle plaquette.

Si les pilules sont prises correctement, la cliente entamera toujours une nouvelle plaquette le même jour de la semaine.

Oubli de pilules

Indiquer qu'il est important de ne pas oublier de pilules. L'oubli d'une ou de plusieurs pilules hormonales peut entraîner des saignements (« spotting » ou métrorragies), et surtout un plus grand risque de grossesse pour l'utilisatrice. Le risque le plus élevé survient lorsque la cliente oublie de prendre la pilule au début ou à la fin du cycle, car cela revient à prolonger l'intervalle durant lequel elle ne prend pas de pilules hormonales. Lui donner les instructions suivantes :

Pour les pilules contenant 30 à 35 µg d'éthinylestradiol

- *En cas d'oubli d'une ou deux pilules hormonales*, la cliente doit prendre une pilule dès qu'elle se rend compte de son oubli. Elle devra prendre la pilule suivante à l'heure habituelle ; cela signifie qu'elle peut être amenée à prendre deux pilules le même jour ou à la même heure. Elle n'a pas besoin d'autre moyen de contraception.
- *En cas d'oubli de 3 pilules hormonales ou plus consécutivement, ou si elle entame une plaquette avec 3 jours de retard ou plus*, la cliente doit en prendre une dès que possible puis continuer à en prendre une chaque jour. Elle devrait aussi utiliser des préservatifs ou s'abstenir de rapports sexuels jusqu'à ce qu'elle ait pris ses pilules hormonales pendant 7 jours d'affilée.
 - Si elle a oublié les pilules au cours de la troisième semaine, elle doit terminer la plaquette en cours et entamer une nouvelle plaquette de pilules le lendemain, sans prendre les pilules inactives.
 - Si elle a oublié les pilules au cours de la première semaine et a eu des rapports sexuels non protégés, il faut envisager le recours à la contraception d'urgence (voir le chapitre 10 : Contraception d'urgence).

Pour les pilules contenant moins de 20 µg d'éthinylestradiol

- *En cas d'oubli d'une pilule hormonale*, la cliente doit suivre les instructions ci-dessus : « oubli d'une ou deux pilules contenant 30 à 35 µg d'éthinylestradiol ».
- *En cas d'oubli de 2 pilules hormonales ou plus consécutivement, ou si elle entame une plaquette avec 2 jours de retard ou plus*, la cliente doit suivre les instructions ci-dessus : « oubli de 3 pilules contenant 30 à 35 µg d'éthinylestradiol ou plus ».

Pour les pilules contenant 30 à 35 µg ou moins de 20 µg d'éthinylestradiol

- *En cas d'oubli d'une ou plusieurs pilule(s) non-hormonale(s) (placebo)*, la cliente doit jeter la/les pilule(s) placebo(s) oubliée(s) et continuer de prendre chaque jour une des pilules restantes. Elle doit entamer la nouvelle plaquette le jour prévu. Aucune autre protection contraceptive n'est requise.

Chaque fois que possible, s'assurer que la cliente dispose en permanence d'une plaquette de secours. Il est conseillé de lui donner des préservatifs en même temps qu'elle reçoit ses premières plaquettes, pour le cas où elle aurait besoin d'une protection supplémentaire.

Vomissements et diarrhée

Les vomissements et/ou la diarrhée aigus nuisent à l'efficacité des COC. Si des vomissements surviennent dans l'heure qui suit la prise d'une pilule active hormonale, la cliente doit prendre une autre pilule active. Si ces symptômes ont persisté pendant plus de 24 heures, recommander l'utilisation d'une protection contraceptive supplémentaire pendant 7 jours après leur disparition. Si les vomissements ou une diarrhée aiguë persistent pendant 2 jours ou plus, elle doit se conformer à la marche à suivre indiquée pour les pilules oubliées.

Médicaments

Informez la cliente que certains médicaments réduisent l'efficacité des COC. Il est donc essentiel qu'elle indique toujours le nom des médicaments qu'elle prend aux prestataires de service de santé, et ce quel que soit le motif de la consultation.

Effets secondaires

Informez la cliente des éventuels effets secondaires associés aux COC (voir section 2.12).

Symptômes alarmants

Recommander à la cliente de demander un avis médical si elle pense qu'elle est enceinte ou si elle ressent l'un quelconque des symptômes suivants :

- Forte douleur abdominale.
- Fortes douleurs thoraciques, toux, difficultés respiratoires.
- Fortes migraines.
- Troubles ou perte de la vision.
- Forte douleur dans le mollet ou la cuisse.
- Début de jaunisse (peau ou yeux).

Pour éviter d'inquiéter la cliente, lui expliquer que les complications graves associées aux COC sont très rares. Vous pouvez lui préciser que cette méthode de contraception extrêmement fiable sera plus bénéfique à sa santé qu'une grossesse non désirée.

Suivi

Conseiller à la cliente de se rendre dans une clinique ou de contacter un prestataire de SBC environ 3 mois après avoir démarré les COC pour une visite de contrôle. Ensuite, il est conseillé d'effectuer une visite par an.

Indiquer à la cliente la date de sa prochaine consultation et la marque de la pilule qui lui a été fournie. Si la consultation a lieu dans une clinique, s'assurer que la cliente en connaît le nom, l'adresse et le numéro de téléphone. Si la pilule lui est distribuée par les SBC, lui donner le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de la clinique la plus proche où elle pourra se rendre en cas de problème. Ces renseignements, ainsi que la liste des signes des complications, peuvent être inscrits sur une fiche ou sur un dépliant remis(e) à l'utilisatrice, qui doit être rédigé(e) et présenté(e) de façon à être aisément compréhensible par la cliente ou par un(e) proche (au cas où la cliente ne saurait pas lire).

Encourager la cliente à poser des questions pour dissiper toute incertitude et lui faire répéter les instructions de base pour s'assurer qu'elle les a bien comprises.

2.10 Contrôle et suivi

Il est recommandé aux clientes de se rendre dans une clinique ou auprès d'un agent des SBC pour une visite de contrôle de routine trois mois après le début de l'utilisation des COC, puis une fois par an.

Protocole de contrôle après trois mois d'utilisation

- Vérifiez que vous avez l'adresse de l'utilisatrice et que vous savez comment la contacter.
- Évaluez son taux de satisfaction vis-à-vis de la méthode.
- Déterminez si l'utilisatrice a eu des problèmes ou souffert d'effets secondaires ; le cas échéant, faites-en état dans le dossier clinique.
- En cas de problème ou d'effet secondaire grave dépisté par les SBC, orientez la cliente vers un centre médical.
- Au centre médical, mettez à jour ses antécédents médicaux, mesurez sa tension artérielle et son poids, et effectuez tous les examens justifiés par ses antécédents médicaux.
- Le cas échéant, fournissez les conseils et/ou le traitement requis.
- Passez en revue avec l'utilisatrice les instructions pour la prise de COC et les symptômes alarmants, renouvelez son stock et donnez-lui les instructions relatives à la visite annuelle de contrôle.
- Encouragez l'utilisatrice à contacter un agent des SBC ou la clinique si elle a des questions ou des problèmes.

Protocole de contrôle annuel

- Suivez les étapes du protocole de contrôle après trois mois d'utilisation, procédez à une mise à jour du bilan médical, ainsi qu'à une évaluation du taux de satisfaction vis-à-vis de la méthode.
- Proposez-lui d'autres services de santé reproductive connexes disponibles sur place, par exemple un dépistage du cancer du col utérin.

Durée d'utilisation : Les femmes en bonne santé peuvent utiliser les COC pendant de nombreuses années. L'arrêt périodique n'est pas justifié.

2.11 Approvisionnement en COC

Le système d'approvisionnement doit être flexible, de sorte que la cliente puisse obtenir facilement la quantité de pilules qu'elle désire au moment où elle en a besoin. Il est important de limiter au minimum le nombre de visites de réapprovisionnement. Lors de la première visite, si la cliente ne formule pas

de desiderata particuliers, on fournira en règle générale trois plaquettes de pilules à l'utilisatrice. Puis, lors de la consultation de suivi, trois mois après, on pourra fournir jusqu'à 10 plaquettes si aucun problème n'a été détecté. Lors de la première consultation de suivi annuelle, et chaque année ensuite, on pourra fournir un stock correspondant à 13 cycles en l'absence de problèmes ou de contre-indications apparus entre-temps. Dans certains cas, les prestataires de services pourront fournir une quantité moins importante, si cela convient mieux à l'utilisatrice (par exemple, si elle ne peut entreposer tant de pilules de façon sûre).

2.12 Effets secondaires

Les effets secondaires suivants (qui ne justifient pas l'arrêt de la méthode) sont courants durant les trois premiers cycles d'utilisation des COC et disparaissent généralement ensuite :

- Métrorragies.
- Légères nausées et/ou étourdissements.
- Seins douloureux.
- Faibles maux de tête.

D'autres effets secondaires possibles sont le gain de poids, la rétention des fluides et la dépression.

Les effets secondaires sont en général bien tolérés par les clientes si elles sont bien conseillées. Parfois, un traitement symptomatique s'impose. Si le traitement reste sans effet ou si le problème inquiète sérieusement la cliente, on pourra envisager de lui recommander l'arrêt des COC et, le cas échéant, lui conseiller d'autres méthodes de contraception.

Il arrive également qu'on observe une *disparition des pertes menstruelles (aménorrhée)*, ce qui nécessite de vérifier l'absence de grossesse (voir chapitre 11 : Diagnostic de grossesse), surtout si des pilules ont été oubliées ou prises avec retard. Si la disparition des règles persiste et qu'il y a absence de grossesse, rassurez la cliente : cela ne veut pas dire que sa santé est menacée. Il est possible d'essayer un autre type de pilule.

2.13 Gestion des services

Voir la section 4 du présent chapitre.

3 Contraceptifs oraux aux progestatifs seuls (COP)



3.1 Définition

La pilule aux progestatifs seuls (COP) est un contraceptif hormonal oral ne contenant qu'un progestatif, en dose plus faible que pour la pilule combinée (entre 10 et 50 % de moins). En fonction du type de progestatif utilisé, les COP ne contiennent donc qu'entre 30 µg (dans le cas du lévonorgestrel) et 600 µg (dans le cas de la noréthistérone) de progestatif (de 0,03 à 0,6 mg).

Les COP les plus courants contiennent du lévonorgestrel, du désogestrel, de la noréthistérone ou du lynestrénol. La pilule doit être prise tous les jours à la même heure, sans interruption, quelle que soit la fréquence des règles. Par rapport aux COC, les COP sont légèrement moins efficaces, en particulier chez les femmes plus jeunes. Toutefois, ils sont aussi efficaces que les COC chez les femmes de plus de 35 ans.

NOTE : Pour obtenir des renseignements au sujet des marques et de la composition des contraceptifs oraux disponibles dans les différentes régions du monde, voir le *Répertoire des contraceptifs hormonaux* de l'IPPF (qui peut être consulté sur le site Web de l'IPPF : www.ippf.org).

Mécanisme de l'action contraceptive : Tout comme les autres contraceptifs aux progestatifs seuls, les COP fonctionnent selon deux mécanismes :

- L'effet des progestatifs sur la glaire cervicale est le principal facteur qui entre dans l'efficacité contraceptive des COP. La glaire devient moins abondante et plus visqueuse, ce qui empêche la pénétration du sperme.
- Les progestatifs agissent sur l'hypothalamus et sur l'hypophyse et suppriment le pic de LH responsable de l'ovulation. Celle-ci est bloquée dans au moins la moitié des cycles.

Les progestatifs entraînent aussi des modifications histologiques de l'endomètre, qui sont fonction de la dose administrée. Rien ne permet d'affirmer que ces modifications contribuent à l'action contraceptive.

3.2 Indications

Les pilules aux progestatifs seuls doivent être prescrites à toute femme qui en fait la demande en toute connaissance de cause après avoir été dûment conseillée, si elle ne présente pas de contre-indication (relevant de la catégorie 4 des critères de recevabilité de l'OMS).

Les COP sont particulièrement recommandés aux femmes qui désirent utiliser une méthode de contraception hormonale orale mais se trouvent dans une condition qui leur interdit l'utilisation des oestrogènes, comme par exemple les femmes qui allaitent.

3.3 Critères de recevabilité médicale

Les COP n'ont aucun effet sur la tension artérielle ni sur les facteurs de coagulation et n'ont qu'un effet négligeable sur le métabolisme lipidique et la fonction hépatique. Les restrictions s'appliquant à leur utilisation sont donc moins nombreuses que dans le cas des COC.

Catégorie 4 (contre-indications)

Les COP ne doivent pas être utilisés en présence du facteur suivant :

- Cancer du sein présent dans les 5 dernières années.

Mettre en garde les clientes présentant une contre-indication à l'utilisation des COP et des COC contre les risques potentiels qu'elles encourent et leur recommander d'autres méthodes (voir aussi chapitre 2 : Le conseil).

Catégorie 3

D'une manière générale, les COP ne devraient pas être utilisés en présence des facteurs suivants :

- Thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire actuelles (TVP/EP).
- Hépatite virale évolutive.
- Tumeur hépatiques (bénigne ou maligne).
- Cirrhose grave (décompensée).
- Antécédents de cancer du sein et sans récurrence depuis 5 ans.
- Allaitement et moins de 6 semaines écoulées depuis l'accouchement.
- Traitement sur la base de médicaments qui sont des inducteurs d'enzymes hépatiques: rifampicine et certains anticonvulsivants (phénytoïne, carbamazépine, barbituriques, primidone, topiramate, oxcarbazépine).

En présence de l'un de ces facteurs, il faut mettre la cliente en garde contre les risques potentiels qu'elle encourt et lui recommander d'autres méthodes. Si elle choisit quand même d'utiliser une méthode aux progestatifs seuls parce qu'elle ne dispose pas d'autre option acceptable, il est particulièrement important de lui conseiller de demeurer sous surveillance médicale.

Catégorie 2

En règle générale, les COP peuvent être utilisés avec certaines précautions en présence des facteurs suivants :

- Troubles cérébrovasculaires ou cardiopathie ischémique actuels ou dans le passé (en cas d'apparition pendant la période d'utilisation de COP, ce type d'affection relève de la catégorie 3).
- Antécédents d'hypertension dans les cas où la tension artérielle ne peut être évaluée.
- Hypertension avec tension artérielle élevée (systolique ≥ 160 ou diastolique ≥ 100 mmHg).
- Hypertension avec pathologie vasculaire.
- Antécédent de migraine avec aura, quel que soit l'âge ; apparition de migraine sans aura, quel que soit l'âge, durant l'utilisation des COP (si la migraine avec aura apparaît pendant la période d'utilisation des COP, elle relève de la catégorie 3).
- Diabète avec ou sans complications (les antécédents de diabète gestationnel relèvent de la catégorie 1).
- Antécédents de TVP ou d'EP.
- Chirurgie majeure avec immobilisation prolongée.
- Cirrhose légère (compensée).
- Cholecystopathie.
- Grosseur au sein non diagnostiquée.
- Antécédents de grossesse extra-utérine.
- Hyperlipidémies avérées.
- Saignements vaginaux irréguliers, abondants ou prolongés, ou saignements inexpliqués laissant soupçonner une affection grave, avant l'évaluation.
- Traitement à base de griséofulvine.
- Thérapie antirétrovirale.

En présence de l'un de ces facteurs, un suivi minutieux et approprié permettra aux avantages associés à l'utilisation de méthodes aux progestatifs seuls de l'emporter sur les risques potentiels quels qu'ils soient.

3.4 Situations particulières

Les commentaires figurant à la section 2.4 du présent chapitre (utilisation des COC) au sujet des saignements vaginaux anormaux, des interactions médicamenteuses, des IST et des tumeurs des voies génitales sont tout aussi valables en ce qui concerne l'utilisation de COP.

Les 3 premières semaines du postpartum

La prise des pilules aux progestatifs seuls (COP) peut commencer à n'importe quel moment après l'accouchement si la mère choisit de ne pas allaiter (voir aussi la section 2.4).

Allaitement

Les méthodes hormonales ne constituent pas le premier choix pour les femmes qui allaitent. Bien que les contraceptifs aux progestatifs seuls ne semblent pas avoir d'influence sur la lactation, on se soucie du possible transfert de progestatifs actifs par voie buccale au nourrisson par l'intermédiaire du lait maternel. C'est pourquoi les femmes qui allaitent ne devraient pas débiter l'utilisation d'une méthode aux progestatifs avant la fin de la sixième semaine du post-partum, à moins qu'aucune autre option ne soit disponible ou acceptable. Mais la dose quotidienne ingérée par le nourrisson est beaucoup plus élevée dans le cas des injectables aux progestatifs seuls que dans celui des COP.

Autres situations particulières

Les COP peuvent être utilisés par les femmes qui ne présentent pas de contre-indications par ailleurs et qui :

- Sont adolescentes.
- Sont âgées de plus de 35 ans.
- Ont des varices.
- Souffrent de drépanocytose.

3.5 Conseil et information

Toutes les clientes doivent recevoir des conseils et des renseignements appropriés quant au choix et à l'utilisation des COP avant de démarrer cette méthode de contraception. Il faut les encourager à poser des questions pour dissiper toute incertitude ou tout malentendu dès le départ. (Voir aussi chapitre 2 : Le conseil).

Choix des COP en guise de méthode contraceptive

Référez-vous au chapitre 2 (Le conseil) et notamment à la section 2.5 de ce chapitre. En plus, lors de l'entretien de conseil, soulevez les points suivants :

- En règle générale, les COP ont une efficacité légèrement moindre que les COC, en particulier si une pilule est omise.
- La prise de COP entraîne couramment métrorragies ou aménorrhée.
- Si la femme allaite et s'inquiète de la présence d'hormones dans son lait, expliquez-lui que rien ne permet à l'heure actuelle d'affirmer que la quantité d'hormones contenue dans les COP ait jamais eu une incidence néfaste sur les nourrissons.

Utilisation de la méthode

Voir la section 3.8 du présent chapitre.

3.6 Qui peut fournir les COP?

Les conseils figurant à la section 2.6 du présent chapitre sont applicables dans le cas des COP.

3.7 Bilan de santé

Le but du bilan de santé est de déterminer si la cliente est apte à utiliser cette méthode. Il doit également être mis à profit pour proposer à la cliente les autres services de santé sexuelle et reproductive disponibles sur place.

Les directives concernant le bilan de santé préalable à l'utilisation des COC (voir section 2.7) sont généralement applicables aux clientes qui souhaitent utiliser des COP. Cependant, les restrictions médicales sont un peu moins nombreuses en ce qui concerne les COP (comparer les sections 2.3 et 2.4 aux sections 3.3 et 3.4).

3.8 Instructions à donner aux clientes

Servez-vous d'une plaquette échantillon pour expliquer le mode d'emploi de façon claire et précise, en utilisant un vocabulaire facile à comprendre.

Première prise de COP

Idéalement, l'utilisatrice devra entamer la première plaquette de pilules dans les 5 premiers jours de ses règles, de préférence le premier jour. Aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire. Elle peut également démarrer les COP à n'importe quel autre moment, si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Mais si le début de ses règles remonte à plus de 5 jours, il lui faudra éviter tout rapport sexuel ou avoir recours à un autre moyen de contraception pendant les 2 jours qui suivent.

Femme présentant une aménorrhée

- Elle peut démarrer les COP à n'importe quel moment si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte.

- Il lui faudra éviter tout rapport sexuel ou avoir recours à un autre moyen de contraception pendant les 2 jours qui suivent.

Femme ayant accouché récemment

- Si la cliente allaite et souhaite utiliser la pilule, elle peut démarrer les COP après la sixième semaine du post-partum, mais pas avant. Si une utilisatrice présentant une aménorrhée due à l'allaitement demande à prendre un COP entre 6 semaines et 6 mois après l'accouchement, assurez-vous qu'elle n'est pas enceinte avant de lui donner la pilule (voir chapitre 11 : Diagnostic de grossesse).
- Si la cliente a accouché il y a plus de 6 semaines et si elle a eu son retour de couches, elle peut démarrer les COP comme indiqué pour les autres femmes ayant des cycles réguliers.
- Si la cliente n'allait pas, elle peut commencer à prendre les COP immédiatement ou au cours des 6 premières semaines du post-partum. Si elle désire commencer après la sixième semaine du post-partum et qu'elle n'a pas encore eu ses premières règles après l'accouchement, il est impératif de s'assurer de l'absence d'une grossesse avant d'autoriser la prise de COP.

Femme changeant de méthode hormonale

- La cliente peut démarrer les COP immédiatement, si elle a utilisé son autre méthode hormonale régulièrement et correctement, ou si l'on est par ailleurs raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Il n'y a pas lieu d'attendre les règles suivantes.
- Si sa méthode précédente était un contraceptif injectable, il convient qu'elle démarre les COP au moment où elle aurait dû avoir une nouvelle injection. Aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire.

Femme passant d'une méthode non hormonale (autre que le DIU) aux COP

- La cliente peut démarrer les COP dans les 5 jours suivant le début de ses règles. Aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire.
- Elle peut également les démarrer à n'importe quel autre moment si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Si le début de ses règles remonte à plus de 5 jours, il lui faudra toutefois éviter tout rapport sexuel ou avoir recours à un autre moyen de contraception pendant les 2 premiers jours.

Femme passant d'un DIU (y compris ceux libérant des hormones) aux COP

- La cliente peut démarrer les COP dans les 5 jours suivant le début de ses règles. Aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire. Le DIU peut être retiré à ce moment-là.
- Elle peut également les démarrer à n'importe quel autre moment si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte.
- Si elle a été sexuellement active au cours du cycle en question et si le début de ses règles remonte à plus de 5 jours, il est recommandé de retirer le DIU lors des règles suivantes.
- Si elle n'a pas été sexuellement active au cours de ce cycle et que le début de ses règles remonte à plus de 5 jours, il lui faudra éviter tout rapport sexuel ou avoir recours à un autre moyen de contraception pendant les 2 premiers jours d'utilisation des COP. Si cette protection supplémentaire doit être assurée par le DIU qu'elle porte, il est recommandé de retirer ce dernier lors des règles suivantes.
- Si elle présente une aménorrhée ou des saignements irréguliers, elle peut démarrer les COP comme indiqué pour les autres femmes présentant une aménorrhée.

Protocole d'utilisation

La cliente doit prendre une pilule chaque jour à la même heure jusqu'à ce que la plaquette soit terminée. Elle doit entamer sa nouvelle plaquette le lendemain du jour où elle a terminé la plaquette précédente, sans interruption entre les deux. Si les pilules sont prises correctement, la cliente entamera toujours une nouvelle plaquette le même jour de la semaine.

Oubli de pilules

Rappeler qu'il est important de ne pas oublier de pilule et que même un retard de quelques heures est à éviter. Avertir la cliente que si elle oublie une ou plusieurs pilules, du spotting ou des métrorragies peuvent apparaître, mais, plus important encore, qu'elle risque de devenir enceinte. Elle doit recommencer à prendre ses pilules aussi tôt que possible. En cas de retard de plus de 3 heures, elle devra s'abstenir de relations sexuelles ou utiliser une méthode contraceptive barrière pendant 48 heures après la reprise des pilules. Elle devra même envisager l'emploi d'une méthode contraceptive d'urgence si elle a déjà eu des rapports sexuels au cours de la période où elle n'était pas protégée (voir chapitre 10 : Contraception d'urgence).

Si la cliente allaite et présente une aménorrhée et qu'elle a pris une ou plusieurs pilules avec plus de trois heures de retard, elle doit en prendre une dès que possible et continuer ensuite comme à l'accoutumée. Si elle a accouché

depuis moins de 6 mois, aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire.

Autres médicaments

Informar la cliente que certains médicaments réduisent l'efficacité des COP. Il est donc essentiel qu'elle indique toujours le nom des médicaments qu'elle prend aux prestataires de service de santé, quel que soit le motif de la consultation.

Effets secondaires

Informar la cliente des éventuels effets secondaires associés aux COP (voir section 3.10).

Suivi

Indiquer à la cliente la date de sa prochaine consultation et la marque de la pilule qui lui a été fournie. Si la consultation a lieu dans une clinique, s'assurer que la cliente en connaît le nom, l'adresse et le numéro de téléphone. Si la pilule lui est distribuée par les SBC, lui donner le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de la clinique la plus proche où elle pourra se rendre en cas de problème. Ces renseignements, ainsi que la liste des signes de complications, peuvent être inscrits sur une fiche ou sur un dépliant remis(e) à l'utilisatrice, qui doit être rédigé(e) et présenté(e) de façon à être aisément compréhensible par la cliente ou par un(e) proche (au cas où la cliente ne saurait pas lire).

Conseiller à la cliente de se rendre dans une clinique ou de contacter un prestataire de SBC (si c'est possible et plus pratique pour elle) si un effet secondaire quelconque lui pose des problèmes ou si elle a d'autres préoccupations ou problèmes en relation avec la pilule.

Encourager la cliente à poser des questions pour dissiper toute incertitude et lui faire répéter les instructions de base pour s'assurer qu'elle les a bien comprises.

3.9 Suivi et approvisionnement

Se reporter aux directives applicables au suivi et l'approvisionnement pour les COC (sections 2.10 et 2.11 du présent chapitre).

Durée d'utilisation : Dès que les circonstances spéciales (par exemple, l'allaitement) ayant justifié la prescription des COP ont disparu, on doit envisager la reprise des COC, qui sont plus efficaces et permettent un meilleur contrôle du cycle. Toutefois, les COP peuvent être utilisés aussi longtemps que le souhaite la cliente, pour autant qu'elle ne souffre pas d'effets secondaires importants.

3.10 Effets secondaires

Parmi les effets secondaires les plus courants, citons les métrorragies, l'aménorrhée, les douleurs aux seins et les maux de tête. Ces effets secondaires sont en général tolérés par la cliente si elle reçoit conseils et soutien. Parfois, un traitement symptomatique est requis. Si cela ne suffit pas, ou si le problème inquiète beaucoup la cliente, il faut envisager d'interrompre la pilule et conseiller des méthodes de remplacement.

3.11 Gestion des services

Voir section 4 ci-dessous.

4 Gestion de la distribution des contraceptifs oraux

Un programme de SSR/planification familiale assurant la distribution de contraceptifs hormonaux peut avoir recours à des approches complémentaires – par exemple les services à base communautaire (SBC), le marketing social, ou encore les services cliniques.

Les SBC desservent les personnes qui :

- Sont trop éloignées de la zone desservie par les cliniques.
- Préfèrent les SBC ou les trouvent plus pratiques.

Les cliniques :

- Offrent des services de santé reproductive plus complets aux personnes qui résident dans la zone qu'elles desservent.
- Fournissent un appui clinique aux SBC.

En outre, une troisième approche, le marketing social, propose des méthodes de contraception par le canal de filières commerciales subventionnées.

4.1 Services de planification familiale à base communautaire (SBC)

Les listes de contrôle

Elles devraient être utilisées par les agents des SBC pour identifier les contre-indications possibles à l'utilisation des contraceptifs oraux, et/ou pour identifier les clientes qui ont besoin d'être examinées par une unité médicale au cours d'une consultation plus approfondie. Un exemple de liste de contrôle pour la distribution de contraceptifs oraux dans le cadre des SBC se trouve à la page 144.

Systemes de référence

Ils doivent être en place afin que les clientes des SBC qui ont besoin d'un examen médical plus poussé, d'une autre méthode – DIU ou stérilisation – ou d'autres services de santé sexuelle et reproductive puissent être dirigées vers l'infrastructure clinique la plus accessible et la plus appropriée.

- Il peut s'agir d'une clinique dépendant du gouvernement, d'une association de planification familiale ou d'une autre organisation non gouvernementale. Il convient à cette fin de nouer des contacts avec ces autres institutions.
- L'examen physique et/ou pelvien n'est pas essentiel pour la prescription de contraceptifs oraux. Néanmoins, il est bon de disposer d'infrastructures cliniques d'appui afin qu'il soit possible de procéder à ces examens le cas échéant.
- Quand l'utilisation d'un contraceptif oral pose un problème à une cliente de SBC, elle doit être dirigée vers une clinique, où le prestataire déterminera si les contraceptifs oraux :
 - Peuvent être utilisés sous la supervision d'un agent communautaire.
 - Peuvent être utilisés sous la supervision de la clinique.
 - Sont contre-indiqués ; une autre méthode de contraception sera alors recommandée.

La résultat doit être communiquée à l'agent des SBC.

Stocks de pilules

Les services à base communautaire ne doivent pas stocker plus de deux types de pilules :

- Un COC contenant de 30 à 35 µg d'oestrogène, ce qui convient à la plupart des femmes.
- Un COP, destiné principalement aux femmes qui allaitent.

Formation

Les agents communautaires doivent acquérir les compétences nécessaires pour :

- Informer les clientes quant aux diverses méthodes de contraception disponibles, afin de les aider à choisir elles-mêmes la méthode adéquate.
- Instruire et conseiller les utilisatrices, avant, pendant et après l'adoption d'une méthode de contraception.
- Utiliser les listes de contrôle utilisées pour l'examen des clientes.
- Déterminer, à la lecture de la liste de contrôle, si la cliente doit être dirigée

vers une clinique pour un examen plus approfondi.

- Détecter les signes de complications dues à la pilule et les expliquer à la cliente, puis la diriger vers une clinique si nécessaire.
- Se servir des données de base pour gérer la clientèle et procéder à l'évaluation des programmes.

4.2 Services cliniques

Dossiers des clientes

Un formulaire normalisé doit être utilisé pour constituer le dossier clinique de chaque cliente. Ce formulaire servira :

- A recueillir les renseignements essentiels la concernant.
- De référence pour que le personnel puisse s'assurer que l'évaluation portant sur les critères de recevabilité a été correcte et complète.
- A consigner la méthode de contraception choisie par la cliente et les autres services dont elle a bénéficié.
- A consigner les services fournis dans le cadre du suivi.

Stocks de pilules

Limiter à quatre les types de COC disponibles :

- 2, ou 3 tout au plus, pilules faiblement dosées (30 à 35 µg d'oestrogène).
- Pas plus d'une pilule à fort dosage (50 µg d'oestrogène).

Les pilules contenant 50 µg d'oestrogène ne doivent être utilisées que pour la contraception d'urgence et dans les rares cas où des conditions spécifiques rendent un tel dosage nécessaire (par exemple en cas d'interaction médicamenteuse ou lorsque la pilule faiblement dosée ne permet pas de contrôler le cycle adéquatement).

- Prescrire des pilules à faible dosage à toutes les nouvelles utilisatrices qui ne présentent pas de contre-indication. Si les effets secondaires entraînent un changement de pilule, en indiquer les raisons.
- Disposer, par ailleurs, **d'une formule de COP**, destinée principalement aux clientes qui allaitent.
- Ne pas stocker ni utiliser de COC contenant plus de 50 µg d'oestrogène.

Formation

Il est recommandé de mettre en place un système de formation continue pour

que les praticiens se tiennent au courant des dernières informations et acquièrent constamment de nouvelles compétences en matière de qualité des services et de pratique de la contraception hormonale. Cette formation doit inclure le traitement des effets secondaires et une mise à jour des critères de recevabilité médicale et des risques liés à l'emploi des contraceptifs oraux.

Matériel

Le matériel de base dont devrait disposer toute clinique qui dispense des contraceptifs oraux est le suivant :

- Un tensiomètre *et*
- Un pèse-personne.

Il est souhaitable, mais pas indispensable, de disposer d'un matériel de laboratoire de base ou d'y avoir accès.

4.3 Distribution des pilules

Lors de la première consultation et s'il n'existe pas de contre-indication, on fournira trois plaquettes (une par cycle), puis, lors de la consultation de suivi, 3 mois après, si aucun problème n'a été détecté, on pourra fournir jusqu'à 10 plaquettes. Lors de la consultation de suivi annuelle, on pourra fournir un stock correspondant à 13 cycles en l'absence de problèmes ou de contre-indications apparus entre-temps. Dans certains cas, les prestataires de services pourront fournir une quantité moins importante, si cela convient mieux à certaines clientes. Cependant, il est important de limiter au minimum le nombre de visites de réapprovisionnement. **Le système de réapprovisionnement doit être flexible, de sorte que la cliente puisse obtenir facilement la quantité de pilules qu'elle désire au moment où elle en a besoin.**

4.4 Stockage, durée de conservation et approvisionnement

- Stockez les contraceptifs oraux dans un endroit sûr, à l'abri des parasites, bien aéré et au sec. Conservez les plaquettes à l'abri de la lumière. Entreposez les boîtes de contraceptifs oraux à 10 cm au moins au-dessus du sol et à 30 cm au moins des murs. Inscrivez la date de livraison sur chaque carton et utilisez les plus anciens en premier.
- Utilisez les contraceptifs oraux dans les 5 ans qui suivent la date de fabrication figurant sur les cartons.
- Assurez-vous que vous disposez de stocks suffisants pour approvisionner les utilisatrices habituelles, mais aussi les nouvelles. Pour estimer les stocks nécessaires pour une année donnée :
 - Multipliez le nombre prévu d'utilisatrices habituelles par 13 cycles ;

- Multipliez le nombre prévu de nouvelles utilisatrices par 6,5 ; en effet, ces dernières commenceront à prendre leurs contraceptifs à des moments différents de l'année en cours, et on estime qu'elles utiliseront en moyenne la moitié seulement du nombre de plaquettes requis par une utilisatrice habituelle.

5 Contraceptifs injectables aux progestatifs seuls (CIP)



5.1 Définition

Les contraceptifs injectables aux progestatifs seuls (CIP) se composent d'hormones stéroïdes synthétiques semblables à la progestérone, hormone féminine. Ils sont administrés par injection intramusculaire, ce qui entraîne une résorption lente vers le sang. Une seule injection suffit à assurer une contraception sûre et hautement efficace pendant 2 ou 3 mois.

Les injectables aux progestatifs seuls les plus couramment utilisés sont :

- L'acétate de médroxyprogestérone retard (AMPR) : chaque dose de 1 ml contient 150 mg d'AMPR ; elle est administrée tous les trois mois.
- L'énanthate de noréthistérone (EN-NET) : chaque dose de 1 ml contient 200 mg d'EN-NET ; elle est administrée tous les deux mois.

Mécanisme de l'action contraceptive : tout comme les autres contraceptifs aux progestatifs seuls, les CIP fonctionnent selon 2 mécanismes :

- L'effet du progestatif sur la glaire cervicale, qui devient visqueuse et moins abondante, ce qui empêche la pénétration du sperme.
- Le progestatif agit sur l'hypothalamus et sur l'hypophyse, et supprime le pic de LH responsable de l'ovulation; celle-ci est bloquée dans au moins la moitié des cycles.

Dans la plupart des cas, l'endomètre montre des signes d'atrophie. Toutefois, ce facteur ne contribue pas notablement à l'efficacité des CIP : en effet, les changements affectant la glaire cervicale et l'absence d'ovulation empêcheraient de toute façon la fécondation.

5.2 Indications

Les contraceptifs injectables aux progestatifs seuls doivent être prescrits à toute femme qui en fait la demande en toute connaissance de cause, après avoir été dûment conseillée, et qui ne présente pas de contre-indication.

Les CIP peuvent être spécifiquement recommandés aux femmes qui :

- Désirent une méthode contraceptive très efficace.
- Allaitent.
- Préfèrent éviter d'avoir à stocker leurs contraceptifs à domicile.
- Ont du mal à se souvenir de prendre les contraceptifs oraux.
- Ne doivent pas utiliser de contraceptifs contenant des oestrogènes.
- Peuvent d'évidence bénéficier des effets protecteurs complémentaires des CIP :
 - *Drépanocytose* : les femmes qui ont recours à l'AMPR ont nettement moins de crises.
 - *Anémie* : les CIP peuvent accroître la concentration d'hémoglobine, principalement en réduisant les pertes sanguines.

5.3 Critères de recevabilité médicale

Au départ, on a considéré que les contre-indications s'appliquant aux CIP et aux COC étaient les mêmes. Toutefois, les CIP n'ont aucun effet sur la tension artérielle ni sur les facteurs de coagulation (et de ce fait n'accroissent nullement les risques de thrombose veineuse). Ils ont un effet négligeable sur le métabolisme lipidique et très peu d'effet sur la fonction hépatique. Les contre-indications associées aux CIP peuvent donc être considérées de façon distincte de celles qui sont associées aux COC.

Catégorie 4 (contre-indications)

Ne pas conseiller les CIP ni les fournir en présence du facteur suivant :

- Cancer du sein présent dans les 5 dernières années.

Catégorie 3

D'une manière générale, les CIP ne devraient pas être utilisés en présence des situations suivantes :

- Thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire en cours (TVP/EP).
- Cardiopathie ischémique ou troubles cérébrovasculaires actuels ou dans le passé.

- Tension artérielle élevée (systolique ≥ 160 ou diastolique ≥ 100 mmHg).
- Hypertension avec pathologie vasculaire.
- Diabète sucré avec maladie vasculaire (notamment néphropathie, rétinopathie ou neuropathie) ou remontant à plus de 20 ans.
- Hépatite virale évolutive.
- Cirrhose grave (décompensée).
- Tumeurs hépatiques bénigne ou maligne.
- Antécédents de cancer du sein, sans récurrence depuis 5 ans.
- Allaitement et moins de 6 semaines depuis l'accouchement.
- Saignements vaginaux irréguliers, abondants ou prolongés, ou saignements inexpliqués laissant soupçonner une affection grave, avant une évaluation.

En présence de l'un de ces facteurs, il faut expliquer à la cliente les risques potentiels qu'elle encourt et lui recommander d'autres méthodes. Si elle choisit quand même d'utiliser les CIP parce qu'elle ne dispose pas d'autre option acceptable, il est particulièrement important de lui conseiller de demeurer sous surveillance médicale (voir aussi chapitre 2 : Le conseil).

Catégorie 2

En règle générale, les COC peuvent être utilisés avec certaines précautions en présence des facteurs suivants :

- Tension artérielle modérée (TA systolique 140-159 ou diastolique 90-99 mmHg).
- Antécédents d'hypertension (et notamment hypertension de grossesse) dans les cas où la tension artérielle ne peut être évaluée, ou hypertension contrôlée adéquatement, lorsque la tension artérielle peut être évaluée.
- Diabète (si une maladie vasculaire apparaît pendant la période d'utilisation des CIP, cette affection relève alors de la catégorie 3).
- Migraine avec ou sans aura (si elle apparaît pendant la période d'utilisation des implants, elle relève de la catégorie 3).
- Hyperlipidémies avérées.
- Antécédents de TVP ou d'EP.
- Chirurgie majeure avec immobilisation prolongée.
- Cirrhose légère (compensée).
- Cholecystopathie.
- Néoplasie intraépithéliale du col utérin (NIC) ou cancer du col utérin (en attente de traitement).
- Saignements vaginaux irréguliers, abondants ou prolongés.

- Traitement à base de médicaments qui sont des inducteurs d'enzymes hépatiques (rifampicine, barbituriques et autres anticonvulsivants).
- Thérapie antirétrovirale.

En présence de l'un de ces facteurs, un suivi minutieux et approprié permettra aux avantages associés à l'utilisation des CIP de l'emporter sur les risques potentiels, quels qu'ils soient. Cependant, lorsqu'une femme présente plus d'un des trois premiers facteurs de la liste, qui accroissent le risque de maladie cardiovasculaire, cette combinaison doit être considérée comme relevant de la catégorie 3.

Si la méthode est fournie, noter dans le dossier clinique les facteurs spécifiques que présente la cliente et lui indiquer les signes qui doivent l'alerter en relation avec l'affection dont elle souffre.

5.4 Situations particulières

Allaitement

Les méthodes hormonales ne doivent pas constituer le premier choix pour les femmes qui allaitent. Bien que les contraceptifs aux progestatifs seuls ne semblent pas avoir d'influence sur la lactation, un souci est le possible transfert de progestatifs actifs par voie buccale au nourrisson par l'intermédiaire du lait maternel. C'est pourquoi les femmes qui nourrissent exclusivement ou presque exclusivement leur bébé au sein ne devraient pas débiter l'utilisation d'une méthode aux progestatifs avant la fin de la sixième semaine du post-partum, à moins qu'aucune autre option ne soit disponible ou acceptable. On estime que la dose quotidienne ingérée par le nourrisson est beaucoup plus élevée dans le cas des CIP que dans celui des COP.

Adolescentes

Les avantages que présentent les contraceptifs aux progestatifs seuls revêtent une importance particulière pour les adolescentes. Cependant, l'effet hypo-oestrogénique des CIP chez les femmes de moins de 18 ans, qui peut affecter la masse et la densité osseuses, est préoccupant. Tout facteur de risque évident d'ostéoporose, comme la thérapie chronique aux corticostéroïdes, devrait être pris en compte lorsque l'on recommande à de jeunes femmes l'utilisation des CIP. *Pour elles, lorsqu'ils sont disponibles, les CIC sont sans doute les contraceptifs injectables les plus appropriés.*

Femmes âgées de plus de 35 ans

Les CIP peuvent être utilisés en toute sécurité par la plupart des femmes de plus de 35 ans en bonne santé. Les risques de maladie cardiovasculaire sont minimaux si elles ne fument pas et ne présentent pas d'autres facteurs de risque tels que l'hypertension ou le diabète. En théorie, l'effet hypo-oestrogénique de l'AMPR chez les femmes de plus de 45 ans pourrait avoir des répercussions sur la densité osseuse.

Interactions médicamenteuses

Les médicaments qui sont des inducteurs d'enzymes hépatiques, en particulier ceux qui sont couramment utilisés dans des traitements à long terme, diminuent parfois l'efficacité des contraceptifs hormonaux. Parmi ces médicaments, on trouve la rifampicine, la griséofulvine, la phénytoïne, l'éthosuximide, la carbamazépine, la glutéthimide, la primidone, le topiramate, l'oxcarbazépine et certains agents antirétroviraux. Si l'un de ces médicaments a été prescrit sur une longue période à la cliente, recommandez-lui d'utiliser une méthode barrière (comme le préservatif) en complément des CIP.

Saignements vaginaux anormaux

Si une femme souffre de saignements vaginaux, ce qui suggère l'existence d'une affection liée à la grossesse ou une pathologie telle qu'une tumeur maligne pelvienne, il faut en déterminer la cause avant d'administrer les CIP. Toutefois, les saignements irréguliers sont fréquents parmi les femmes en bonne santé : ne refusez donc pas l'administration de CIP en l'absence de facteurs pouvant laisser soupçonner l'existence d'une affection pathologique, mais informez la cliente que le problème de saignements peut s'aggraver avec l'utilisation des CIP et que, si elle choisit quand même d'y avoir recours, elle devra être suivie de près.

Tumeur maligne des voies génitales

Les femmes qui utilisent les CIP et chez lesquelles un cancer des voies génitales est diagnostiqué peuvent continuer à les utiliser dans l'attente d'un traitement. Dans la plupart des cas, le traitement exclut toute possibilité de grossesse ultérieure. Lorsqu'une tumeur pré-cancéreuse du col de l'utérus est traitée avec succès, la fécondité de la femme n'est en général pas affectée; elle peut donc poursuivre toute méthode de contraception, y compris les CIP. Le traitement des choriocarcinomes n'empêche pas nécessairement les grossesses ultérieures, mais il faut éviter une grossesse durant le traitement et le suivi, afin que l'évolution de la maladie puisse être surveillée de façon appropriée. Les CIP peuvent être utilisés dans ce cas, si tel est le choix de la femme.

Drépanocytose

L'existence d'une drépanocytose ne constitue pas une contre-indication ; en outre, les contraceptifs aux progestatifs seuls peuvent avoir des effets bénéfiques sur cette affection.

Infections sexuellement transmissibles (IST)

Les contraceptifs hormonaux ne protègent pas contre les IST, dont l'infection à VIH, et il faut en informer les clientes. Recommander l'utilisation de préservatifs à toute cliente présentant un risque élevé de contracter une IST. Des techniques strictement aseptiques doivent être utilisées lors des injections pour éviter la transmission d'une infection, notamment à VIH.

5.5 Conseil et information

Toutes les clientes doivent recevoir des conseils et des renseignements appropriés quant au choix et à l'utilisation des CIP avant de démarrer cette méthode de contraception. Il faut les encourager à poser des questions pour dissiper toute incertitude ou tout malentendu, dès le départ (voir aussi chapitre 2 : Le conseil).

Choix des CIP en guise de méthode contraceptive

Aborder chacun des points suivants avec chaque cliente, en utilisant un vocabulaire qu'elle comprend :

- Avantages et inconvénients des CIP : leur efficacité, les risques et les avantages qu'ils présentent, le retard possible du retour de la fécondité, les autres effets secondaires et de coût.
- Les perturbations éventuelles du cycle menstruel :
 - *Aménorrhée* : Rassurez l'utilisatrice en la prévenant que l'arrêt des règles est un effet secondaire courant et qu'elle peut s'attendre à voir son cycle redevenir normal dans les 6 mois suivant l'arrêt des CIP.
 - *Irrégularité des règles* : Métrorragies et spotting sont courants.
- Les autres méthodes de planification familiale (informations sur leur efficacité, les risques et les avantages qui y sont associés, les effets secondaires et le coût).
- *Fréquence des injections* : Indiquez-lui la date de la première injection, celle de l'injection suivante et la fréquence de ces injections par la suite.
- Le type précis d'injectable qui va lui être administré.

Utilisation de la méthode

Se reporter aux instructions fournies à la section 5.9 du présent chapitre.

5.6 Qui peut administrer les CIP?

Tout prestataire de services ayant reçu une formation dans le but d'éduquer et de conseiller les clientes et d'administrer les injectables est habilité à procurer cette méthode aux clientes, dans le respect de la législation et de la réglementation locales.

5.7 Bilan de santé

Le but de l'examen médical est de déterminer si la cliente est apte à utiliser cette méthode. Il devrait également être mis à profit pour proposer à la cliente les autres services de santé sexuelle et reproductive disponibles sur place.

Les directives en matière d'évaluation qui s'appliquent aux COC (voir section 2.7) sont en général valables dans le cas des clientes à qui l'on délivre des CIP. Cependant, les restrictions médicales sont un peu moins nombreuses en ce qui concerne les CIP (comparer les sections 2.3 et 2.4 aux sections 5.3 et 5.4).

5.8 Mode d'administration des CIP

Administration de la première injection

Administrez la première injection dans les 7 premiers jours du cycle menstruel. Aucun autre moyen contraceptif n'est requis. La cliente peut également recevoir la première injection à n'importe quel autre moment, pour autant que l'on soit raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Mais si le début des règles remonte à plus de 7 jours, elle devra éviter tout rapport sexuel ou utiliser un autre moyen de contraception pendant les 7 jours qui suivent.

Femme présentant une aménorrhée

- Elle peut recevoir la première injection à tout moment, si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte.
- Elle devra alors éviter tout rapport sexuel ou avoir recours à un autre moyen de contraception pendant les 7 jours qui suivent.

Femme ayant accouché récemment

- Si la cliente allaite et souhaite utiliser un CIP, administrez la première injection à partir de la sixième semaine du post-partum, mais pas avant. Si la cliente présente une aménorrhée due à la lactation et demande une

injection après la sixième semaine du post-partum, assurez-vous qu'elle n'est pas enceinte avant de lui administrer l'injection.

- Si elle n'allait pas, effectuez l'injection immédiatement ou dans les 6 premières semaines du post-partum. Si la cliente demande une injection après les 6 premières semaines du post-partum et qu'elle n'a pas encore eu son retour de ses règles, assurez-vous qu'elle n'est pas enceinte avant de lui administrer l'injection.

Femme changeant de méthode hormonale

- La cliente peut recevoir la première injection immédiatement, si elle a utilisé sa méthode hormonale régulièrement et correctement, ou si l'on est raisonnablement sûr qu'elle ne soit pas enceinte. Il n'est pas nécessaire d'attendre les règles suivantes.
- Si sa méthode précédente était un autre contraceptif injectable, l'injection de CIP ne devra être administrée qu'au moment où la femme aurait eu besoin d'une nouvelle injection. Aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire.

Femme passant d'une méthode non hormonale (autre que le DIU) à CIP

- La cliente peut recevoir la première injection immédiatement si l'on est raisonnablement sûr qu'elle ne soit pas enceinte. Il n'est pas nécessaire d'attendre les règles suivantes :
 - Si ses règles ont débuté il y a moins de 7 jours, aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire.
 - Si ses dernières règles remontent à plus de 7 jours, elle devra éviter tout rapport ou avoir recours à un moyen de contraception supplémentaire pendant les 7 jours qui suivent.

Femme passant d'un DIU (y compris ceux libérant des hormones) à CIP

- La cliente peut recevoir la première injection dans les 7 jours suivant le début de ses règles. Aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire. Le DIU peut être retiré à ce moment-là.
- Elle peut également démarrer les CIP à n'importe quel autre moment si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte.
- Si elle a été sexuellement active au cours du présent cycle et que le début de ses règles remonte à plus de 7 jours, il est recommandé de retirer le DIU lors des règles suivantes.

- Si elle n'a pas été sexuellement active au cours de ce cycle et que le début des règles remonte à plus de 7 jours, elle devra éviter tout rapport ou avoir recours à un autre moyen de contraception pendant les 7 jours qui suivent. Si cette protection supplémentaire doit être fournie par le DIU qu'elle porte, il est recommandé de retirer ce dernier lors des règles suivantes.
- Si elle présente une aménorrhée ou des saignements irréguliers, elle peut recevoir l'injection comme indiqué pour les autres femmes présentant une aménorrhée.

Injections ultérieures

Elles doivent être administrées au rythme suivant :

- *AMPR* : 1 ml (qui contient 150 mg) tous les 3 mois.
- *EN-NET* : 1 ml (qui contient 200 mg) tous les 2 mois.

Injection renouvelée précocement

- L'injection d'AMPR ou d'EN-NET peut être pratiquée jusqu'à 2 semaines avant la date prévue.

Injection renouvelée tardivement

- L'injection d'AMPR ou d'EN-NET peut être pratiquée jusqu'à 2 semaines après la date prévue sans qu'un moyen contraceptif complémentaire soit nécessaire.
- Si la cliente a plus de 2 semaines de retard pour son injection d'AMPR ou d'EN-NET, elle peut la recevoir si elle est raisonnablement certaine de ne pas être enceinte. Il lui faudra éviter tout rapport sexuel ou utiliser un autre moyen de contraception pendant les 7 jours qui suivent.
- Elle peut souhaiter avoir recours à la contraception d'urgence le cas échéant (voir le chapitre 10 : Contraception d'urgence).

Passer de l'AMPR à l'EN-NET

- Il n'est pas recommandé d'utiliser de manière interchangeable l'AMPR et l'EN-NET.
- S'il devient nécessaire de passer de l'un à l'autre, le changement devrait avoir lieu au moment où l'injection doit être renouvelée.

Pour une nouvelle injection de progestatif seul lorsqu'on ignore quel type d'injection a été précédemment pratiqué et à quel moment

- La cliente peut recevoir l'injection si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Il lui faudra s'abstenir de tout rapport sexuel ou utiliser un moyen de contraception supplémentaire pendant les 7 jours qui suivent.
- Elle peut souhaiter avoir recours à la contraception d'urgence le cas échéant.

Technique de l'injection

- N'employez que des seringues et des aiguilles stériles ou ayant subi une désinfection de haut niveau. Les seringues et les aiguilles jetables ne doivent pas être réutilisées. (Les instructions concernant le traitement des seringues et des aiguilles se trouvent au chapitre 15 : Prévention des infections, section 5.7).
- Secouez l'ampoule vigoureusement (si vous utilisez une ampoule qui a été conservée au froid, comme c'est nécessaire dans le cas de l'EN-NET, ramenez-la d'abord à température ambiante).
- Otez le capuchon protecteur de l'ampoule avec soin, de façon à ne pas contaminer le bouchon.
- Avec la seringue stérile, aspirez le contenu jusqu'à obtention du volume exact requis.
- Nettoyez l'emplacement de l'injection.
- Insérez l'aiguille stérile dans le muscle fessier (quart externe supérieur) ou dans le deltoïde, et injectez le contenu de la seringue. (De nombreux prestataires préfèrent n'administrer d'injectables à base d'huile, comme le NET-EN, que dans le muscle fessier afin de réduire la douleur associée aux injections.)
- Ne massez pas l'emplacement de l'injection.
- Débarrassez-vous des aiguilles et des seringues jetables en respectant la procédure appropriée (voir chapitre 15 : Prévention des infections, sections 5.7 et 8.5).

5.9 Instructions à la cliente

Avant l'administration de la première injection, il est impératif que chaque utilisatrice potentielle comprenne bien ce qui suit :

Injections multiples

Il est indispensable de procéder à des injections régulières pour éviter une grossesse. La cliente doit recevoir une injection tous les 3 mois (AMPR) ou tous

les 2 mois (EN-NET). Conseillez-lui de se rendre à la clinique si elle a du retard pour la prochaine injection.

Effets secondaires

Informez la cliente des effets secondaires possibles (voir section 5.11).

Retour de la fécondité

Après la dernière injection de CIP, il se peut que la cliente souffre d'aménorrhée et ne parvienne pas à concevoir pendant plusieurs mois, mais les injectables n'auront pas d'effet négatif à long terme sur sa fécondité.

Symptômes alarmants

Conseillez à la cliente de contacter la clinique ou de s'y rendre si elle constate l'un des problèmes suivants :

- Pertes de sang d'abondance inhabituelle.
- Maux de tête sévères.
- Gêne ou problème inhabituels à l'endroit de l'injection.

Pour éviter d'inquiéter la cliente, expliquez-lui que les complications graves sont très rares. Vous pouvez lui préciser que sa santé sera mieux protégée par cette méthode de contraception extrêmement fiable que si une grossesse non désirée survenait.

Suivi

Indiquez à l'utilisatrice le nom de l'injectable qui lui a été prescrit et la date de sa prochaine injection. Cette information, ainsi que la liste des symptômes alarmants et le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de la clinique la plus proche, peuvent être inscrits sur une fiche ou un dépliant remis(e) à l'utilisatrice, rédigé(e) et présenté(e) de façon à être aisément compréhensible par la cliente ou par un(e) proche (au cas où la cliente ne saurait pas lire).

5.10 Contrôle et suivi

Protocole à observer lors de l'injection suivante

Si possible, procédez à un examen de contrôle à l'occasion de l'injection suivante :

- Vérifiez que vous avez l'adresse de l'utilisatrice et que vous savez comment la contacter.
- Évaluez son taux de satisfaction vis-à-vis de la méthode.
- Déterminez si l'utilisatrice a eu des problèmes ou souffert d'effets secondaires ; le cas échéant, faites-en état dans le dossier clinique.

- Mettez à jour ses antécédents médicaux, mesurez sa tension artérielle et son poids, et effectuez tous les examens justifiés par ses antécédents médicaux.
- Le cas échéant, fournissez les conseils et/ou le traitement requis.
- Encouragez l'utilisatrice à contacter la clinique si elle a des questions ou des problèmes.

Protocole de bilan annuel

- Appliquer le protocole ci-dessus, puis mettez à jour les antécédents médicaux et demandez de nouveau à la cliente si elle est satisfaite de la méthode.
- Proposez-lui d'autres services de santé reproductive connexes disponibles sur place, par exemple un dépistage du cancer du col utérin.

5.11 Effets secondaires

Aménorrhée

L'aménorrhée est un effet secondaire courant, qui intervient souvent après la troisième injection. Si toute possibilité de grossesse est exclue, il n'y a pas lieu de s'en inquiéter. Si la cliente trouve cette situation inacceptable, interrompre les CIP et l'aider à choisir une autre méthode.

Spotting ou métrorragies

Il est courant d'observer métrorragies (saignements peu abondants) et spotting, notamment à la suite des deux premières injections. Ces symptômes sont souvent temporaires et constituent rarement un risque pour la santé. Les conseils prodigués avec soin aux nouvelles utilisatrices engendrent une diminution du nombre de femmes qui abandonnent la méthode en raison de ce type de problème. Les clientes qui ont été pleinement informées au préalable des éventuels effets secondaires auxquels elles pouvaient s'attendre les comprennent mieux et les supportent mieux, et cette méthode suscite généralement un degré élevé de satisfaction. Si des saignements peu abondants persistent, il faut exclure les problèmes gynécologiques. Si une IST ou une maladie inflammatoire pelvienne est diagnostiquée, la cliente peut poursuivre les injections pendant le traitement, et on peut lui recommander l'utilisation du préservatif. Si aucun problème gynécologique n'est identifié et que la cliente préfère interrompre les CIP, aidez-la à choisir une autre méthode.

Saignements abondants ou prolongés (plus de 8 jours ou deux fois plus abondants que lors des règles habituelles)

Expliquer à la cliente qu'il est courant d'observer des saignements abondants ou prolongés au cours du premier cycle d'injections. Toutefois, si les saignements

persistent ou deviennent trop abondants, il faut exclure un problème gynécologique sous-jacent. Cela exclu, si les saignements abondants persistent, il est possible d'essayer un traitement à base d'oestrogènes, de contraceptifs oraux combinés ou d'anti-inflammatoires non stéroïdiens. Pour prévenir une anémie, examinez le régime alimentaire de la cliente et, si nécessaire, prescrivez un supplément de fer. Si le traitement n'est pas efficace et que le problème devient inacceptable pour la cliente, voire constitue une menace pour sa santé, il faut interrompre les CIP et l'aider à choisir une autre méthode.

Autres effets secondaires mineurs

Il s'agit de la prise de poids et de légers maux de tête. Ils ne sont pas dangereux, aussi la cliente doit-elle être rassurée à leur sujet et encouragée à poursuivre l'utilisation de la méthode.

5.12 Gestion des services

Voir la section 7 du présent chapitre.

6 Contraceptifs injectables combinés (CIC)



6.1 Définition

Les contraceptifs injectables combinés (CIC) contiennent un oestrogène à courte durée d'action et un progestatif à longue durée d'action. La préparation injectable est libérée lentement sur une période de 28 jours, à partir de l'emplacement de l'injection. Une seule injection est administrée chaque mois.

Les deux préparations qui existent actuellement sont les suivantes :

- 25 mg d'acétate de médroxyprogestérone et 5 mg de cypionate d'oestradiol (*Cyclofem, Cycloprovéra, Lunelle* et *Novafem*).
- 50 mg d'énanthate de noréthistérone et 5 mg de valérianate d'oestradiol (*Mésigyna* et *Norigynon*).

Dans certains pays, il existe d'autres types de contraceptifs injectables combinés; toutefois, on ne dispose pas de données adéquates quant à leur efficacité et leur sûreté pour les recommander.

Mécanisme de l'action contraceptive : L'action contraceptive des CIC repose principalement sur l'inhibition de l'ovulation; ils provoquent en outre un épaissement de la glaire cervicale, principalement par l'action du progestatif, ce qui rend difficile l'entrée du sperme dans l'utérus et les trompes de Fallope. La réceptivité de l'endomètre au blastocyste est également réduite, bien que rien ne prouve que ce changement contribue à l'efficacité contraceptive.

6.2 Indications

Les contraceptifs injectables combinés peuvent être prescrits à toute femme qui en fait la demande, en toute connaissance de cause, après avoir été conseillée, si elle ne présente pas de contre-indication.

Les CIC sont recommandés aux femmes qui :

- Désirent une méthode de contraception extrêmement efficace.
- Souhaitent éviter d'avoir à stocker des contraceptifs à domicile.
- Ont du mal à s'astreindre aux contraintes de la prise de contraceptifs oraux.
- Veulent bénéficier du côté pratique des contraceptifs injectables sans être soumises aux saignements irréguliers associés aux CIP.

Bien que l'on ne dispose pas de données relatives aux CIC sur ce point, il est possible que les avantages non contraceptifs dérivant de l'utilisation des COC, et dont la liste figure dans la section 2.2 du présent chapitre, s'appliquent aussi aux CIC.

6.3 Critères de recevabilité médicale

Quand on ne dispose pas de données cliniques suffisantes, les critères employés pour définir les contre-indications aux CIC sont fondés sur les données relatives aux contraceptifs oraux combinés (COC) et aux injectables aux progestatifs seuls (CIP).

Catégorie 4 (contre-indications)

Les CIC ne devraient pas être utilisés dans les circonstances suivantes :

- Allaitement et avant la fin de la sixième semaine du post-partum.
- Thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire actuelles ou dans le passé (TVP/EP).

- Chirurgie majeure avec immobilisation prolongée.
- Troubles cérébrovasculaires ou cardiopathie ischémique actuels ou dans le passé.
- Valvulopathie cardiaque compliquée.
- Tension artérielle élevée (systolique >160 ou diastolique >100 mm Hg)
- Hypertension avec pathologie vasculaire.
- Migraine avec aura.
- Cancer du sein présent dans les 5 dernières années.
- Diabète avec complications vasculaires (dont néphropathie, rétinopathie et neuropathie) ou remontant à plus de 20 ans.
- Hépatite virale évolutive.
- Tumeur hépatique maligne.

Catégorie 3

D'une manière générale, les CIC ne devraient pas être utilisés en présence des éléments suivants :

- Tension artérielle élevée (systolique 140-159 ou diastolique 90-99 mm Hg).
- Antécédents d'hypertension dans les cas où la tension artérielle ne peut être évaluée, ou hypertension contrôlée adéquatement, lorsque la tension artérielle peut être évaluée.
- Consommation de 15 cigarettes ou plus par jour par les femmes âgées de 35 ans ou plus.
- Hyperlipidémies avérées.
- Migraine sans aura chez les femmes de 35 ans ou plus (si elle apparaît pendant la période d'utilisation de CIC, cette affection relève de la catégorie 4).
- Allaitement (pendant une période comprise entre 6 semaines et ≤ 6 mois après l'accouchement).
- Moins de 21 jours post-partum chez les femmes qui n'allaitent pas.
- Cirrhose grave décompensée.
- Tumeur hépatique bénigne.
- Antécédents de cancer du sein sans récurrence depuis 5 ans.

Lorsqu'une femme souhaite utiliser des CIC en présence d'un facteur de catégorie 3, il faut lui expliquer les risques potentiels qu'elle encourt et lui recommander d'autres méthodes. Si la cliente choisit d'utiliser un CIC parce qu'aucune autre option n'est disponible ou acceptable, le contraceptif choisi

devrait lui être procuré par un praticien qualifié et elle devrait demeurer sous surveillance médicale. Si une femme présente plus d'un des 5 facteurs susmentionnés qui accroissent le risque de maladie cardiovasculaire, un jugement clinique doit être exercé. Dans la plupart des cas, la combinaison de plusieurs facteurs doit être considérée comme relevant de la catégorie 4 (contre-indication).

Catégorie 2

En règle générale, les CIC peuvent être utilisés avec certaines précautions en présence des facteurs suivants :

- Tabagisme chez les femmes de moins de 35 ans ou consommation de 15 cigarettes ou moins par jour pour les femmes âgées de 35 ans ou plus.
- Migraine sans aura chez les femmes de moins de 35 ans (si elle apparaît pendant la période d'utilisation de CIC, cette affection relève alors de la catégorie 3).
- Diabète sans complications vasculaires.
- Obésité avec indice de masse corporelle (IMC) ≥ 30 kg/m².
- Antécédents d'hypertension gravidique (lorsque la tension artérielle actuelle est mesurable et normale).
- Thrombophlébite superficielle.
- Antécédents familiaux de TVP ou EP.
- Allaitement et 6 mois ou plus après l'accouchement.
- Valvulopathie cardiaque non compliquée.
- Saignements vaginaux inexplicables, laissant soupçonner une affection grave, avant l'évaluation.
- Cirrhose légère (compensée).
- Cholecystopathie ou antécédents de cholestase.
- Drépanocytose.
- Néoplasie intraépithéliale du col utérin (NIC) ou cancer du col utérin.
- Grosseur au sein non diagnostiquée.
- Traitement à base de médicaments qui sont des inducteurs d'enzymes hépatiques : rifampicine et certains anticonvulsivants (phénytoïne, carbamazépine, barbituriques, primidone, topiramate, oxcarbazépine).
- Thérapie antirétrovirale.

En présence de l'un ou l'autre de ces facteurs, un examen et un suivi minutieux permettront aux effets bénéfiques des CIC de l'emporter sur les risques

potentiels associés à leur utilisation. Cependant, lorsqu'une femme présente 2 ou plus des 4 premiers facteurs de la liste, qui accroissent le risque de maladie cardiovasculaire, un jugement clinique doit être exercé. Dans la plupart des cas, la combinaison de plusieurs facteurs doit être considérée comme relevant de la catégorie 3.

Si la méthode est fournie, noter dans le dossier clinique les facteurs spécifiques que présente la cliente et lui indiquer les signes qui doivent l'alerter en relation avec l'affection dont elle souffre.

6.4 Situations particulières

Les conseils fournis dans le contexte des CIC en relation avec les saignements vaginaux anormaux, l'interférence de médicaments, les tumeurs malignes des voies génitales et les IST s'appliquent aussi en cas d'utilisation des CIC (voir section 5.4 du présent chapitre).

Allaitement

Il n'existe pas de données relatives aux effets des CIC sur la quantité et sur la qualité du lait maternel, ou sur la durée de la lactation. Jusqu'à ce que de telles données soient réunies, ne pas prescrire de CIC jusqu'au sixième mois du post-partum ou jusqu'au sevrage du nourrisson, selon ce qui intervient d'abord. Si la femme souhaite avoir recours aux contraceptifs injectables en période de lactation, recommander l'emploi de CIC.

Adolescentes

Les avantages associés au CIC en termes de protection contre la grossesse intéressent particulièrement les jeunes, et les indications et contre-indications sont les mêmes pour cette tranche d'âge que pour les femmes plus âgées. Toutefois, lorsque l'on s'inquiète d'un éventuel effet anti-oestrogénique des CIC, l'injectable combiné constitue une option plus appropriée.

Femmes de plus de 35 ans

La plupart des femmes de plus de 35 ans en bonne santé peuvent utiliser les CIC. Si elles ne fument pas et si elles ne présentent pas d'autres facteurs de risque, tels que l'hypertension ou le diabète, l'augmentation du risque de maladie cardiovasculaire est minime.

Intervention chirurgicale

Il est conseillé d'interrompre l'utilisation des CIC environ 4 semaines avant toute intervention chirurgicale qui implique une immobilisation prolongée, et de la reprendre 2 semaines après que la femme ait retrouvé sa mobilité. Dans l'intervalle, il faut proposer une méthode contraceptive de remplacement. En

cas d'intervention d'urgence, le chirurgien peut envisager le recours à des anticoagulants prophylactiques. Il est souhaitable d'encourager la patiente à se remettre à marcher au plus vite.

Drépanocytose

Il n'existe pas de données relatives à l'utilisation des CIC par les femmes souffrant de drépanocytose. L'existence d'une drépanocytose ne constitue pas une contre-indication en soi, mais les femmes qui souffrent de la forme homozygote de cette maladie peuvent être exposées à un risque accru de thrombose. Il faut plutôt leur recommander les CIP.

6.5 Conseil et information

Toutes les clientes qui optent pour les CIC doivent avoir reçu des conseils appropriés au moment de la sélection quant à l'utilisation de cette méthode. Il faut les encourager à poser des questions pour dissiper toute incertitude ou tout malentendu dès le départ. (Voir aussi chapitre 2 : Le Conseil).

Choix de la méthode

Aborder chacun des points suivants avec chaque cliente, en utilisant un vocabulaire qu'elle comprend :

- Les avantages et les inconvénients des CIC en termes d'efficacité, de risques et d'effets bénéfiques, de retard possible du retour de la fécondité, d'autres effets secondaires et de coût (rassurez la cliente en lui expliquant qu'il n'a pas été prouvé médicalement que les CIC étaient la cause de cancers, d'anomalies congénitales ou de stérilité future).
- Les autres méthodes de planification familiale (informations sur leur efficacité, les risques et les avantages qui y sont associés, les effets secondaires et le coût).
- Rappelez aux clientes qui fument que le tabagisme accroît les risques de troubles circulatoires graves, et conseillez à toutes les femmes qui envisagent d'utiliser les CIC d'arrêter de fumer.
- *Fréquence des injections* : Indiquez-lui la date de la première injection, celle de l'injection suivante et la fréquence des autres injections par la suite.
- Le type précis d'injectable qui va lui être administré.

Utilisation de la méthode

Se reporter aux instructions fournies à la section 6.9 du présent chapitre.

6.6 Qui peut administrer les CIC ?

Tout prestataire de services ayant reçu une formation dans le but d'éduquer et de conseiller les clientes et d'administrer les injectables est habilité à procurer cette méthode aux clientes, dans le respect de la législation et de la réglementation locales.

6.7 Bilan de santé

Le but de l'examen médical est de déterminer si la cliente est apte à utiliser cette méthode. Il doit également être mis à profit pour proposer à la cliente les autres services de santé sexuelle et reproductive disponibles sur place.

Les directives en matière d'évaluation qui s'appliquent aux COC sont valables pour les clientes auxquelles on délivre des CIC (comparer les sections 2.3 et 2.4 aux sections 6.3 et 6.4).

6.8 Mode d'administration des CIC

Première injection

Administrer la première injection de CIC dans les 7 jours suivant le début des règles, de préférence le premier jour. La cliente peut également recevoir la première injection à n'importe quel autre moment, pour autant que l'on soit raisonnablement sûr qu'elle ne soit pas enceinte. Si le début des règles remonte à plus de 7 jours, elle devra éviter tout rapport ou utiliser un autre moyen de contraception pendant les 7 jours qui suivent.

Cliente présentant une aménorrhée

- Elle peut recevoir la première injection à tout moment, si l'on est raisonnablement sûr qu'elle ne soit pas enceinte. Elle devra alors éviter tout rapport sexuel ou avoir recours à un autre moyen de contraception pendant les 7 jours qui suivent.

Après un accouchement

- Si la femme allaite et souhaite utiliser un contraceptif injectable, recommandez l'injectable aux progestatifs seuls. Il ne faut pas utiliser les CIC dans les 6 premiers mois du post-partum ou avant le sevrage.
- Si la femme n'allait pas, elle peut recevoir la première injection entre les troisième et sixième semaines du post-partum. Si la cliente demande une injection après la sixième semaine du post-partum et qu'elle n'a pas encore eu son retour de ses règles, assurez-vous qu'elle n'est pas enceinte avant de lui administrer l'injection.

Femme changeant de méthode hormonale

- La cliente peut recevoir la première injection immédiatement, si elle a utilisé sa méthode hormonale régulièrement et correctement, ou si l'on est raisonnablement sûr qu'elle ne soit pas enceinte. Il n'est pas nécessaire d'attendre les règles suivantes.
- Si sa méthode précédente était un autre contraceptif injectable, l'injection de CIC ne devra être administrée qu'au moment où la femme aurait eu besoin d'une nouvelle injection. Aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire.

Femme passant d'une méthode non hormonale (autre que le DIU) aux CIC

- La cliente peut recevoir la première injection immédiatement si l'on est raisonnablement sûr qu'elle ne soit pas enceinte. Il n'est pas nécessaire d'attendre les règles suivantes.
- Si ses règles ont débuté il y a moins de 7 jours, aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire.
- Si ses dernières règles remontent à plus de 7 jours, elle devra éviter tout rapport sexuel ou avoir recours à un moyen de contraception supplémentaire pendant les 7 jours qui suivent.

Femme passant d'un DIU (y compris ceux libérant des hormones) aux CIC

- La cliente peut recevoir la première injection dans les 7 jours suivant le début de ses règles. Aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire. Le DIU peut être retiré à ce moment-là.
- Elle peut également démarrer les CIC à n'importe quel autre moment, si l'on est raisonnablement sûr qu'elle ne soit pas enceinte.
 - Si elle a été sexuellement active au cours du présent cycle et que le début de ses règles remonte à plus de 7 jours, il est recommandé de retirer le DIU lors des règles suivantes.
 - Si elle n'a pas été sexuellement active au cours de ce cycle et que le début des règles remonte à plus de 7 jours, elle devra éviter tout rapport sexuel ou avoir recours à un autre moyen de contraception pendant les 7 jours qui suivent. Si cette protection supplémentaire doit être fournie par le DIU qu'elle porte, il est recommandé de retirer ce dernier lors des règles suivantes.
- Si elle présente une aménorrhée ou des saignements irréguliers, elle peut démarrer les COP comme indiqué pour les autres femmes présentant une aménorrhée.

Injections suivantes

Intervalles entre les injections

- Pratiquer les injections de CIC toutes les 4 semaines (environ tous les mois).

Si la cliente se présente en avance

- Lorsqu'on ne peut respecter l'intervalle normal de 4 semaines entre les injections pour une raison ou une autre, on peut renouveler l'injection jusqu'à 7 jours avant la date requise, mais cela risque de perturber le cycle.

Injection tardive

- Il est possible de pratiquer l'injection jusqu'à 7 jours plus tard que prévu sans qu'il soit nécessaire d'avoir recours à un autre moyen de protection.
- Si la cliente a plus de 7 jours de retard, elle peut recevoir son injection si l'on est raisonnablement sûr qu'elle ne soit pas enceinte. Elle devra éviter tout rapport sexuel ou avoir recours à un autre moyen contraceptif pendant les 7 jours suivants.
- Elle peut souhaiter avoir recours à la contraception d'urgence si elle a eu des rapports non protégés (voir chapitre 10 : Contraception d'urgence).

Technique de l'injection

La technique d'injection des CIC est la même que celle des CIP (voir section 5.8).

6.9 Instructions à la cliente

Avant l'administration de la première injection, il est impératif que chaque utilisatrice potentielle comprenne bien ce qui suit :

Injections ultérieures

Il est essentiel de procéder à des injections régulières pour éviter une grossesse. La cliente doit recevoir une injection toutes les 4 semaines (environ chaque mois). Conseillez-lui de se rendre à la clinique dès que possible si elle a du retard pour une injection.

Effets secondaires

Informez la cliente des effets secondaires possibles (voir section 6.11).

Retour de la fécondité

Après administration de la dernière injection, on n'enregistre pas d'allongement significatif de la période précédant le retour de la fécondité.

Symptômes alarmants

Conseillez à la cliente de contacter la clinique ou de s'y rendre si elle soupçonne une grossesse ou constate l'un des problèmes suivants :

- Fortes douleurs abdominales.
- Fortes douleurs à la poitrine, toux, essoufflement.
- Forts maux de tête.
- Perte de la vision ou vision floue.
- Forte douleur au mollet ou à la cuisse.
- Aspect jaune des yeux et de la peau.
- Saignement d'une abondance inhabituelle.
- Gêne ou problème inhabituels à l'endroit de l'injection.

Pour éviter d'inquiéter la cliente, expliquez-lui que les complications graves sont très rares. Vous pouvez lui préciser que cette méthode de contraception extrêmement fiable sera plus bénéfique à sa santé qu'une grossesse non désirée.

Suivi

Indiquez à l'utilisatrice le nom de l'injectable qui lui a été prescrit et la date de la prochaine injection prévue. Cette information, ainsi que la liste des symptômes alarmants et le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de la clinique la plus proche, peuvent être inscrits sur une fiche ou sur un dépliant remis(e) à l'utilisatrice, rédigé(e) et présenté(e) de façon à être aisément compréhensible par la cliente ou par un(e) proche (au cas où la cliente ne saurait pas lire).

6.10 Contrôle et suivi

Les protocoles à observer lors de l'injection consécutive à la première et lors du bilan annuel sont les mêmes pour les CIC que pour les CIP (voir section 5.10).

6.11 Effets secondaires

- Il est moins courant d'observer des modifications des saignements menstruels qu'en cas d'utilisation des CIP. Le premier cycle est généralement court, entre 10 et 20 jours, les saignements se produisant ensuite tous les mois. Durant les 3 premiers mois, 30 % des femmes font état de saignements irréguliers, mais la plupart des utilisatrices retrouvent des saignements réguliers au terme de la première année d'utilisation.

- L'aménorrhée est rare.
- Parmi les autres effets secondaires mineurs éventuels, citons la prise de poids et de légers maux de tête. Rassurez la cliente : ils ne sont pas dangereux. Des conseils relatifs au régime et à l'exercice peuvent être appropriés.

6.12 Gestion des services

Voir la section 7 ci-après.

7 Gestion des services qui fournissent des contraceptifs injectables

Dossiers des clientes

Un formulaire normalisé doit être utilisé pour constituer le dossier clinique de chaque cliente. Ce formulaire servira :

- À recueillir les renseignements essentiels sur l'utilisatrice.
- De référence pour que le personnel puisse s'assurer que les contre-indications et les affections qui exigent une attention particulière en cas d'utilisation de contraceptifs injectables ont été évaluées correctement et complètement.
- À consigner les services fournis à l'utilisatrice, ainsi que la méthode de contraception choisie.
- À consigner les services fournis dans le cadre du suivi.

Stock d'injectables

Des problèmes et des erreurs peuvent survenir si différentes formules d'injectables sont stockées et utilisées dans le cadre du même programme de SSR/planification familiale. En conséquence, les responsables de programmes ont intérêt à ne sélectionner qu'une formule d'injectable aux progestatifs seuls et à s'y tenir, ou à faire en sorte qu'une seule formule soit utilisée dans une zone géographique donnée. Les mêmes recommandations s'appliquent en ce qui concerne les injectables combinés quand ils sont disponibles.

Aiguilles et seringues

- Les prestataires doivent disposer de stocks suffisants d'aiguilles et de seringues d'une taille adéquate, à savoir des seringues de 2 ml ou de 5 ml et des aiguilles pour injection intramusculaire.
- S'il est possible de s'en procurer, les seringues jetables sont préférables.

- Les seringues jetables **ne** doivent **pas** être réutilisées et doivent être éliminées selon une procédure appropriée (voir chapitre 15, section 8.5).
- Si l'approvisionnement en seringues jetables n'est pas régulier, les seringues et aiguilles réutilisables peuvent être réutilisées *si* elles ont été correctement décontaminées, nettoyées, stérilisées ou désinfectées à l'eau bouillante avant réutilisation (voir chapitre 15, section 5.7).

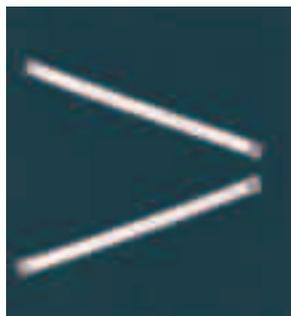
Stockage et durée de conservation

- N'utilisez que des ampoules contenant une dose.
- Les préparations injectables n'ont pas besoin d'être réfrigérées.
- Suivez les instructions du fabricant en ce qui concerne la durée de conservation.
- Inspectez toutes les ampoules pour vérifier l'état du liquide et la date d'expiration.

Formation

Le personnel de santé qui administre les contraceptifs injectables doit avoir reçu une formation qui l'habilite à exécuter toutes les fonctions requises pour leur administration, ainsi qu'une formation en matière d'éducation et de conseil. L'ensemble du personnel doit connaître les procédures propres à assurer la sécurité des clientes qui reçoivent les injections. Lorsque les deux types d'injectables sont disponibles, le personnel de santé doit maîtriser parfaitement les différences entre CIP et CIC.

8 Les implants sous-cutanés



8.1 Définition

Les implants aux progestatifs seuls sont insérés sous la peau et libèrent le progestatif à un rythme régulier, ce qui permet la libération de doses

quotidiennes minimales pour obtenir l'effet contraceptif recherché.

Les trois marques d'implants disponibles sur le marché sont le *Norplant*, constitué de 6 capsules, le *Jadelle*, constitué de deux bâtonnets et l'*Implanon*, composé d'un implant unique.

Le *Norplant* est une forme de contraception extrêmement efficace, à longue durée d'action, réversible, faiblement dosé, au progestatif seul. Ce système consiste en six capsules souples de Silastic (silicone). Chaque capsule, de 2,4 mm de diamètre sur 3,4 cm de long, contient une dose de 36 mg de lévonorgestrel. Quelque 30 µg de lévonorgestrel sont libérés chaque jour et la durée efficace de vie de l'implant est de 7 ans (sauf si la femme pèse plus de 70 kg).

Le *Jadelle* est constitué de deux bâtonnets en Silastic qui libèrent du lévonorgestrel. Il est efficace pendant une période de 5 ans maximum. Chaque bâtonnet mesure 43 mm de long et 2,5 mm de diamètre et contient 75 mg de lévonorgestrel.

L'*Implanon* est un système composé d'un implant unique qui libère de l'étonogestrel et dont la durée d'action est de 3 ans. Il mesure 40 mm de long et 2 mm de diamètre, et contient 68 mg d'étonogestrel.

Les capsules sont insérées sous la peau du bras ou de l'avant-bras de la femme lors d'une intervention simple sous anesthésie locale. Après insertion, les capsules se sentent au toucher mais sont à peine visibles. L'effet contraceptif est obtenu par la libération lente d'une quantité constante de progestatif diffusé dans le flux sanguin à travers la membrane de *Silastic*.

La protection contre la grossesse commence dans les 24 heures qui suivent l'insertion et dure au moins 7 ans dans le cas du *Norplant*, 5 ans pour *Jadelle* et 3 ans pour l'*Implanon*. Le retour de la fécondité est pratiquement immédiat après le retrait des capsules.

Mécanisme de l'action contraceptive : tout comme les autres contraceptifs aux progestatifs seuls, les implants fonctionnent selon 2 mécanismes :

- L'effet des progestatifs sur la glaire cervicale est le principal facteur qui entre dans l'efficacité contraceptive. La glaire devient moins abondante et plus visqueuse, ce qui empêche la pénétration du sperme.
- Les progestatifs agissent sur l'hypothalamus et sur l'hypophyse et suppriment le pic de LH responsable de l'ovulation. Celle-ci est bloquée dans au moins la moitié des cycles.

Dans la plupart des cas, l'endomètre montre des signes d'atrophie. Toutefois, ce facteur ne contribue pas notablement à l'efficacité des implants aux progestatifs : en effet, les changements affectant la glaire cervicale et l'absence d'ovulation empêcheraient de toute façon la fécondation.

8.2 Indications

Les implants aux progestatifs seuls, lorsqu'ils sont disponibles, doivent être prescrits à toute femme qui en fait la demande en toute connaissance de cause, après avoir été dûment conseillée, si elle ne présente pas de contre-indication.

Les implants au progestatif seul conviennent à la plupart des femmes en âge de procréer, mais sont particulièrement recommandés aux femmes qui :

- Désirent une méthode de contraception extrêmement efficace.
- Désirent une méthode contraceptive à long terme.
- Désirent une méthode qui ne soit pas liée au coût.
- Préfèrent les contraceptifs qui ne demandent pas à être pris quotidiennement ou souvent renouvelés.
- Ont le nombre d'enfants qu'elles désirent mais ne veulent pas être stérilisées.
- Envisagent la stérilisation mais n'ont pas encore pris leur décision.
- Ne doivent pas utiliser de contraceptifs contenant des oestrogènes.
- Ont du mal à se souvenir de prendre les contraceptifs oraux.

8.3 Critères de recevabilité médicale

Au départ, on a considéré que les contre-indications s'appliquant aux contraceptifs aux progestatifs seuls et aux COC étaient les mêmes. Toutefois, étant donné que les implants aux progestatifs seuls n'ont aucun effet sur la tension artérielle ni sur les facteurs de coagulation (et de ce fait n'accroissent pas les risques de thrombose veineuse), qu'ils ont un effet négligeable sur le métabolisme lipidique, et très peu d'effet sur la fonction hépatique, les contre-indications associées aux implants aux progestatifs seuls peuvent être considérées distinctement de celles qui sont associées aux COC.

Catégorie 4 (contre-indications)

Les implants aux progestatifs seuls ne doivent pas être utilisés en présence du facteur suivant :

- Cancer du sein présent dans les 5 dernières années.

Catégorie 3

D'une manière générale, les implants aux progestatifs seuls ne doivent pas être utilisés en présence des facteurs suivants :

- Thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire en cours (TVP/EP).
- Hépatite virale évolutive.
- Cirrhose grave décompensée.
- Tumeurs hépatiques (bénigne ou maligne).
- Antécédents de cancer du sein sans récurrence depuis 5 ans.
- Allaitement et moins de 6 semaines écoulées depuis l'accouchement.
- Saignements vaginaux irréguliers, abondants ou prolongés, ou saignements inexplicables laissant soupçonner une affection grave, avant l'évaluation.
- Traitement sur la base de médicaments qui sont des inducteurs d'enzymes hépatiques : rifampicine et certains anticonvulsifs (phénytoïne, carbamazépine, barbituriques, primidone, topiramate, oxcarbazépine).

En présence de l'un de ces facteurs, il faut mettre la cliente en garde contre les risques potentiels qu'elle encourt, et lui recommander d'autres méthodes. Si elle choisit quand même d'utiliser un implant aux progestatifs seuls parce qu'elle ne dispose pas d'autre option acceptable, il est particulièrement important de lui conseiller d'avoir recours à un praticien qualifié et de demeurer sous surveillance médicale étroite (voir aussi chapitre 2 : Le Conseil).

Catégorie 2

En règle générale, les implants aux progestatifs seuls peuvent être utilisés avec certaines précautions en présence des facteurs suivants :

- Tension artérielle élevée (systolique 140-159 ou diastolique 90-99 mm Hg).
- Antécédents d'hypertension dans les cas où la tension artérielle ne peut être évaluée.
- Hypertension avec pathologie vasculaire.
- Troubles cérébrovasculaires ou cardiopathie ischémique actuels ou passés.
- Diabète avec ou sans complications (les antécédents de diabète gestationnel relèvent de la catégorie 1).
- Migraine avec ou sans aura (si elle apparaît pendant la période d'utilisation des implants, elle relève de la catégorie 3).
- Hyperlipidémies avérées.
- Antécédents de TVP ou d'EP.
- Chirurgie majeure avec immobilisation prolongée.

- Saignements vaginaux irréguliers mais pas abondants, ou bien saignements abondants ou prolongés (réguliers ou irréguliers).
- Cirrhose légère compensée.
- Cholecystopathie.
- Grosseur au sein non diagnostiquée.
- Néoplasie intraépithéliale du col utérin (NIC).
- Cancer du col utérin (en attente de traitement).
- Traitement à base de griséofulvine.
- Thérapie antirétrovirale.

En présence de l'un de ces facteurs, un suivi minutieux et approprié permettra aux avantages associés à l'utilisation des implants de l'emporter sur les risques potentiels, quels qu'ils soient. Cependant, lorsqu'une femme présente plus d'un des 5 premiers facteurs de la liste, qui accroissent le risque de maladie cardiovasculaire, cette combinaison doit être considérée comme relevant de la catégorie 3. Si elle choisit quand même d'utiliser un implant parce qu'elle ne dispose pas d'autre option acceptable, il est particulièrement important de lui conseiller de demeurer sous surveillance médicale étroite.

Si la méthode est fournie, noter dans le dossier clinique les facteurs spécifiques que présente la cliente et lui indiquer les signes qui doivent l'alerter en relation avec l'affection dont elle souffre.

8.4 Situations particulières

Toutes les situations qui s'appliquent aux injectables aux progestatifs seuls s'appliquent également aux implants aux progestatifs seuls (voir section 5.4 du présent chapitre).

8.5 Conseil et information

Toutes les clientes doivent avoir reçu des conseils appropriés au moment de la sélection et quant à l'utilisation de cette méthode. Il faut les encourager à poser des questions pour dissiper toute incertitude ou tout malentendu qui peuvent l'être dès le départ. (Voir aussi chapitre 2 : Le conseil).

Choix de la méthode

Aborder chacun des points suivants avec chaque cliente, en utilisant un vocabulaire qu'elle comprend :

- Les caractéristiques physiques des implants, la manière dont ils sont insérés et dans quelle partie du corps, la sensation éprouvée sous la peau.

- Les avantages et les inconvénients des implants en termes d'efficacité, de durée de protection, de risques et d'effets bénéfiques, d'effets secondaires éventuels (notamment les modifications du cycle menstruel), les procédures d'insertion et de retrait, et le coût.
- À quel moment les implants doivent être ôtés.
- L'importance du suivi médical.
- Lorsqu'une cliente a choisi l'implant en guise de méthode contraceptive, assurez-vous qu'elle ait bien compris ce qui suit avant de procéder à l'insertion :
 - Le cycle menstruel risque d'être perturbé ; les saignements irréguliers sont généralement temporaires et finissent par disparaître.
 - Il faut surveiller les effets secondaires et les signes avant-coureurs de complications.
 - Il est important de retirer les capsules au terme de leur durée efficace de vie (7 ans dans le cas du *Norplant*, 5 ans pour *Jadelle* et 3 ans pour l'*Implanon*).
- Les autres méthodes de planification familiale, notamment leur efficacité, les risques et les avantages qu'elles présentent, leurs effets secondaires et leur coût.

Utilisation de la méthode

Se reporter aux instructions fournies à la section 8.9 du présent chapitre.

8.6 Qui peut pratiquer l'insertion et le retrait des implants ?

Les médecins, infirmières, sages-femmes et autres professionnels de santé peuvent pratiquer l'insertion et le retrait des implants, à condition d'avoir reçu la formation nécessaire en matière de conseil et d'insertion/retrait et de respecter la réglementation et la pratique locales.

8.7 Bilan de santé

Le but de l'examen médical est de déterminer si la cliente est apte à utiliser cette méthode. Il doit également être mis à profit pour proposer à la cliente les autres services de santé sexuelle et reproductive disponibles.

Les directives en matière d'évaluation qui s'appliquent aux COC (voir section 2.7) sont en général valables dans le cas des clientes qui reçoivent des implants, mais il faut garder à l'esprit que les contre-indications et les affections qui requièrent une attention particulière ne sont pas les mêmes pour les implants que pour les COC (comparer sections 2.3 et 2.4 avec sections 8.3 et 8.4).

8.8 Choix de l'implant

Les deux implants les plus récemment commercialisés, *Jadelle* et *Implanon*, sont plus faciles à insérer et à ôter que le *Norplant*. En général, lorsqu'il faut remplacer un implant, les programmes assurant la prestation de services devraient donc substituer au *Norplant* le *Jadelle* ou l'*Implanon*. La sélection de l'implant repose principalement sur sa disponibilité et son coût, mais dépend aussi d'autres facteurs.

8.9 Insertion et retrait

Insertion

On peut poser l'implant dans les 7 jours qui suivent le début des règles. Aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire. On peut également le poser à n'importe quel autre moment, si l'on est raisonnablement certain que la cliente n'est pas enceinte. Si le début des règles remonte à plus de 7 jours, il lui faudra éviter tout rapport sexuel ou utiliser un moyen de contraception supplémentaire pendant les 7 jours qui suivent.

Femme présentant une aménorrhée

- L'implant peut être posé à n'importe quel moment, si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Elle devra éviter tout rapport sexuel ou utiliser un moyen de contraception supplémentaire pendant les 7 jours qui suivent.

Cliente ayant accouché récemment

- Si la cliente allaite et souhaite utiliser un implant aux progestatifs seuls, insérez-le à partir de la sixième semaine du post-partum, mais pas avant. Si elle se trouve entre la sixième semaine et le sixième mois du post-partum et présente une aménorrhée, l'implant peut être inséré à tout moment. Si elle nourrit exclusivement ou presque exclusivement son bébé au sein, aucun autre moyen de contraception n'est requis.
- Si elle n'allait pas, vous pouvez insérer les implants immédiatement ou dans les six premières semaines du post-partum. Si la cliente demande à recevoir des implants après la sixième semaine du post-partum et qu'elle n'a pas encore eu son retour de ses règles, assurez-vous qu'elle n'est pas enceinte avant de les insérer (voir chapitre 11 : Diagnostic de grossesse.).

Femme changeant de méthode hormonale

- L'implant peut être posé immédiatement si la femme a utilisé sa méthode hormonale régulièrement et correctement, ou si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Il n'est pas nécessaire d'attendre les règles suivantes.
- Si sa méthode précédente était un autre injectable, on lui posera l'implant au moment où il aurait fallu renouveler l'injection. Aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire.

Femme passant d'une méthode non hormonale (autre que le DIU) à l'implant

- L'implant peut être posé immédiatement, si l'on est raisonnablement certain que la cliente n'est pas enceinte. Il est inutile d'attendre les règles suivantes.
 - Si ses règles ont débuté il y a moins de 7 jours, aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire.
 - Si ses dernières règles remontent à plus de 7 jours, elle devra éviter tout rapport sexuel ou avoir recours à un moyen de contraception supplémentaire pendant les 7 jours qui suivent.

Femme passant d'un DIU (y compris ceux libérant des hormones) à un implant

- L'implant peut être posé dans les 7 jours qui suivent le début des règles. Aucun moyen de contraception supplémentaire n'est nécessaire. On peut retirer le DIU à ce moment-là.
- On peut également le poser à n'importe quel autre moment, si l'on est raisonnablement certain que la cliente n'est pas enceinte.
 - Si elle a été sexuellement active au cours du présent cycle et que le début de ses règles remonte à plus de 7 jours, il est recommandé de retirer le DIU lors des règles suivantes.
 - Si elle n'a pas été sexuellement active au cours de ce cycle et que le début des règles remonte à plus de 7 jours, elle devra éviter tout rapport ou avoir recours à un autre moyen de contraception pendant les 7 jours qui suivent. Si cette protection supplémentaire doit être fournie par le DIU qu'elle porte, il est recommandé de retirer ce dernier lors des règles suivantes.
- Si elle présente une aménorrhée ou des saignements irréguliers, l'implant peut être posé comme indiqué pour les autres femmes présentant une aménorrhée.

Principes de base pour l'insertion et le retrait

- L'insertion et le retrait ne doivent être effectués que par un personnel sanitaire ayant reçu une formation appropriée.
- Il est important d'appliquer correctement les techniques d'insertion afin de garantir la facilité du retrait.
- L'insertion et le retrait doivent uniquement se pratiquer dans une clinique correctement équipée.
- Les conditions d'asepsie doivent être respectées.
- Avant et durant l'insertion, expliquez à la femme les diverses étapes de la procédure et encouragez-la à poser des questions. Expliquez-lui qu'elle ressentira peut-être une gêne à certains moments.

Indications pour le retrait

- *A la demande de l'utilisatrice* : Retirez les implants sans attendre, et ce dès que l'utilisatrice en fait la demande avec fermeté.
- *En cas de grossesse* : Retirez les implants dès que la grossesse est confirmée.
- *Motifs d'ordre médical tels que* :
 - Pertes abondantes.
 - Forts maux de tête récidivants, ou migraine survenant pour la première fois.
 - Symptômes d'une affection hépatique aiguë.
 - Infection importante au point de l'implantation, rebelle aux traitements antibiotiques ou cutanés.
- *A la fin des 7/5/3 ans suivant l'insertion* : Si la femme souhaite continuer à utiliser cette méthode, insérez un nouveau jeu d'implants après avoir retiré l'ancien.

8.10 Instructions à la cliente

Donnez à la cliente des instructions claires et dans un langage approprié.

Instructions à la suite de l'insertion

- Lorsque l'effet de l'anesthésie locale s'estompe, il se peut que la cliente ressente pendant un ou deux jours une gêne et/ou un gonflement au site d'insertion.
- Il lui faut garder la peau sèche au site d'insertion pendant trois jours.

- La compresse doit être enlevée au bout de trois jours et le bandage le cinquième jour.
- L'action contraceptive des implants commence peu de temps après l'insertion des capsules : il est donc possible d'avoir un rapport dès le lendemain.

Effets secondaires

- Informez la cliente des éventuels effets secondaires associés à l'emploi de cette méthode (voir section 8.12).

Signes alarmants

Conseillez à la cliente de contacter la clinique ou d'y retourner immédiatement dès l'apparition des problèmes suivants :

- Douleur, écoulement purulent, ou saignement au site d'insertion.
- Expulsion de l'implant.
- Saignements vaginaux excessifs anormaux.
- Absence de règles six semaines après la date des dernières règles.
- Fortes douleurs abdominales ou pelviennes.
- Migraines d'apparition récente ou qui s'aggravent.
- Jaunissement des yeux ou de la peau.
- Essoufflement ou fortes douleurs thoraciques.

Pour éviter d'inquiéter la cliente, expliquez-lui que les complications graves sont très rares. Vous pouvez lui préciser que sa santé sera mieux protégée par cette méthode de contraception extrêmement fiable que si une grossesse non désirée survenait.

Suivi

Indiquez à la cliente la date de la prochaine visite (au plus tard 1 mois après l'insertion). Expliquez-lui que les capsules doivent être enlevées au bout de 7/5/3 ans et indiquez-lui la date prévue (mois et année) du retrait. Expliquez-lui aussi qu'il est important que le retrait soit effectué dans la même clinique que l'insertion, ou dans une clinique dont le personnel a reçu une formation spécifique. Ces informations, ainsi que la liste des signes de complications et le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de la clinique la plus proche, peuvent être inscrits sur une fiche ou sur un dépliant remis(e) à l'utilisatrice, qui doit être rédigé(e) et présenté(e) de façon à être aisément compréhensible par la cliente ou par un(e) proche (au cas où la cliente ne saurait pas lire).

Retrait

Si la cliente a des problèmes causés par l'implant ou si elle souhaite se le faire ôter, elle doit retourner dans une clinique où le retrait est effectué par des prestataires ayant reçu une formation spécifique.

8.11 Contrôle et suivi

La cliente devra consulter un mois après l'insertion : il sera procédé à une vérification de l'endroit de l'insertion et elle pourra poser des questions ou faire part d'éventuels problèmes. Ensuite, elle devra se rendre en consultation au moins une fois par an. Il faut lui donner la possibilité de se rendre au centre de prestation qui lui convient le mieux, sous réserve que le personnel de ce centre ait reçu la formation nécessaire à la prestation de services liés aux implants.

Protocole de suivi annuel

- Vérifiez que l'adresse de la cliente n'a pas changé et que vous savez toujours où la joindre.
- Évaluez son taux de satisfaction vis-à-vis de la méthode.
- Déterminez si elle a eu des problèmes ou souffert d'effets secondaires; le cas échéant, faites-en état dans le dossier clinique. Mettez à jour ses antécédents médicaux.
- Effectuez un examen physique portant sur les points suivants :
 - Tension artérielle.
 - Examen des seins (avec démonstration de l'auto-examen).
 - Examen pelvien bimanuel et frottis (Papanicolaou) si nécessaire et si possible.
- Le cas échéant, fournissez les conseils et/ou le traitement requis.
- Passez en revue avec la cliente les symptômes alarmants et les instructions fournies lors de la précédente visite, en particulier la nécessité de procéder au retrait (au bout de 7 ans dans le cas du *Norplant*, de 5 ans pour *Jadelle* et de 3 ans pour l'*Implanon*) et rappelez-lui que le retrait doit être effectué dans la même clinique que l'insertion, ou dans une clinique dont le personnel a reçu une formation spécifique (le cas échéant, donnez-lui des informations sur une autre clinique). Donnez-lui des instructions relatives au suivi annuel.
- Encouragez-la à contacter la clinique si elle a des questions, des problèmes ou désire se plaindre.

8.12 Effets secondaires

- L'effet secondaire le plus fréquent est la perturbation du cycle menstruel.

Ceci inclus : saignement prolongé, spotting entre les règles, aménorrhée. En général, la quantité totale de sang perdu chaque mois est inférieure à ce qu'elle est en cas de règles normales, mais certaines femmes peuvent constater des saignements abondants.

- Il est courant d'observer des modifications des saignements menstruels (métrorragies et spotting), notamment pendant la première année d'utilisation. Ces effets secondaires sont souvent temporaires et constituent rarement un risque pour la santé. Les conseils prodigués avec soin aux nouvelles utilisatrices engendrent une diminution du nombre de femmes qui abandonnent la méthode en raison de ce type de problèmes. Les clientes qui ont été pleinement informées au préalable des éventuels effets secondaires auxquels elles pouvaient s'attendre les comprennent mieux et les supportent mieux, et cette méthode suscite généralement un degré élevé de satisfaction. Si le problème persiste ou si les saignements deviennent trop abondants, il faut exclure les problèmes gynécologiques. Si une IST ou une maladie inflammatoire pelvienne est diagnostiquée, la cliente peut poursuivre l'utilisation des implants pendant le traitement, et on peut lui recommander l'utilisation du préservatif. Si aucun problème gynécologique n'est identifié, on peut essayer un traitement à base d'oestrogènes, de contraceptifs oraux combinés faiblement dosés, ou d'anti-inflammatoires non stéroïdiens. Si le traitement n'est pas efficace et que le problème devient inacceptable pour la cliente, voire constitue une menace pour sa santé, retirer les implants et l'aider à choisir une autre méthode.
- Les maux de tête constituent le deuxième type d'effet secondaire le plus courant. Moins fréquemment, on observera de la nervosité, des nausées, des vertiges, une prise de poids et des effets secondaires affectant la peau, comme l'acné.
- En cas d'expulsion des capsules (un problème rare), insérez de nouvelles capsules dès que le point d'implantation est cicatrisé. Fournissez une autre méthode de contraception dans l'intervalle.

8.13 Gestion des services

Les responsables de programmes doivent surveiller avec un soin particulier l'administration des implants aux progestatifs seuls, car cette méthode implique une procédure chirurgicale, un suivi à long terme et la disponibilité d'infrastructures adaptées à la procédure de retrait. Un système d'information, d'éducation et d'information bien conçu, des infrastructures cliniques adaptées, la mise en place de centres de formation et un système administratif approprié pour gérer les dossiers médicaux et le suivi des utilisatrices sont autant de conditions que les services des SSR/planification familiale doivent respecter.

Gestion et suivi des dossiers médicaux

Il faudra mettre en place un système administratif de gestion et de mise à jour des dossiers médicaux de chaque utilisatrice d'implants. Chaque dossier devra contenir les résultats des examens médicaux ainsi que tout détail ayant trait à l'insertion des implants. Il faudra également mettre en place un calendrier des retraits prévus et instaurer un système de localisation des clientes pour que le retrait soit bien effectué à temps au terme des 7/5/3 ans réglementaires. Le programme devrait être doté d'un système propre à garantir le suivi de toutes les clientes, comportant notamment des procédures de convocation aux visites de contrôle et pour le retrait au terme des 7/5/3 ans réglementaires.

Infrastructures cliniques

Elles doivent :

- Être suffisantes pour répondre à toute demande éventuelle.
- Garantir en permanence la possibilité du retrait sur demande des utilisatrices.
- Disposer du matériel requis pour l'insertion et le retrait.
- Pouvoir accéder au matériel de stérilisation par autoclave ou à tout autre matériel approprié pour la décontamination, le nettoyage et la stérilisation du matériel.
- Disposer en permanence de personnel formé à cette méthode.

Formation

Le personnel clinique devra avoir reçu une formation aux techniques du conseil, de l'évaluation physique, de l'insertion et du retrait des implants, ainsi qu'à la gestion des effets secondaires et des complications.

La formation devra inclure une expérience pratique des techniques d'insertion et de retrait. L'objectif est l'acquisition de compétences. Au cours de la formation, les stagiaires devraient pratiquer de 5 à 10 insertions et retraits.

L'utilisation de modèles anatomiques aide les prestataires à s'exercer de façon concluante afin d'acquérir les compétences pratiques nécessaires, et réduit au minimum l'inconfort et les risques auxquels sont exposés les clientes.

Entreposage, durée de conservation et approvisionnement

- Entreposez les implants à température ambiante, loin de toute source de chaleur ou d'humidité.
- La durée de conservation est de 5 ans dans les conditions d'entreposage appropriées.

9 Autres dispositifs à base de contraceptifs hormonaux combinés

9.1 Patch transdermique

Le patch contraceptif transdermique est un nouveau dispositif de contraception à base d'oestrogène et de progestatif combinés, facile à utiliser et réversible. Son efficacité est similaire à celle des COC et présente l'avantage d'être administré sur une semaine et non chaque jour, ce qui améliore le respect des règles d'utilisation.

Le patch est de couleur beige et mesure 4 cm de côté. Appliqué sur la peau, il libère chaque jour 150 µg de norelgestromin et 20 µg d'éthinylestradiol dans le flux sanguin. Il peut être appliqué sur la partie basse de l'abdomen, sur une fesse, sur le bras ou sur le tronc (mais pas sur les seins). Il est conçu pour être porté pendant 7 jours consécutifs. Trois patchs sont utilisés pour chaque cycle, suivis d'un intervalle de 7 jours sans patch. Il protège contre la grossesse, mais il est moins efficace chez les femmes qui pèsent plus de 90 kg. Les risques associés à son utilisation sont les mêmes que pour les COC. Il ne protège pas contre les IST, dont le VIH/sida.

9.2 Anneau vaginal

L'anneau vaginal est fin, transparent et flexible. Inséré dans le vagin, il assure une protection contraceptive. C'est une méthode hormonale facile à utiliser et réversible. Il libère de façon continue une faible dose d'oestrogène et de progestatif. Il est porté de façon continue pendant 3 semaines, puis enlevé pendant 1 semaine. Un nouvel anneau est inséré tous les mois. Il est hautement efficace lorsqu'il est correctement utilisé. Les risques et les effets secondaires qui y sont associés sont les mêmes que pour les COC. Il ne protège pas contre les IST, dont le VIH/sida.

Relevé de distribution des contraceptifs oraux par les services à base communautaire

Nom de la cliente :

Age :

Address :

Date :

Date des dernières règles ou du dernier accouchement :

1 La cliente a-t-elle un retard de règles ?

OUI NON

Si OUI, ne proposez pas de pilules avant d'être raisonnablement sûr(e) qu'elle n'est pas enceinte.

Si NON, passez à la question suivante.

2 Demandez à la cliente si elle souffre ou si elle a souffert d'une maladie grave :

Si la cliente répond NON, passez à la question 3.

Si OUI, demandez-lui la nature de cette maladie. Les cas suivants s'appliquent-ils à la cliente ?

a) Prend des médicaments pour la tuberculose ou l'épilepsie	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
b) Souffre de saignements vaginaux anormaux	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
c) A ou a eu un cancer du sein	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
d) A une tumeur hépatique	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
e) A ou a eu une maladie cardiaque, des caillots sanguins, ou un accident vasculaire cérébral	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
f) Souffre d'hypertension	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
g) Souffre de diabète	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	

Si la cliente a répondu OUI à une question, orientez-la vers une clinique pour évaluation et/ou conseils en matière de contraception. Recommandez une méthode barrière (en particulier le préservatif) entre-temps. Si la cliente a répondu OUI aux questions e, f ou g, vous pouvez aussi recommander l'utilisation d'un COP entre-temps.

Si la cliente a répondu NON à toutes les questions, passez à la question suivante.

3 La cliente a-t-elle au moins un des problèmes suivants ?

Fume et a plus de 35 ans	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Jaunissement de la peau ou des yeux et se sent malade	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Fortes douleurs thoraciques	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Essoufflement inhabituel	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Fortes migraines avec troubles de la vue	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Grosseur au sein ou écoulement de sang par le mamelon	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Fortes douleurs aux jambes et/ou gonflement	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	

Si la cliente a répondu OUI à une question, orientez-la vers une clinique pour évaluation et/ou conseils en matière de contraception. Recommandez un COP ou une méthode barrière (en particulier le préservatif) entre-temps.

Si la cliente a répondu NON à toutes les questions, passez à la question suivante.

4 La cliente allaite-t-elle ?

OUI NON

Si OUI, ne recommandez qu'un COP si le nourrisson a moins de 6 mois. S'il a 6 mois ou plus, proposez COP ou COC, selon ce qui est acceptable par la cliente.

Si NON, recommandez un COC, mais vous pouvez proposer COC ou COP, selon ce qui est acceptable par la cliente.

Si la cliente doit se rendre en clinique pour une évaluation plus poussée ou pour obtenir une méthode autre que celles fournies par les SBC, donnez-lui une fiche de consultation et faites tout votre possible pour lui obtenir un rendez-vous.

Photo : Jenny Matthews/Népal



INTRAUTERINE DEVICES

6

6 DISPOSITIFS INTRA-UTERINS

1 Définition

Le dispositif intra-utérin (DIU), ou stérilet, constitue une méthode de contraception efficace, réversible et sûre. Les DIU sont de petits dispositifs flexibles en métal et/ou en plastique ; ils sont inertes ou libèrent du cuivre ou une hormone. Les modèles au cuivre sont le TCu 380A, le TCu 220C, le Multiload Cu375 et le Nova T (voir Figure 6.1). Dans certains pays, un DIU libérant du lévonorgestrel est disponible.

Durée d'utilisation : Le TCu 380A est extrêmement efficace sur une durée d'au moins 12 ans, avec un taux de grossesse cumulé de 2,2 pour 100 femmes. Le TCu 220C se révèle efficace pendant une durée similaire, mais à un moindre degré. Pour sa part, le Multiload Cu375 est efficace pendant au moins 10 ans. Il est recommandé d'utiliser le Nova T200 pendant 3 ans, au terme desquels les taux d'échec augmentent de façon substantielle. Le Nova T380 est efficace pendant 5 ans, avec un taux de grossesse cumulé de 2 %.

Le DIU qui libère du lévonorgestrel fonctionne pendant plus de 5 ans, avec un taux de grossesse cumulé à 5 ans compris entre 0,3 et 1,1 pour 100 femmes.

Les dispositifs inertes peuvent être utilisés jusqu'à la ménopause. Bien qu'en péri-ménopause ils ne soient plus recommandés aux nouvelles clientes, il n'est pas nécessaire de les faire retirer avant la ménopause si la femme est satisfaite de cette méthode et si elle ne lui pose pas de problèmes.

Figure 6.1 DIU au cuivre



Mécanisme de l'action contraceptive :

La capacité des DIU d'éviter une grossesse est due à l'association des mécanismes suivants :

- Inhibition de la migration du sperme dans les voies génitales hautes.
- Inhibition du transport de l'ovule.
- Inhibition de la fécondation.

En outre, le DIU qui libère du lévonorgestrel entraîne une modification de la quantité et de la viscosité de la glaire cervicale, ce qui empêche la pénétration du sperme.

2 Indications

Le DIU peut être prescrit à toute femme qui en fait la demande en toute connaissance de cause après avoir été conseillée, si elle ne présente pas de contre-indication (voir section 3 du présent chapitre).

Le DIU peut s'avérer particulièrement approprié pour les femmes qui :

- Ont déjà des enfants et recherchent une méthode réversible très efficace et à longue durée d'action.
- Préfèrent une méthode qui ne nécessite pas de gestes quotidiens ou à l'occasion de chaque rapport sexuel.
- Allaitent.
- Ont parfois des difficultés à obtenir des contraceptifs de façon régulière.
- Éprouvent des difficultés à utiliser d'autres méthodes car l'intimité leur fait défaut (logement exigu avec de nombreux occupants, impossibilité de stocker les contraceptifs).
- Voient les risques auxquels elles sont exposées augmenter en cas d'utilisation d'une autre méthode contraceptive (par ex. les femmes qui utilisent des contraceptifs contenant des œstrogènes et se mettent à fumer, ou celles qui développent une maladie vasculaire périphérique ou un diabète sucré).
- Ne souhaitent pas avoir d'autres enfants, mais ne veulent pas être stérilisées.

3 Critères de recevabilité médicale

La Fédération internationale pour la planification familiale et d'autres organismes ont collaboré avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à l'élaboration de critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation de méthodes contraceptives. La classification suivante (critères de recevabilité médicale de l'OMS) a été mise au point :

- Catégorie 1 : Etat où l'utilisation de la méthode contraceptive n'appelle aucune restriction.
- Catégorie 2 : Etat où les avantages présentés par la méthode contraceptive l'emportent en général sur les risques théoriques ou avérés.
- Catégorie 3 : Etat où les risques théoriques ou avérés l'emportent généralement sur les avantages procurés par l'emploi de la méthode.
- Catégorie 4 : Etat équivalent à un risque inacceptable pour la santé en cas d'utilisation de la méthode contraceptive.

Catégorie 4 (contre-indications)

Ne conseillez pas l'utilisation du DIU et n'en fournissez pas dans les cas suivants :

- Grossesse existante ou soupçonnée.
- Septicémie puerpérale ou post-abortum – actuelle ou au cours des trois derniers mois.
- Maladie inflammatoire pelvienne (MIP) (si elle apparaît pendant la période d'utilisation du DIU, relève de la catégorie 2).
- Infection sexuellement transmissible (IST) actuelle (ne sont concernées que les IST susceptibles d'entraîner une infection du col de l'utérus, infection à chlamydia et gonorrhée) (si elle apparaît pendant la période d'utilisation du DIU, relève de la catégorie 2).
- Cervicite purulente.
- Tumeur maligne confirmée ou soupçonnée des voies génitales.
- Saignements vaginaux inexplicables (qui laissent soupçonner une affection grave) (s'il survient pendant la période d'utilisation du DIU, relève de la catégorie 2).
- Cancer du col utérin dans l'attente d'un traitement (s'il apparaît pendant la période d'utilisation du DIU, relève de la catégorie 2).
- Cancer de l'endomètre (s'il apparaît pendant la période d'utilisation du DIU, relève de la catégorie 2).

- Anomalies utérines congénitales ou tumeurs bénignes de l'utérus (fibromes) entraînant une déformation de la cavité utérine incompatible avec la pose correcte d'un DIU.
- Maladie trophoblastique gestationnelle maligne.
- Tuberculose pelvienne connue (si elle apparaît pendant la période d'utilisation du DIU, relève de la catégorie 3).

Pour le DIU libérant du lévonorgestrel, la contre-indication suivante s'applique aussi :

- Cancer du sein actuel.

Fournissez à toute femme présentant l'une des contre-indications ci-dessus (autres que la grossesse) des renseignements sur d'autres méthodes contraceptives (voir aussi chapitre 2 : Le conseil).

Catégorie 3

Certaines situations ou affections nécessitent une attention particulière lorsqu'on donne à une femme des conseils relatifs à l'utilisation éventuelle d'un DIU, car les risques potentiels l'emportent peut-être sur les avantages que présente la méthode. Il faut alors expliquer ces risques potentiels à la cliente et lui recommander d'autres méthodes contraceptives. Si le DIU est choisi parce que les autres méthodes ne sont ni disponibles ni acceptables, il est particulièrement important de conseiller à la cliente de demeurer sous surveillance médicale. Les situations ou affections en question sont les suivantes :

- Cancer ovarien (s'il apparaît pendant la période d'utilisation du DIU, relève de la catégorie 2).
- Risque accru de contracter une IST (partenaires multiples ou partenaire ayant des partenaires multiples).
- Première pose chez les femmes atteintes du SIDA (s'il apparaît pendant la période d'utilisation du DIU, relève de la catégorie 2).
- Maladie trophoblastique gestationnelle bénigne (risque accru de perforation; par ailleurs, le traitement nécessite souvent plusieurs curetages).
- 48 heures à < 4 semaines post-partum.

La pose d'un DIU libérant du lévonorgestrel impose en plus de prendre en considération les situations ou affections suivantes :

- Hépatite virale évolutive.
- Cirrhose grave (décompensée).
- Tumeurs hépatiques bénignes ou malignes.
- Thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire (TVP/EP) en cours.
- < 48 heures post-partum.
- Antécédent de cancer du sein en rémission depuis 5 ans.

Si la pose est effectuée, il faut mentionner ces conditions ou affections dans le dossier de la cliente. Il faut en outre prévenir la cliente des symptômes alarmants se rapportant à son état. Dans ces cas, le DIU doit être mis en place par un médecin ayant reçu une formation adéquate, qui doit signer le dossier de la cliente.

Catégorie 2

En règle générale, les DIU peuvent être utilisés avec certaines précautions dans les situations suivantes :

- De la ménarche jusqu'à 20 ans.
- Femme nullipare (voir section 4).
- < 48 heures post-partum (dans le cas du DIU au lévonorgestrel, ce facteur relève de la catégorie 3).
- Après un avortement pratiqué au cours du deuxième trimestre de la grossesse.
- Anormalités (y compris sténose ou déchirures cervicales) n'entraînant pas de déformation de la cavité utérine, ou n'interférant pas avec la pose d'un DIU.
- Valvulopathie cardiaque avec complications.
- Fibromes utérins sans déformation de la cavité utérine.
- Maladie inflammatoire pelvienne sans grossesse ultérieure.
- Vaginite sans cervicite purulente, infection à chlamydia ou gonorrhée et autres IST (sauf VIH et hépatite).
- Risque élevé d'infection à VIH.
- Femmes séropositives ou atteintes du SIDA ne présentant pas de symptômes cliniques et qui suivent un traitement antirétroviral (possible augmentation du risque d'une maladie inflammatoire pelvienne en raison de la suppression de la réponse immunitaire).
- Anémies, dont thalassémie, drépanocytose, anémie ferriprive (excepté pour le DIU au lévonorgestrel).

- Dysménorrhée grave (excepté pour le DIU au lévonorgestrel).
- Saignements abondants ou prolongés (réguliers ou irréguliers).
- Endométriose (excepté pour le DIU au lévonorgestrel).

Pour ce qui est du DIU au lévonorgestrel, il faut ajouter :

- Facteurs de risque multiples d'arteriopathies cardiovasculaires.
- Antécédents d'hypertension (lorsque la tension artérielle ne peut être mesurée).
- Tension artérielle élevée systolique ≥ 160 ou diastolique ≥ 100 mmHg.
- Hypertension avec pathologie vasculaire.
- Antécédents de thrombose veineuse profonde ou d'embolie pulmonaire (TVP/EP).
- Intervention chirurgicale importante avec immobilisation prolongée.
- Hyperlipidémie connue.
- Cardiopathie ischémique actuelle ou dans le passé (en cas d'apparition pendant la période d'utilisation du DIU, relève de la catégorie 3).
- Accident vasculaire cérébral.
- Migraine avec ou sans aura (si une migraine avec aura apparaît pendant la période d'utilisation du DIU, elle relève de la catégorie 3).
- Neoplasie intraépithéliale du col utérin (NIC).
- Grosseur au sein non diagnostiquée.
- Diabète.
- Cholecystopathie.
- Cirrhose légère (compensée).

En présence de l'un de ces facteurs, un suivi minutieux et approprié permettra aux avantages associés à l'utilisation des CIP de l'emporter sur les risques potentiels, quels qu'ils soient.

4 Situations particulières

Nulliparité

La nulliparité ne constitue pas une contre-indication, mais en cas d'antécédents de la maladie inflammatoire pelvienne, de grossesse extra-utérine ou de relations sexuelles avec des partenaires multiples, le DIU ne convient pas. Avant qu'elles ne choisissent cette méthode, expliquez clairement aux femmes nullipares qu'elles seront davantage exposées aux

risques d'une maladie inflammatoire pelvienne, voire de stérilité consécutive à l'utilisation d'un DIU.

Saignements vaginaux anormaux

L'irrégularité des saignements est fréquente parmi les femmes en bonne santé. Ne refusez pas l'insertion d'un DIU lorsque rien ne permet de soupçonner l'existence d'une affection pathologique. Si une femme fait état de saignements vaginaux qui suggèrent la présence d'une affection liée à la grossesse ou d'une pathologie telle qu'une tumeur pelvienne, procédez à un examen approfondi de la cliente avant d'insérer un DIU.

Infections sexuellement transmissibles (IST)

Si une cliente présente un risque élevé de contracter une IST, y compris l'infection à VIH, conseillez l'emploi de préservatifs en plus du DIU.

Infection à VIH

Si la cliente est séropositive ou atteinte du SIDA, suit un traitement, ne présente pas de symptômes cliniques et demeure en bonne santé grâce à la thérapie antirétrovirale, et qu'elle choisit d'utiliser un DIU après avoir reçu des conseils appropriés et débattu d'autres méthodes contraceptives, recommandez-lui d'utiliser des préservatifs en plus du DIU, afin d'empêcher la transmission des IST et du VIH.

5 Conseil et information

Chaque femme accueillant favorablement l'idée de la pose d'un DIU doit être bien conseillée quant au choix et à l'utilisation de cette méthode. Il faut analyser les antécédents de la cliente à la recherche de contre-indications possibles et en tenir compte. En général, l'emploi du DIU constitue une méthode sûre chez les femmes vivant une relation sexuelle avec un partenaire unique, lui-même monogame, étant donné la faible probabilité chez celles-ci de développer une maladie inflammatoire pelvienne liée à l'utilisation du DIU.

Encouragez les clientes à poser des questions pour dissiper toute incertitude ou tout malentendu (voir aussi chapitre 2 : Le conseil).

Au moment de la sélection de la méthode

Abordez les points suivants avec chaque cliente en utilisant un vocabulaire approprié :

- Les avantages et les inconvénients du DIU :
 - Son efficacité ;

- Les risques et les avantages qu'il présente ;
- Les effets secondaires possibles, comme des saignements plus abondants pendant les règles ;
- Les procédures d'insertion et de retrait ;
- Le coût.
- Les autres méthodes de planification familiale, en donnant des informations relatives à :
 - Leur efficacité ;
 - Risques et avantages ;
 - Effets secondaires possibles ;
 - Leur coût.
- Le modèle de DIU qui va être posé (montrez un spécimen à la cliente) et le moment auquel il faudra procéder à son remplacement.
- La conduite à tenir en cas de problèmes (la cliente doit revenir à la clinique) et pour faire ôter le DIU.

En ce qui concerne l'utilisation de la méthode

Voir les instructions fournies à la section 11 du présent chapitre.

6 Qui peut insérer les DIU ?

Les médecins, les sages-femmes, les infirmières et autres professionnels de santé peuvent insérer les DIU à condition qu'ils aient reçu une formation adéquate à cette technique et qu'ils respectent la réglementation nationale en la matière.

7 Bilan de santé

L'objectif du bilan de santé consiste à déterminer si la méthode convient à la cliente. C'est également l'occasion de proposer d'autres services de santé sexuelle et reproductive, selon qu'il convient.

- *Antécédents médicaux/sociaux* : antécédents gynécologiques et obstétricaux, maladies en cours, notamment diabète sucré, anémie ou déficit immunitaire, antécédents d'IST, notamment infection à VIH et maladie inflammatoire pelvienne, et facteurs de risque de contracter une IST, comme les partenaires sexuels multiples.

- *Examen physique* : Celui-ci doit toujours comprendre un examen du col au spéculum accompagné d'un examen pelvien bimanuel et de tout autre examen rendu nécessaire par les antécédents.
- *Examens de laboratoire* : Il n'est pas nécessaire d'y procéder systématiquement avant d'autoriser l'utilisation d'un DIU, excepté lorsque les antécédents médicaux ou l'examen physique le justifient. Lorsque c'est possible et que les circonstances s'y prêtent, il faut proposer des examens complémentaires au titre des services de santé reproductive, par exemple :
 - Dépistage IST/VIH : analyses en laboratoire.
 - Hémoglobine et hématoците.
 - Test de Papanicolaou (frottis).

8 Sélection du DIU

- Les dispositifs au cuivre de petite taille se sont révélés efficaces, appropriés et d'un emploi sûr. Ils s'accompagnent d'un taux faible de grossesse. Les effets indésirables tels que les douleurs et les règles abondantes, dont se plaignent les femmes porteuses de DIU inertes de grande taille, sont moins fréquents chez les utilisatrices de ces petits dispositifs, dont l'insertion est plus facile. Les modèles au cuivre les plus récents (TCu 380A, TCu 220C, Multiload Cu375 et Nova T) sont plus efficaces et d'une durée d'utilisation plus longue que les dispositifs au cuivre plus anciens (comme le TCu 200 et le Cu 7). C'est pourquoi ces dispositifs, tout comme les DIU inertes, ne sont plus recommandés. Les DIU qui libèrent du lévonorgestrel peuvent constituer un choix adéquat pour les femmes susceptibles d'éprouver douleurs ou problèmes de saignement si elles utilisaient un DIU au cuivre. Toutefois, leur diffusion est très restreinte.
- Si aucun des dispositifs proposés ne présente un avantage significatif sur le plan médical, il faut prendre en considération l'aspect économique.
- Etant donné les problèmes de désinfection que peuvent poser les DIU livrés en gros, il est conseillé d'utiliser les DIU déjà stérilisés, sous emballages individuels.
- Les techniques d'insertion diffèrent selon les modèles de DIU. Il est recommandé au personnel d'un même centre de prestation de services de n'utiliser qu'un seul modèle de DIU, ou deux au maximum dont les techniques d'insertion sont similaires. Cela contribuera à garantir un niveau élevé de compétence parmi le personnel chargé de la mise en place de ces dispositifs.

9 Moment de l'insertion

Sauf mention contraire, les recommandations suivantes s'appliquent aussi bien aux DIU au cuivre qu'à ceux qui libèrent du lévonorgestrel.

Femme ayant des cycles réguliers

- Elle peut se faire poser un DIU au cuivre à tout moment au cours des 12 premiers jours suivant le début des règles, selon ce qui lui convient, et pas seulement au cours des règles. Aucune autre contraception supplémentaire n'est nécessaire.
- Le DIU au cuivre peut également être posé à tout autre moment du cycle, à sa convenance, si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte (voir chapitre 11: Diagnostic de grossesse). Aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire.

Femme changeant de méthode

Le DIU au cuivre peut être posé immédiatement, si l'on est raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Il est inutile d'attendre ses règles. Aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire.

- *Avantages de l'insertion au cours de la menstruation :*
 - On risque moins de poser le DIU dans un utérus gravide.
 - Elle est souvent plus facile.
 - L'anxiété provoquée par les saignements qui accompagnent l'insertion est moindre.
- *A la suite d'une grossesse menée à terme :* Les personnes ayant reçu la formation appropriée peuvent poser un DIU au cuivre aussitôt après l'évacuation du placenta, ou bien le premier ou le deuxième jour après l'accouchement. Dans ces circonstances, la mise en place doit être effectuée avec beaucoup de précautions, pour éviter la perforation utérine. Si le DIU n'a pas été inséré avant la fin du deuxième jour du post-partum, l'insertion ne peut avoir lieu avant 4 semaines. Si la femme allaite ou prévoit d'allaiter, il faut attendre 6 semaines après l'accouchement pour insérer un DIU qui libère du lévonorgestrel.
- *Après un avortement spontané ou médical durant le premier trimestre de la grossesse :* il est possible de mettre en place un DIU immédiatement, sans danger, sauf chez les femmes présentant une infection pelvienne.

Seuls les membres du personnel ayant reçu une formation spéciale sont habilités à procéder aux insertions pratiquées au début du post-partum ou immédiatement après un avortement.

10 Insertion du DIU

Matériel minimum nécessaire à l'insertion d'un DIU :

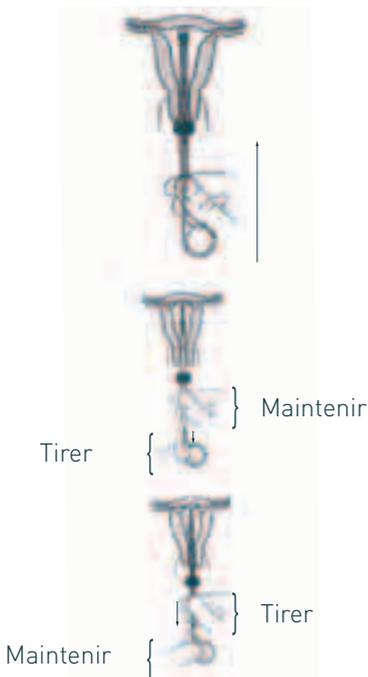
- 1 pince à pansement utérin.
- 1 tenaculum ou 1 pince Allis-Chalmers.
- 1 pince de Pean recourbée.
- 1 spéculum.
- 1 sonde utérine.
- 1 cupule d'iode.
- 1 paire de ciseaux.

Principes pour une insertion sûr et efficace d'un DIU :

- L'ensemble du matériel doit avoir subi une stérilisation ou une désinfection de haut niveau (voir chapitre 15, section 5.5). L'utilisation de gants à usage unique non stériles n'est autorisée que si le chargement du DIU dans le tube d'insertion a lieu dans l'emballage et que la technique « sans toucher » est utilisée pour l'insertion.
- Avant et pendant la pose du dispositif, il faut expliquer à la cliente ce que l'on fait et l'encourager à poser des questions. Il faut la prévenir qu'il est possible qu'elle ressente une gêne à certains moments.
- Un examen pelvien bimanuel est nécessaire afin de déterminer la taille, la forme, la position et la mobilité de l'utérus. Il permet également de mettre en évidence des masses annexielles et d'éliminer tout signe d'infection pelvienne ou de début de grossesse.
- Les techniques d'insertion sont différentes selon les modèles. La méthode la plus sûre consiste à suivre méticuleusement les instructions du fabricant.
- Chaque étape de l'insertion doit être effectuée lentement et avec douceur.
- L'insertion doit être précédée d'une désinfection minutieuse du col et de l'endocol avec une solution antiseptique.
- L'utilisation d'un tenaculum peut s'avérer nécessaire pour stabiliser le col, surtout si le fond de l'utérus est fléchi vers l'avant ou vers l'arrière de façon marquée.
- Le sondage de l'utérus (hystérométrie) est nécessaire à chaque fois, afin de confirmer la direction et la position de l'utérus et pour mesurer sa profondeur.
- Il ne faut jamais essayer de poser un DIU dans un utérus dont la profondeur est inférieure à 6,5 cm (6 cm ou moins pour le Nova T).

- Les conditions du sondage utérin doivent être maintenues stériles. S'assurer que la sonde n'entre pas en contact avec une surface susceptible d'être contaminée, y compris le spéculum ou la muqueuse vaginale, avant son passage dans le canal endocervical.
- En cas d'obstruction au niveau de l'orifice cervical interne, l'introduction de la sonde peut être facilitée par un petit mouvement ou une traction vers l'extérieur à l'aide d'une pince. **Il ne faut jamais forcer**, mais le maintien de la sonde, avec une pression régulière et en douceur, contre l'orifice cervical interne, pendant deux ou trois minutes, peut permettre de lever un spasme. Si la sonde ne passe toujours pas, **arrêter la manoeuvre**. Discuter avec la cliente d'autres méthodes de contraception ou consulter un collègue expérimenté si l'on n'est pas sûr de soi.
- Même avec des gants stériles, le DIU doit être chargé à l'intérieur de l'emballage, afin d'éviter tout risque de contamination. Toute personne posant un DIU doit donc apprendre à charger ce dispositif à l'intérieur de l'emballage et à le mettre en place (voir Figure 6.2) en évitant toute contamination.

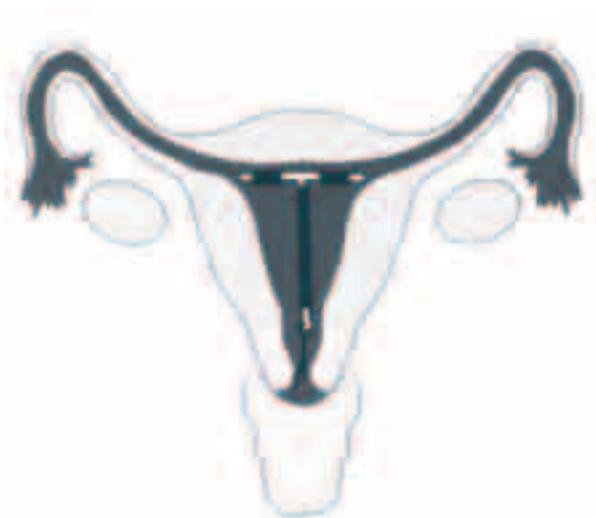
Figure 6.2 Insertion du TCu 380A



Administration d'antibiotiques à titre prophylactique lors de la pose d'un DIU

- En général, on ne recommande pas l'administration d'antibiotiques à titre prophylactique lors de la pose d'un DIU. Toutefois, les procédures de prévention des infections recommandées doivent être scrupuleusement respectées.
- Dans les endroits où l'on observe une forte prévalence des IST et un dépistage limité de ces dernières, on peut envisager une telle prophylaxie.
- Conseiller à l'utilisatrice du DIU d'être attentive aux symptômes d'infection pelvienne, surtout au cours du premier mois.

Figure 6.3 DIU de type TCu 380A en place



11 Instructions à la cliente

Donnez les instructions suivantes avec clarté et en utilisant un vocabulaire adapté à la cliente.

Comment s'assurer que le DIU a été mis en place correctement

Expliquez à la cliente qu'il est possible qu'une expulsion spontanée du DIU se produise, principalement au cours des 6 premières semaines qui suivent l'insertion ou pendant les règles.

Conseillez à la femme de vérifier que le DIU est en place en recherchant par un toucher vaginal les fils attachés au bout du stérilet. La vérification des fils de repérage du DIU doit se faire après chaque menstruation ou en cas de crampes

abdominales inhabituelles au cours des règles. Certaines femmes hésitent à effectuer elles-mêmes cette vérification; dans ce cas, renouvelez le conseil exposé ci-dessus tout en montrant de la compréhension pour les préoccupations et les difficultés de la cliente. A l'aide d'un spécimen de DIU, demandez à la femme de s'entraîner à palper les fils ainsi que la partie basse du dispositif (qui normalement ne se palpe pas si le DIU est correctement en place).

Conseillez à la femme de retourner à la clinique le plus rapidement possible si elle :

- Ne sent plus les fils.
- Sent la partie dure du DIU.
- A expulsé le DIU.
- Note l'absence de règles.

En attendant, elle doit utiliser une méthode de contraception non hormonale telle que le préservatif.

Effets secondaires

Evoquez avec la cliente la possibilité d'effets secondaires (voir section 13).

Signes alarmants

Conseillez à la cliente de se rendre de nouveau à la clinique si elle soupçonne une grossesse ou si elle observe l'un ou l'autre des signes et symptômes suivants, qui peuvent faire craindre des complications :

- Fièvre et/ou frissons.
- Douleur ou sensibilité pelviennes.
- Écoulement vaginal purulent.
- Saignement excessif anormal.

Pour éviter que la cliente s'inquiète, expliquez-lui que les complications graves surviennent très rarement. Vous pouvez également mentionner que sa santé sera mieux protégée si elle utilise cette méthode de contraception extrêmement fiable que si elle devient enceinte sans l'avoir désiré.

Suivi

Conseillez à la cliente de se rendre à la clinique pour une visite de contrôle dans les 3 mois qui suivent l'insertion, mais pas avant les prochaines règles. L'objectif principal de cette visite est de vérifier que le DIU n'a pas été expulsé et que la cliente n'a aucun problème majeur. Ensuite, il est conseillé de procéder à une visite de contrôle tous les ans.

Indiquez à la cliente la date et l'heure de la prochaine visite, le nom et le type de DIU qui lui a été fourni, et indiquez-lui à quelle date il devra être retiré ou remplacé (voir la section 1 du présent chapitre).

Ces renseignements, ainsi que la liste des signes qui doivent alerter la cliente et le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de la clinique la plus proche, peuvent être inscrits sur une fiche ou sur un dépliant remis(e) à l'utilisatrice, qui doit être rédigé(e) et présenté(e) de façon à être aisément compréhensible par la cliente ou par un(e) proche (au cas où la cliente ne saurait pas lire).

12 Quels services par la suite ?

Protocoles de suivi après 3 mois, puis chaque année

- Vérifiez que l'adresse de la cliente n'a pas changé et que vous savez toujours où la joindre.
- Entretenez-vous avec la cliente de tout problème, inquiétude ou question qu'elle peut avoir concernant son stérilet.
- Procédez à un examen vaginal et passez en revue les instructions relatives au repérage des fils du DIU.
- Procédez à d'autres examens ou à des analyses de laboratoire en fonction des problèmes ou questions de la cliente.
- Traitez toute cervicite, vaginite ou vulvovaginite apparue depuis que le DIU a été posé.

Lors de la visite de contrôle annuelle, procédez à un examen des seins (et donnez des instructions relatives à l'auto-examen) et effectuez un test de Papanicolaou (frottis) si c'est possible et si la femme doit en subir un à ce moment-là.

Lorsqu'il est impossible de procéder aux vérifications décrites ci-dessus, faites une description précise des signes qui doivent être pris en considération par la cliente et indiquez-lui où se rendre pour obtenir des soins appropriés.

13 Effets secondaires

- Il est possible que des douleurs abdominales similaires à des crampes surviennent dans les 24 à 48 heures qui suivent l'insertion du stérilet. Conseillez à la femme de prendre des comprimés antalgiques à base d'aspirine, d'ibuprofène ou de paracétamol (acétaminophène) pour soulager

ces douleurs. Si elles subsistent ou si elles s'aggravent, la femme doit se rendre à la clinique. (Habituellement, la douleur ne débute pas plus tard que les premières 48 heures après l'insertion.)

- Des pertes blanches vaginales peuvent survenir au cours des premières semaines. Elles sont dues à la réaction initiale de la membrane tapissant l'utérus (l'endomètre). Elles ne devraient pas être une cause d'inquiétudes, mais si elles sont trop abondantes ou si elles s'accompagnent de douleurs pelviennes et/ou de fièvre, la femme doit contacter sans délai la structure de soins.
- Des modifications du cycle menstruel – spotting ou saignement léger entre les règles – sont fréquentes au cours des 3 à 6 premiers mois d'utilisation d'un DIU au cuivre, et parfois au-delà. Elles ne présentent pas de danger et le problème se résout habituellement avec le temps. On peut recommander à la cliente une courte cure d'anti-inflammatoires non stéroïdiens les jours où ces saignements se produisent. Si les modifications persistent ou si les règles sont deux fois plus abondantes que d'habitude, rechercher un problème gynécologique sous-jacent. Si la cliente trouve ces modifications inacceptables, retirer le DIU et l'aider à choisir une autre méthode.

14 Complications

La survenue de complications peut être une source de stress pour la cliente. Il est important que le personnel des services de planification familiale réponde aux besoins psychologiques de la cliente autant qu'à ses besoins médicaux.

Il faut rassurer la femme et lui apporter un soutien moral.

Toute personne posant un stérilet doit être capable de reconnaître les complications survenant lors de l'insertion et, par la suite, au cours de son utilisation. Elle doit être familiarisée avec le traitement de première intention. Si un problème survient, elle doit faire appel à un spécialiste, dès que possible.

Les complications possibles liées aux DIU comprennent : la perforation, des saignements excessifs, et les infections génitales hautes.

14.1 Perforation

La perforation utérine constitue un événement rare qui se produit habituellement au moment de l'insertion. Elle peut s'accompagner d'une douleur soudaine et/ou d'un saignement. Mais elle peut aussi être asymptomatique. Le risque de perforation est plus grand au cours du post-partum, à la suite d'un avortement du deuxième trimestre de la grossesse,

lorsque l'utérus est mou, ou en cours d'allaitement, période au cours de laquelle l'utérus peut avoir une très petite taille.

Si une perforation est détectée ou suspectée pendant le sondage utérin ou pendant l'insertion du stérilet, il faut :

- Arrêter immédiatement la manœuvre.
- Retirer le stérilet par traction des fils, s'ils sont dégagés du tube d'insertion; autrement, enlever le DIU avec le tube d'insertion.
- Imposer à la cliente le repos absolu, et contrôler les signes vitaux toutes les 5 à 10 minutes au cours de la première heure qui suit la perforation. Ensuite, contrôler les signes vitaux toutes les 30 minutes jusqu'à ce qu'ils redeviennent normaux et stables.
- En cas d'altération des signes vitaux ou de l'hématocrite, de survenue de douleur spontanée, ou de signes péritonéaux, il faut préparer une voie veineuse avec une aiguille de gros calibre et faire le nécessaire pour un transfert d'urgence dans une unité médicale disposant du matériel adéquat. Il ne faut jamais essayer de résoudre des problèmes qui dépassent ses compétences ou son expérience, ou face auxquels on n'est pas sûr de soi. Si besoin est, solliciter l'aide d'un gynécologue ou d'un chirurgien spécialisé, aussi rapidement que possible.
- A la suite d'une perforation restée asymptomatique, la femme peut être autorisée à rentrer chez elle 2 à 6 heures après la perforation, selon la facilité d'accès à un service d'urgence à partir de son domicile.

Si la perforation est détectée plus tard et si les fils du DIU ne sont pas accessibles (voir section 16 : Absence des fils témoins) :

- Il se peut qu'une laparoscopie ou une laparotomie soit nécessaire. Seuls les médecins formés à ces techniques doivent les pratiquer.
- Les dispositifs inertes fermés (tels que les anneaux) doivent être retirés car ils peuvent créer une obstruction intestinale; les dispositifs inertes ouverts (ex : boucle de Lippes) peuvent être laissés en place dans la cavité péritonéale sauf en cas d'apparition de symptômes ou si la cliente exige leur retrait. Les DIU au cuivre doivent être retirés afin d'empêcher les adhérences. Néanmoins, si celles-ci se sont déjà développées et rendent difficile l'accès au DIU ou son retrait, il faut le laisser en place.

14.2 Saignements excessifs

Bien que des traitements à base de médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens et d'agents anti-fibrinolytiques aient été utilisés avec un certain succès chez les femmes porteuses de DIU et présentant des saignements, il

n'existe pas à l'heure actuelle de traitement standard efficace. Des conseils donnés judicieusement, une écoute bienveillante et le réconfort apporté permettront à la cliente de mieux tolérer cet effet secondaire indésirable. L'administration orale de fer a permis dans certains cas de compenser les pertes sanguines. Les saignements excessifs et irréguliers diminuent habituellement après plusieurs cycles. Si leur caractère excessif finit par constituer une menace pour la santé de la femme ou si cette dernière n'est pas satisfaite, il faut retirer le stérilet et l'aider à choisir une autre méthode contraceptive. Traitez l'anémie au moyen d'un supplément de fer et/ou encouragez la consommation d'aliments riches en fer, mais évitez la transfusion sanguine.

14.3 Maladie inflammatoire pelvienne

Les phénomènes infectieux au niveau du pelvis qui sont liés à l'utilisation d'un DIU peuvent survenir lorsque la pose de ce dernier se fait dans de mauvaises conditions d'hygiène ou lorsque le DIU est inséré en présence d'une IST non diagnostiquée. Ils peuvent survenir plus tardivement chez les femmes particulièrement exposées aux IST. Les symptômes habituels de l'infection pelvienne sont : un écoulement vaginal, une douleur ou sensibilité pelvienne, un saignement anormal, des frissons et de la fièvre, mais l'infection peut aussi être silencieuse. Si une infection pelvienne est diagnostiquée :

- Traiter l'infection au moyen des antibiotiques appropriés.
- Il n'est pas nécessaire de retirer le DIU au cuivre si la femme souhaite continuer à l'utiliser.
- Si la cliente souhaite ne pas garder le DIU, le retirer après avoir démarré le traitement antibiotique.
- Si l'on retire le DIU, la cliente peut envisager d'avoir recours à la contraception d'urgence le cas échéant (voir chapitre 10 : Contraception d'urgence).
- Si son état ne présente aucune amélioration, la conduite à tenir consiste généralement à retirer le DIU et à poursuivre les antibiotiques. Si l'on ne retire pas le DIU, on poursuivra aussi les antibiotiques. Dans les deux cas, son état sera étroitement surveillé.
- Assurer une prise en charge complète des IST, y compris une séance de conseil sur l'utilisation des préservatifs.

15 Grossesse

Bien qu'il s'agisse d'un dispositif hautement efficace contre la grossesse lorsqu'il est posé et utilisé dans le respect des directives appropriées, il arrive qu'une grossesse survienne chez une femme portant un DIU. Un grand nombre de

grossesses ont été menées à terme avec succès dans ces conditions, mais le risque d'avortement spontané, d'avortement septique au cours du deuxième trimestre de la grossesse et d'accouchement prématuré est nettement plus élevé lorsque le DIU est laissé en place. Lorsqu'une grossesse est diagnostiquée chez une femme porteuse d'un DIU, expliquez-lui les risques qu'elle encourt si on le laisse en place, et les moindres risques associés au retrait. Si elle est d'accord, retirez le DIU avec soin si les fils sont accessibles, puis conseillez-lui de se faire rapidement soigner si plus tard elle présentait des saignements abondants, des crampes, des douleurs, des pertes vaginales anormales ou de la fièvre. Si les fils ne sont pas accessibles, essayez de déterminer l'emplacement du DIU en pratiquant une échographie. S'il est impossible de le localiser, il se peut qu'il ait été expulsé sans que la cliente s'en soit aperçue (ce qui expliquerait la grossesse). Si le DIU est toujours en place, conseillez à la femme une interruption de grossesse si la législation le permet. Si la femme choisit de poursuivre la grossesse, assurez-vous qu'elle pourra bénéficier d'une surveillance continue.

Le DIU n'accroît pas le risque global de grossesse extra-utérine. Toutefois, il protège mieux contre les grossesses intra-utérines que contre les grossesses extra-utérines. C'est pourquoi la probabilité de grossesse extra-utérine est plus élevée chez une porteuse de stérilet enceinte que chez une femme enceinte n'en portant pas. Une grossesse extra-utérine met en jeu la vie de la cliente. Ainsi, lorsqu'une femme porteuse de stérilet se plaint de douleurs accompagnées de saignements vaginaux ou d'une aménorrhée, elle doit être examinée par un médecin afin qu'il élimine toute possibilité de grossesse extra-utérine. Si cette possibilité ne peut être écartée, compte tenu du fait qu'un examen bimanuel peut entraîner une rupture de la grossesse extra-utérine, l'examen bimanuel ne doit être entrepris que dans un établissement médical où les installations permettent d'effectuer une laparotomie en urgence.

16 Absence des fils témoins

L'absence des fils témoins est souvent une première indication de la survenue d'une perforation ou d'une expulsion. Il se peut aussi qu'une grossesse soit en cours.

Si les fils ont vraiment disparu, il faut premièrement éliminer toute possibilité de grossesse. Il faut ensuite explorer le canal cervical à l'aide d'une pince alligator étroite. Si les fils ne sont plus dans le canal cervical, utilisez des pinces Helix pour les retirer de l'utérus. Si l'on ne peut retirer les fils de l'utérus, une sonde utérine peut être utilisée pour déterminer si le DIU est toujours à l'intérieur.

S'il n'est pas possible de localiser le DIU dans la cavité utérine, il faut vérifier si une perforation a eu lieu, par échographie (ou radiographie si la possibilité de grossesse a été exclue). Si le DIU ne peut être localisé dans l'abdomen, la perforation peut être exclue et il s'agit certainement d'une expulsion.

17 Quand faut-il retirer le DIU ?

Le DIU doit être retiré :

- *Lorsque la cliente le demande avec fermeté* : Il faut alors procéder au retrait sans délai.
- *En présence d'une indication médicale imposant le retrait* : Il peut s'agir d'une grossesse, d'une infection pelvienne aiguë, d'une tumeur maligne au niveau de l'endomètre ou du col utérin, d'une perforation utérine, d'une expulsion partielle, ou encore d'un saignement anormal ou excessif affectant l'état de santé de la femme.
- *Lorsque la durée d'utilisation du DIU est dépassée* : Seuls les DIU médicamenteux sont concernés, notamment les DIU libérant de la progestérone et les DIU au cuivre (voir section 1).
- *Lorsque la femme atteint la ménopause* : Retirez le DIU un an après ses dernières règles.

18 Organisation des services

18.1 Dossiers des clientes

- Il faut établir un dossier clinique pour chaque cliente.
- Le dossier de chaque cliente doit contenir le détail des conseils donnés, des antécédents médicaux, des résultats de l'examen physique et des analyses de laboratoire, ainsi que le compte rendu de l'insertion du DIU et du suivi, y compris des complications.

18.2 Approvisionnement

- On recommande aux cliniques de n'utiliser qu'un seul type de DIU (2 au maximum). Cette spécialisation facilite la formation et la prestation des services.
- Il ne faut plus poser de DIU inerte (ex : boucle de Lippes).

- Utilisez des DIU sous emballage individuel stérile. Si l'emballage n'est plus hermétique, jetez le DIU.
- Les nouveaux dispositifs au cuivre (TCu 220C, TCu 380A, T Nova et Multiload Cu375) sont à préférer aux modèles au cuivre plus anciens comme le Cu 7 et le TCu 200.
- Le risque de perforation utérine est plus grand avec les dispositifs qui sont poussés en dehors de l'applicateur qu'avec les autres, pour la pose desquels on utilise la **technique de retrait de l'applicateur sans poussée**. Ces DIUs permettent d'assurer une meilleure installation au fond de l'utérus; c'est pourquoi leur utilisation est recommandée.

18.3 Formation

- Tous les membres du personnel clinique et les conseillers doivent recevoir une formation portant sur l'aspect théorique et pratique de la contraception endo-utérine, y compris le dépistage des contre-indications et l'identification des signes de danger chez les utilisatrices.
- L'ensemble du personnel de santé effectuant la pose des stérilets doit avoir reçu une formation adéquate portant sur les techniques d'insertion et les méthodes de chargement du DIU à l'intérieur du tube d'insertion alors que l'un et l'autre se trouvent encore dans l'emballage. La formation doit insister sur la nécessité d'éviter la contamination.

Photo : Mark Edwards/Brasil



MÉTHODES BARRIÈRES

7 METHODES BARRIERES

7

1 Introduction

Les méthodes contraceptives dites barrières empêchent la grossesse en bloquant l'entrée de l'utérus aux spermatozoïdes. Certaines de ces méthodes, notamment les préservatifs, constituent également une protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), notamment l'infection à VIH.

Le principal avantage des méthodes barrières est leur sûreté d'utilisation. Elles ne présentent qu'un petit nombre d'effets secondaires locaux et il n'existe pas de contre-indications médicales à leur utilisation. La plupart sont disponibles sans ordonnance et conviennent particulièrement aux systèmes de distribution locaux.

L'un de leurs inconvénients est leur faible taux d'efficacité par comparaison avec les méthodes hormonales, les DIU et la stérilisation. Pour assurer une efficacité maximale des méthodes barrières, les prestataires de services de santé sexuelle et reproductive (SSR) et de planification familiale doivent prodiguer des conseils précis et dispenser une formation minutieuse aux utilisateurs. Les clients doivent bien comprendre que si la méthode barrière est leur unique mode de contraception et qu'ils requièrent une efficacité maximale, ils doivent l'utiliser impérativement lors de *chaque* rapport sexuel.

Les méthodes barrières comprennent :

- Les préservatifs.
- Les diaphragmes.
- Les spermicides : crèmes, gels, ovules, ovules ou comprimés moussants et aérosols.

Tous les programmes de prestation de services de SSR/planification familiale doivent pouvoir fournir au minimum des préservatifs et un ou deux types de spermicides. Les diaphragmes doivent être stockés partout où il existe une demande *et* un personnel spécialement formé à l'utilisation de cette méthode.

1.1 Indications générales

Les contraceptifs barrières doivent être fournis à tout(e) client(e) qui en fait la demande après avoir reçu des conseils appropriés et avoir effectué ce choix en toute connaissance de cause.

Les contraceptifs barrières sont particulièrement appropriés :

- En cas de contre-indications médicales aux autres méthodes réversibles, et

quand la stérilisation n'est ni désirée ni souhaitable.

- Pour les clients qui ont des rapports sexuels peu fréquents.
- En tant que méthode contraceptive intermédiaire, par exemple :
 - Pendant l'aménorrhée due à la lactation.
 - Juste après une vasectomie.
 - Lorsque la femme ne sent pas les fils du DIU.
 - Lorsque la femme prend des médicaments qui compromettent l'efficacité des contraceptifs oraux.
 - Lorsque les clients sont en attente d'une autre méthode (stérilisation ou pose de DIU).
 - Pendant l'investigation de symptômes gynécologiques.
 - Comme méthode de substitution temporaire ou pour renforcer l'action d'une autre méthode.
 - Pendant la phase féconde du cycle menstruel, en conjonction avec une méthode fondée sur l'observation des signes de fécondité.
- En guise de protection contre les IST, notamment l'infection à VIH (préservatifs).

1.2 Critères de recevabilité médicale

La Fédération Internationale pour la Planification Familiale (IPPF) et d'autres organismes ont collaboré avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à l'élaboration de critères de recevabilité médicale pour l'utilisation de diverses méthodes contraceptives. La classification suivante (critères de recevabilité médicale de l'OMS) a été mise au point :

- Catégorie 1 : Etat où l'utilisation de la méthode contraceptive n'appelle aucune restriction.
- Catégorie 2 : Etat où les avantages présentés par la méthode contraceptive l'emportent en général sur les risques théoriques ou avérés.
- Catégorie 3 : Etat où les risques théoriques ou avérés l'emportent généralement sur les avantages procurés par l'emploi de la méthode.
- Catégorie 4 : Etat équivalent à un risque inacceptable pour la santé en cas d'utilisation de la méthode contraceptive (c'est-à-dire que la méthode contraceptive est contre-indiquée).

Catégorie 4 (contre-indications)

Il n'y a aucune contre-indication absolue à l'utilisation des méthodes barrières.

Catégorie 3

Certaines situations exigent une attention particulière car elles présentent un risque potentiel pour le bien-être et la santé du/de la client(e) en cas d'utilisation d'une méthode barrière. Les situations à prendre en compte pour chaque méthode barrière sont décrites dans la section qui lui est consacrée. Voici les situations qui s'appliquent à l'ensemble de ces méthodes :

- L'impossibilité pour le/la client(e) d'obtenir ou d'utiliser une méthode barrière de façon continue.
- La nécessité d'une protection hautement efficace contre la grossesse (par exemple si des risques élevés sont associés à la grossesse en cas d'échec de la contraception).

Se reporter aux sections 2.3, 3.3 et 4.3 du présent chapitre pour les situations à prendre en compte pour chaque méthode barrière.

1.3 Bilan de santé

En général, il n'est pas nécessaire de procéder à un bilan de santé avant de fournir une méthode barrière. Mais la venue à la clinique d'un(e) client(e) à ce fin est l'occasion lui proposer les autres services de santé sexuelle et reproductive disponibles, si c'est approprié.

Toutefois, si un examen médical est pratiqué sur une cliente, celui-ci devra comprendre un examen pelvien avec visualisation au spéculum du col et un toucher bimanuel. Si possible et si nécessaire, on pourra pratiquer un frottis cervical (test de Papanicolaou).

1.4 Gestion des services

Entreposage, durée de conservation, contrôle de la qualité et approvisionnement

Tout programme fournissant des méthodes barrières doit mettre en place un système visant à garantir que les produits proposés soient de qualité acceptable. Il faut veiller à ce que les conditions suivantes soient respectées :

- Transport et stockage appropriés.
- Système de vérification de la date limite d'utilisation ou, s'il n'y a pas de date limite, de la durée de conservation des produits.

- Procédure garantissant que des échantillons des produits sont vérifiés tous les 6 ou 9 mois. Lorsqu'on découvre des produits d'une qualité discutable, vérifier les échantillons avant chaque distribution.

Formation

Les personnes qui fournissent des méthodes barrières doivent avoir reçu une formation adéquate en matière de conseil, ainsi qu'aux aspects techniques liés à la délivrance des divers types de méthodes barrières.

Voir les sections 2.8, 3.12 et 4.8 pour des directives supplémentaires spécifiques à chaque méthode barrière.

2 Préservatifs

2.1 Définition

Préservatif masculin

Il s'agit une gaine protectrice destinée à recouvrir le pénis en érection. Il recueille le sperme lors de l'éjaculation et constitue une barrière contre la pénétration des spermatozoïdes dans le vagin. Le préservatif se présente enroulé sous emballage individuel et se déroule sur le pénis en érection juste avant l'intromission.

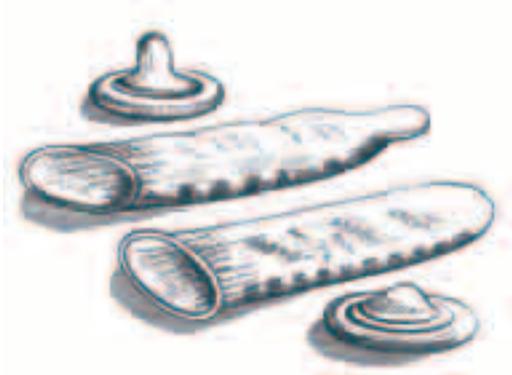
La plupart des préservatifs sont en latex fin.

S'il est utilisé correctement lors de chaque rapport sexuel, le préservatif constitue une méthode contraceptive raisonnablement efficace. Le préservatif en latex peut également contribuer à réduire – sans toutefois les éliminer – les risques de transmission des IST, notamment celle du VIH/sida.

Il existe de nombreux types et marques de préservatifs (voir Figure 7.1). Leurs différences portent sur les points suivants :

- Forme (ordinaire, avec petit réservoir, adapté à l'anatomie).
- Couleur (opaque, transparente, couleurs diverses).
- Lubrification (huiles siliconées, gels, talcs, ou non lubrifié).
- Épaisseur (ultra-fine à standard).
- Surface (lisse, rugueuse ou nervurée).
- Avec ou sans spermicide.

Figure 7.1 Préservatifs, enroulés et déroulés, avec ou sans réservoir



Les prestataires de services de planification familiale doivent connaître les caractéristiques et les différences entre les types ou marques de préservatifs utilisés dans le cadre de leur programme afin de pouvoir conseiller correctement les utilisateurs.

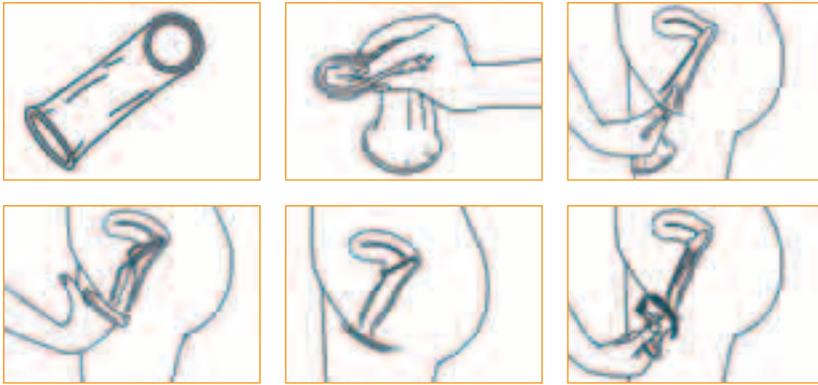
Préservatif féminin (Figure 7.2)

Le préservatif féminin est fait de polyuréthane flexible lubrifié avec une substance à base de silicone (diméthicone). Il est inséré dans le vagin avant le rapport sexuel. Un anneau interne, utilisé pour l'insertion, maintient le préservatif en place haut dans le vagin ; un autre anneau reste à l'extérieur, couvrant les lèvres vulvaires durant le rapport. Après l'éjaculation, le préservatif féminin retient le fluide séminal, l'empêchant d'entrer en contact avec le col de l'utérus.

L'efficacité contraceptive du préservatif féminin se situe à l'intérieur de la fourchette établie pour les autres méthodes barrières, mais elle est inférieure à celle du préservatif masculin.

Les études réalisées en laboratoire ont montré que le préservatif féminin constitue une barrière efficace non seulement contre le sperme mais aussi contre les bactéries et les virus, dont le VIH. Il est désormais disponible dans de nombreux pays, mais son utilisation est limitée en raison de son coût élevé. La sûreté et la faisabilité de sa réutilisation sont actuellement à l'étude. Tant qu'elles n'ont pas été confirmées, il n'est pas recommandé de réutiliser le préservatif féminin. Cependant, compte tenu de la diversité des contextes culturels et sociaux, mais aussi des situations personnelles, dans lesquels la réutilisation du préservatif féminin peut être acceptable, faisable et sûre, et compte tenu du fait que les risques et les avantages qui y sont associés varient en fonction du milieu, la décision finale quant à la réutilisation doit être prise, en dernier ressort, au niveau local.

Figure 7.2 Préservatif féminin



2.2 Indications

Les préservatifs en latex devraient être fournis à toutes les personnes qui en font la demande, même si elles utilisent par ailleurs une autre méthode contraceptive ou ne sont pas officiellement clientes du programme. Il ne devrait pas être nécessaire de s'inscrire au programme pour obtenir des préservatifs.

Les préservatifs peuvent être particulièrement appropriés pour les couples qui ont décidé d'utiliser une méthode barrière (voir section 1.1) et dans les cas suivants :

- Le partenaire masculin souhaite prendre la responsabilité de la contraception.
- Une protection contre les IST, y compris contre la transmission du VIH, est nécessaire ou souhaitée.

Parmi les autres indications, citons :

- L'éjaculation précoce.
- Des lésions cervicales chez la partenaire féminine.

2.3 Critères de recevabilité médicale

Catégorie 4 (contre-indications)

Aucune.

Catégorie 3

Outre les situations évoquées à la section 1.2, il faut citer :

- L'allergie ou la sensibilité au latex.

2.4 Conseil et information

Dans la mesure du possible, et si cela leur convient, les clients désireux d'utiliser les préservatifs devraient recevoir des conseils appropriés en ce qui concerne le choix et l'utilisation de cette méthode. Ces conseils contribuent à garantir que le choix est effectué en connaissance de cause et que l'utilisation du préservatif est correcte. Toutefois, cela ne doit pas être une condition préalable à la fourniture de préservatifs.

Lors du choix de la méthode :

- Discutez avec le/la client(e) des avantages et des inconvénients du préservatif et des autres méthodes de planification familiale.
- Expliquez que les préservatifs en latex contribuent à assurer une protection contre les IST, y compris le VIH.
- Expliquez qu'il arrive que le préservatif n'assure pas la protection escomptée contre la grossesse et les IST, y compris contre la transmission du VIH, en particulier si le préservatif n'est pas utilisé correctement et lors de chaque rapport sexuel.
- Discutez de l'éventualité de la coopération du partenaire dans le cadre de l'utilisation du préservatif.

Utilisation de la méthode :

- Expliquez minutieusement et clairement l'utilisation correcte des préservatifs. Si possible, utilisez un modèle anatomique en forme de pénis artificiel pour démontrer sa mise en place correcte..
- Insistez sur l'importance d'utiliser un nouveau préservatif pour chaque rapport sexuel.
- Conseillez l'emploi de spermicides en plus du préservatif afin d'accroître l'efficacité contraceptive.
- Encouragez le/la client(e) à revenir consulter en cas de doute ou de problèmes concernant l'emploi du préservatif.

- Indiquez que si la femme n'a pas ses règles, elle doit se rendre à la clinique pour exclure la possibilité d'une grossesse et effectuer une visite de contrôle. Voir également la section 4.6 : Instructions aux clients (en relation avec les spermicides).

2.5 Choix du préservatif

- *Préservatif lubrifié ou non lubrifié* : sans lubrification, il peut y avoir un plus grand risque de rupture dans le vagin si la lubrification vaginale est insuffisante.
- *Les préservatifs ultra-fins se déchirent plus facilement*. Si la rupture a déjà constitué un problème pour le couple, conseiller un type de préservatif différent.

2.6 Instructions à donner aux clients

Expliquez aux clients qu'il est très important de suivre à la lettre les instructions d'utilisation et justifiez chacune d'entre elles (la justification figure *en italiques*).

Il faut insister sur l'importance des règles d'utilisation suivantes :

- Le préservatif doit être en place avant tout contact génital, *pour éviter la transmission de spermatozoïdes et/ou d'agents infectieux*.
- Pincer l'extrémité du préservatif entre le pouce et l'index et laisser environ 1 cm de vide entre le fond du préservatif et l'extrémité du pénis en érection. *L'éjaculat est recueilli dans cet espace, ce qui diminue les risques de rupture du préservatif*.
- N'utiliser que les spermicides ou les lubrifiants fournis ou recommandés par le programme. Ne pas utiliser de vaseline, d'huile minérale, de lotions ou tout autre lubrifiant huileux, *sous peine d'augmenter les risques de rupture du préservatif*. L'utilisation du nonoxynol-9 n'est pas recommandée en guise de protection contre le VIH (voir section 4.1).
- Après l'éjaculation, retirer le pénis encore en érection en maintenant fermement avec les doigts le bord du préservatif contre la base du pénis, *pour éviter que le préservatif ne glisse et que l'éjaculat ne s'échappe dans le vagin*.
- Si le préservatif se déchire ou se rompt pendant le rapport sexuel, appliquer immédiatement du spermicide (mousse ou gel) et envisager une contraception d'urgence à titre de protection contre la grossesse (voir chapitre 10 : Contraception d'urgence).
- Manipuler le préservatif avec précaution *pour éviter les perforations*. Attention en particulier aux ongles longs.
- Utiliser un spermicide avec le préservatif *pour une efficacité maximale*.
- Stocker les préservatifs dans un endroit frais et sec. Ne pas utiliser un

préservatif qui semble abîmé ou cassant, *parce qu'il est plus susceptible de se déchirer.*

- Quand un préservatif a été utilisé une fois, il faut le jeter à la poubelle ou dans les toilettes *afin d'éviter que d'autres personnes, en particulier des enfants, entrent en contact avec lui.*

Après avoir fourni ces instructions, demandez au client ou à la cliente de les répéter, avec ses propres mots. Si nécessaire, reprenez les instructions en insistant sur les points qui ont été mal compris. Ces renseignements peuvent être inscrits sur une fiche ou sur un dépliant remis(e) à l'utilisatrice, qui doit être rédigé(e) et présenté(e) de façon à être aisément compréhensible par la cliente ou par un(e) proche (au cas où la cliente ne saurait pas lire).

2.7 Effets secondaires

- Les effets secondaires liés à l'utilisation des préservatifs sont peu courants.
- On observe parfois des cas d'allergie au latex, ou encore au lubrifiant ou au spermicide utilisé avec le préservatif. Si c'est le cas :
 - Recommandez un autre type ou une autre marque de préservatif.
 - En cas d'usage d'un préservatif avec spermicide, recommandez un préservatif sans spermicide ou avec un spermicide différent.
 - Si le/la client(e) est allergique au latex, des préservatifs non allergéniques, en caoutchouc purifié, sont disponibles dans certaines régions.
 - Si les effets secondaires persistent, conseillez une autre méthode de contraception.

2.8 Gestion des services

Stockage, date limite de conservation et contrôle de qualité

- La date limite de conservation des préservatifs dépend des conditions de stockage. Dans un endroit chaud et/ou humide, la durée de stockage sans détérioration peut ne pas dépasser trois à six mois. Si les préservatifs emballés sous vide sont stockés dans un endroit sec et frais, ils peuvent se conserver en bon état pendant trois à cinq ans à compter de la date de fabrication. La date de fabrication ou la date limite d'utilisation figure en général sur les emballages.
- Pour de bonnes conditions de stockage, il faut un local sec et frais, abrité du soleil, d'accès facile et pratique.
- Il faut vérifier le bon état des préservatifs au moins deux fois par an. Ceux qui sont durs et cassants, poisseux ou décolorés doivent être éliminés.

- On pourra effectuer des essais d'étanchéité des préservatifs, au moyen d'un équipement portable simple, dans les cas suivants :
 - Doute sur la qualité des préservatifs à l'inspection visuelle.
 - Stockage et distribution de grandes quantités de préservatifs : il faut alors effectuer des essais sur des échantillons prélevés périodiquement.

Distribution des préservatifs

- Les stocks les plus anciens, encore en bon état, doivent être distribués avant ceux portant une date de fabrication plus récente.
- Chaque fois que c'est possible, fournissez des préservatifs pour trois mois (ce qui représente environ 40 préservatifs) ou la quantité désirée par le/la client(e).

NOTE : Le programme de SRR/planification familiale est encouragé à intensifier ses efforts d'éducation des clients et de la communauté quant à l'effet protecteur important des préservatifs contre les IST, y compris l'infection à VIH.

3 Diaphragmes

3.1 Définition

Le diaphragme se présente sous la forme d'une coupe en caoutchouc en forme de dôme, avec un rebord souple. Quand il est inséré correctement dans le vagin avant les rapports sexuels, le dôme couvre le col de l'utérus. Avant la pose, on applique une crème ou un gel spermicide à l'intérieur du dôme. L'effet contraceptif du diaphragme repose d'une part sur sa fonction de barrière entre les spermatozoïdes et le col de l'utérus, et d'autre part sur sa fonction de récipient du spermicide. S'il est utilisé correctement lors de chaque rapport sexuel, le diaphragme constitue une méthode contraceptive relativement efficace.

Il existe quatre types de diaphragmes :

- *Avec ressort à lame* (fine bande de métal plate).
- *Avec ressort à boudin* (spiralé, plus robuste, ressort ferme).
- *Avec ressort en arceau* (ressort en métal à action combinée, qui fait que le bord du diaphragme se recourbe plutôt que de se plier pour l'insertion).
- *Avec large rebord étanche*, disponible avec les modèles en forme d'arceau ou à boudin. Ce modèle présente un rebord intérieur souple d'environ 1,5 cm, fixé au pourtour externe, qui retient le spermicide et offre une meilleure étanchéité entre le diaphragme et les parois vaginales.

3.2 Indications

S'il est disponible dans le programme, **le diaphragme doit être fourni à toute femme qui en fait la demande librement et en toute connaissance de cause après avoir été conseillée.**

Le diaphragme est particulièrement approprié pour une femme qui a décidé d'utiliser une méthode barrière (voir section 1.1) et qui :

- Désire sa propre méthode de contraception (au lieu de dépendre uniquement de l'emploi d'un préservatif par son partenaire).
- Souhaite séparer le moment de l'application d'un contraceptif du moment du rapport sexuel.
- Est capable de maîtriser la technique d'insertion.
- Peut facilement s'isoler chez elle pour effectuer l'insertion, le retrait, l'entretien et le rangement de son diaphragme.
- Dispose du nécessaire – tel qu'eau propre et savon – pour l'entretien correct du diaphragme.

3.3 Critères de recevabilité médicale

Catégorie 4 (contre-indications)

Aucune.

Catégorie 3

Outre les situations évoquées à la section 1.2, les situations suivantes exigent une attention particulière préalablement à l'utilisation du diaphragme :

- Les antécédents de syndrome de choc toxique.
- Les anomalies anatomiques vaginales ou utérines qui empêchent la mise en place ou l'ajustement corrects du diaphragme (par exemple, prolapsus de l'utérus, tonicité vaginale médiocre, obstruction vaginale ou symphyse pubienne ne permettant pas au diaphragme de s'y appuyer correctement).
- Risque élevé de transmission du VIH, d'infection à VIH ou de sida.
- L'allergie au latex et la sensibilité aux spermicides.
- L'incapacité de l'utilisatrice d'insérer le diaphragme correctement et de palper le col de l'utérus.

Catégorie 2

Des précautions doivent être prises dans les cas suivants :

- Accouchement à terme au cours des 6 à 12 semaines précédentes : le diaphragme est proscrit tant que l'involution utérine n'est pas terminée.
- Femmes uni/multipares.
- Valvulopathie cardiaque avec complications.
- Infection des voies urinaires.

3.4 Conseil et information

Toutes les utilisatrices de diaphragme doivent recevoir des conseils appropriés au moment du choix de la méthode et quant à son utilisation.

Lors du choix de la méthode

- Discutez avec la cliente des avantages et des inconvénients du diaphragme, ainsi que des autres méthodes de planification familiale qui pourraient lui convenir. Renseignez-la sur l'efficacité du diaphragme et expliquez-lui qu'il est essentiel de l'utiliser lors de chaque rapport sexuel. Vérifiez les antécédents médicaux de la cliente et fournissez les conseils appropriés, en fonction de ses préoccupations et de ses questions.

L'utilisation de la méthode

Voir les instructions fournies à la section 3.9 de ce chapitre.

- Apprenez à la femme comment utiliser correctement son diaphragme et en prendre soin, et indiquez-lui la fréquence des vérifications et des remplacements. La femme doit savoir que si elle n'a pas ses règles ou si elle a des problèmes sur le plan du confort ou de l'emploi du diaphragme, elle doit revenir consulter.
- *Effets secondaires* : Expliquez à la femme quels sont les signes d'une infection des voies urinaires, du syndrome de choc toxique et de vaginite, et faites-lui bien comprendre qu'à l'apparition de ces signes ou symptômes, elle doit revenir consulter. Informez-la qu'une fois le diaphragme en place, ni l'un ni l'autre des partenaires ne doit ressentir la moindre gêne.
- Prévoyez d'inclure des conseils sur le cycle de fécondité, si le couple souhaite utiliser des préservatifs comme seconde méthode contraceptive pendant la période la plus propice à l'ovulation.

3.5 Bilan de santé

Se reporter à la section 1.3 de ce chapitre. En outre, il faut toujours pratiquer un examen pelvien avant de fournir un diaphragme, afin de s'assurer que la cliente ne se trouve pas dans une situation appelant une attention particulière en cas de sélection et d'utilisation de cette méthode.

3.6 Choix du type de diaphragme

Avec ressort en arceau :

- La plupart des femmes trouvent le diaphragme avec ressort en arceau pratique et confortable.
- Ce type de diaphragme contribue à assurer le bon positionnement de son bord postérieur derrière le col de l'utérus.
- La femme qui présente un utérus rétroversé, une antéversion marquée ou un col nullipare, très long et ferme, trouvera peut-être ce type de diaphragme plus facile à insérer que ceux munis d'un ressort à lame ou à boudin.
- Ce type de diaphragme peut aussi être utile pour les femmes qui ont une cystocèle ou un prolapsus modéré.

Avec ressort à lame ou à boudin :

- Ces deux types de diaphragme peuvent être utiles aux femmes qui trouvent que le diaphragme avec ressort en arceau n'est pas confortable ou à celles qui ont une tonicité vaginale exceptionnellement vigoureuse.
- Le modèle à *ressort à lame* est utile si l'arc qui sous-tend la symphyse pubienne est peu prononcé. Le modèle à *ressort à boudin* convient si l'arc est très prononcé.
- Le modèle à *ressort à boudin* ne peut être utilisé qu'en l'absence de déplacement de l'utérus. Le modèle à *ressort à lame* peut être utilisé avec un utérus antéfléchi.

3.7 Qui peut fournir les diaphragmes ?

Les médecins, sages-femmes, infirmières et autres agents sanitaires peuvent fournir des diaphragmes, sous réserve d'avoir reçu une formation adéquate et dans le respect des lois et de la réglementation en vigueur dans le pays où ils exercent.

3.8 Pose du diaphragme

La taille du diaphragme (qui varie de 50 à 95 mm) doit être déterminée par le personnel spécialement formé à cette procédure. La mise en place peut

s'effectuer à n'importe quel moment du cycle menstruel.

- Avant de procéder à la pose, effectuez un examen pelvien minutieux afin de vérifier que le col de l'utérus ne présente aucune pathologie ni aucune affection exigeant une attention particulière.
- Utilisez des diaphragmes réels – et non des anneaux de mesure – pour déterminer le diamètre requis et pour pratiquer l'insertion.

Procédure d'ajustement du diaphragme

Le choix du type de diaphragme dépend de la profondeur du vagin, de la tonicité des muscles entourant le vagin et de la position de l'utérus.

NOTE : Il faut utiliser un diaphragme avec ressort à lame ou à boudin si la femme trouve nécessaire d'avoir recours à un applicateur pour la pose, mais cela est rarement nécessaire. La position du diaphragme doit quand même être vérifiée manuellement.

- Obtenez une estimation de la taille nécessaire en mesurant manuellement la distance entre la voûte postérieure du vagin et la symphyse pubienne.
 - Insérez l'index et le majeur dans le vagin jusqu'à ce que le majeur atteigne le fond du cul-de-sac vaginal postérieur.
 - Placez l'extrémité du pouce à l'endroit où l'index touche l'os pubien. La distance entre l'extrémité du majeur et le pouce devrait correspondre au diamètre du diaphragme.
- Insérez le diaphragme entre la symphyse pubienne et le fond du cul-de-sac vaginal postérieur. Il doit couvrir le col de l'utérus et la paroi antéro-supérieure du vagin et être en contact avec les deux parois vaginales latérales.
- Sélectionnez la taille du diaphragme qui correspond à la forme de l'os pubien et qui garantit le confort de la cliente. Une fois qu'il est en place, la cliente ne doit pas le sentir.
 - Si le diaphragme est trop grand, il sera source d'inconfort et risque de se déformer et de se déplacer.
 - S'il n'est pas assez grand, il risque de se déplacer et de ne pas couvrir l'ouverture du col.

Comment enseigner à la femme à se servir du diaphragme

Après avoir sélectionné le type et la taille du diaphragme, apprenez à la cliente à sentir le col de l'utérus sous le dôme du diaphragme (« cela ressemble au bout de votre nez ») et à vérifier la position de la partie antérieure du diaphragme, qui doit se trouver derrière la symphyse pubienne (voir Figure 7.3).

Donnez des instructions claires au sujet de l'insertion et du retrait du diaphragme, ainsi que de l'application du spermicide (voir ci-après).

- Demandez à la femme de l'insérer le long de la paroi postérieure du vagin en dirigeant le diaphragme replié vers le fond, puis d'en faire remonter la partie antérieure derrière la symphyse pubienne avec l'extrémité du doigt.
- Pour le retirer, demandez-lui de placer un doigt sur la partie antérieure du diaphragme et de le tirer vers le bas puis de l'extraire. Une autre méthode consiste à utiliser deux doigts pour saisir le bord et le tirer vers l'extérieur.
- Si possible, utilisez un modèle pelvien en plastique transparent pour démontrer la technique correcte d'insertion et de mise en place.

Préservez l'intimité de la cliente pendant qu'elle s'entraîne à mettre en place le diaphragme. Suggérez-lui d'adopter une position pratique et confortable pour procéder à l'insertion : debout avec un pied relevé et maintenu en place, accroupie ou allongée. Une fois que la cliente a inséré le diaphragme, vérifiez qu'il est dans la bonne position et assurez-vous de nouveau que la taille convient bien.

Indiquez à la femme la taille et le type exacts de diaphragme qui lui convient et qu'elle est en mesure d'insérer et de retirer elle-même. Fournissez-lui une gelée ou une crème spermicide.

Figure 7.3 Sentir le col de l'utérus à travers le diaphragme



3.9 Instructions à donner à la cliente

Moment de l'insertion du diaphragme

Il peut être inséré à n'importe quel moment avant un rapport sexuel.

Utilisation du diaphragme

- Au moins une cuiller à café de spermicide doit être appliquée sur le diaphragme avant chaque utilisation, et une nouvelle dose de spermicide doit être utilisée avant chaque rapport sexuel. Si le diaphragme a été inséré plus de deux heures avant, il est conseillé de remettre du spermicide avant le rapport sexuel.
- Avant le rapport sexuel, la femme doit vérifier que le col de l'utérus est bien couvert et que le bord du diaphragme est bien en place derrière la symphyse pubienne.
- La femme doit laisser le diaphragme en place pendant au moins 6 heures après le dernier rapport sexuel, mais pas plus de 24 heures après l'insertion.

Nettoyage, inspection et entreposage du diaphragme

- La femme doit laver le diaphragme avec de l'eau chaude et du savon doux, le rincer et le sécher. On peut le saupoudrer d'amidon. Il doit être rangé dans sa boîte à l'abri de la chaleur. La femme doit vérifier le diaphragme régulièrement en le regardant à la lumière pour s'assurer qu'il n'est pas perforé.
- Il ne faut pas appliquer de vaseline, de désinfectant, de détergent, de talc, de savon ou de poudre parfumés sur le diaphragme.

Remplacement du diaphragme

- La femme doit remplacer le diaphragme au bout de deux ans d'utilisation.
- Si la femme a donné naissance à un enfant, ou si elle a pris ou perdu du poids (plus de 3 kg), il faut procéder à une nouvelle pose du diaphragme pour vérifier s'il convient toujours.

Rappel à faire au couple : « Le diaphragme n'est efficace que si vous l'utilisez à chaque rapport sexuel ».

Suivi

Demandez à la femme de revenir vous voir 1 ou 2 semaines plus tard pour vérifier de nouveau que la femme sait poser correctement le diaphragme.

Demandez à la femme de porter le diaphragme pendant au moins 8 heures (mais moins de 24 h) avant la visite.

Après lui avoir donné les instructions nécessaires, demandez à l'utilisatrice de les répéter avec ses propres mots. Si nécessaire, reprenez les instructions une par une en insistant sur les points qu'elle n'a pas bien compris. Fournissez-lui une notice illustrée avec instructions écrites.

3.10 Suivi

- Procédez à un examen de routine une à deux semaines après la pose, pour vérifier que le diaphragme est bien ajusté et correctement utilisé.
- Fixez un rendez-vous à la cliente pour la visite de contrôle annuelle.
- Encouragez-la à revenir en cas de problèmes (effets secondaires, gain ou perte de poids de plus de 3 kg, ou insatisfaction par rapport à la méthode).

3.11 Effets secondaires

Les effets secondaires liés à l'usage du diaphragme sont rares, mais ils existent :

- *Infections des voies urinaires (IVU)*

Traitement : Traitez les IVU ou dirigez la cliente vers un centre médical en mesure de le faire. Elle ne doit pas utiliser le diaphragme pendant le traitement. Vérifiez que le diaphragme n'est pas trop grand et, le cas échéant, posez un diaphragme plus petit. Fournissez une autre méthode contraceptive pendant la durée du traitement.

- *Irritation locale causée par une sensibilité ou une allergie* généralement due au spermicide utilisé avec le diaphragme.

Traitement : Proposez un spermicide de composition différente. Si l'irritation persiste, suggérez une autre méthode contraceptive.

- *Inconfort du partenaire ou de l'utilisatrice* (crampes, pression sur la vessie et le rectum) au contact du diaphragme ou en raison de la pression exercée par le rebord du dispositif.

Traitement : Modifiez la taille ou le type de diaphragme si la cliente souhaite poursuivre cette méthode.

- *Des pertes vaginales fétides peuvent se produire* si le diaphragme est laissé plus de 24 heures dans le vagin.

Traitement : Rassurez l'utilisatrice et recommandez-lui des mesures d'hygiène s'il n'y a pas de vaginite. En cas de vaginite ou de symptômes récidivants, prescrivez un traitement ou dirigez l'utilisatrice vers un autre service.

- *Lésion vaginale* causée par le rebord du diaphragme.

Traitement : La femme doit arrêter provisoirement l'emploi du diaphragme. Fournissez temporairement une autre méthode contraceptive. Procédez à un nouvel ajustement de diaphragme. La femme peut réutiliser le diaphragme après cicatrisation de la lésion.

- *Lésion vaginale antérieure* causée par le retrait du diaphragme.

Traitement : La femme doit arrêter d'utiliser le diaphragme jusqu'à ce que la lésion soit cicatrisée. Fournissez temporairement une autre méthode contraceptive. Vérifiez que la technique de retrait est correctement appliquée, et la longueur des ongles de la cliente.

3.12 Gestion des services

Stockage et durée de conservation

On peut conserver les stocks de diaphragmes entre trois et cinq ans, mais pas plus longtemps. En effet, le caoutchouc se détériore à la chaleur et aux rayons ultraviolets. Vérifiez le bon état des diaphragmes tous les 6 à 9 mois, et avant de les distribuer aux clientes.

Approvisionnement en gel spermicide

Il faut compter deux tubes de gel pour 3 mois. A raison de 25 applications par tube, il faut prévoir de 6 à 8 tubes par an.

Équipement nécessaire à la pose des diaphragmes

- Assortiment de diaphragmes stériles ou désinfectés, de différentes tailles.
- Gel stérile ou eau bouillie/désinfectée pour lubrifier les diaphragmes avant la pose.
- Gants non stériles (les gants réutilisables doivent être stérilisés ou subir une désinfection de haut niveau après chaque utilisation – prendre une paire stérile pour chaque nouvelle cliente).

Entretien du matériel nécessaire à la pose

Il s'agit des diaphragmes ou des anneaux de mesure utilisées lors de la pose, ou pour enseigner aux clientes comment utiliser la méthode.

- Décontaminez en faisant tremper dans une solution chlorée à 0,5 % pendant 10 minutes.
- Enfillez des gants de protection et lavez avec de l'eau et un détergent en prenant soin d'enlever toute trace de matière organique.
- Faites sécher avant de plonger dans une solution désinfectante.

- Désinfectez en faisant tremper dans une solution chlorée à 0,1 % pendant 20 minutes. On peut aussi désinfecter en faisant bouillir, mais cela réduit la durée d'utilisation des diaphragmes et des anneaux de mesure.
- Séchez avec une serviette ou à l'air et rangez dans un emballage propre.

Lorsque que vous disposez d'un autoclave, le matériel de pose peut être stérilisé à la vapeur après avoir été décontaminé et lavé.

Formation

Le diaphragme ne doit être fourni que dans une clinique de planification familiale ou de santé sexuelle et reproductive dont le personnel est spécialement formé à cette méthode. Il appartient au responsable de programme de décider s'il convient ou non de former son personnel, en fonction de la demande.

4 Spermicides

4.1 Définition

Les spermicides sont des produits chimiques qui désactivent ou tuent les spermatozoïdes. Dans une certaine mesure, ils agissent aussi comme une barrière au niveau du col de l'utérus. Les principaux agents spermicides agissant comme surfactants sont le nonoxynol-9, l'octoxynol, le menfegol et le chlorure de benzalkonium.

Les spermicides se présentent sous différentes formes : crèmes, gels, ovules, comprimés ou ovules moussants, aérosols.

Les spermicides utilisés seuls n'ont qu'une faible efficacité contraceptive. Utilisés en complément d'autres méthodes barrières, ils offrent une haute efficacité. Aucune donnée ne permet d'affirmer que les spermicides, notamment le nonoxynol-9, offrent une quelconque protection contre l'infection à VIH et les autres IST. En plus, selon certaines données, l'utilisation fréquente du nonoxynol-9 (deux fois par jour ou plus) accroît plutôt qu'elle ne réduit le risque de transmission du VIH, peut-être parce qu'elle a pour effet de provoquer une irritation des muqueuses vaginales et du col utérin. Pour ces raisons, on ne recommande pas l'utilisation de spermicides en guise de protection contre le VIH et les IST.

Les prestataires de services doivent connaître les caractéristiques de chaque type et marque de spermicide disponible dans le cadre du programme, les différences entre ces divers types, et en tenir compte lorsqu'ils conseillent les clients.

4.2 Indications

Les spermicides doivent être fournis à tout individu qui en fait la demande à des fins contraceptives, même s'il ne s'agit pas d'un client régulier. La délivrance de spermicide ne devrait pas être subordonnée à l'inscription sur la liste des clients du programme. Les spermicides peuvent convenir les couples qui ont décidé d'utiliser une méthode barrière et :

- Sont très motivés d'utiliser la méthode efficacement.
- Lorsque la fécondité naturelle de la femme est diminuée par l'âge ou la lactation.
- Lorsqu'une éventuelle grossesse ne présenterait pas de risques importants en termes de santé.
- Lorsque le couple souhaite utiliser un spermicide en association avec un diaphragme ou un préservatif.

Voir également la section 1.1 du présent chapitre.

4.3 Critères de recevabilité médicale

Catégorie 4 (contre-indications)

- Clients présentant un risque élevé de contracter l'infection à VIH.
- Clients séropositifs.
- Clients atteints avec sida.

Catégorie 2

D'une manière générale, les spermicides peuvent être utilisés, mais avec précaution dans certaines situations :

- La faible efficacité des spermicides doit être une considération importante lorsque l'échec de cette méthode pourrait donner lieu à une grossesse à haut risque.
- Sensibilité au spermicide.
- Cancer du col utérin.

4.4 Conseil et information

Donnez des conseils et des informations appropriés lors du choix et quant à l'utilisation de cette méthode.

Au moment de la sélection

Informez la femme ou le couple des avantages et des inconvénients liés à l'utilisation de spermicides seuls :

- Les risques de grossesse sont plus élevés avec les spermicides qu'avec les autres méthodes.
- Il est essentiel d'utiliser correctement les spermicides, et notamment d'attendre suffisamment longtemps pour que les ovules ou les comprimés se dispersent.

Utilisation de la méthode

Voir section 4.6 ci-après.

4.5 Choix du spermicide

- Les spermicides moussants sont recommandés si le spermicide est la seule méthode contraceptive utilisée. En aérosol, ils sont actifs immédiatement, mais il faut un applicateur.
- Les comprimés et ovules moussants sont faciles à transporter et à stocker. Néanmoins, il faut attendre 10 à 15 minutes entre l'insertion et les rapports sexuels pour qu'ils soient actifs.
- De même, les ovules ne sont actifs que 10 à 15 minutes après l'insertion.
- En général, on utilise un gel spermicide avec les diaphragmes.

Les spermicides contenant des formules mercuriques sont formellement déconseillés et ne doivent jamais être stockés.

4.6 Instructions à donner aux utilisatrices

Expliquez à la cliente ce qui suit :

- Il est important d'utiliser le spermicide avant chaque rapport sexuel.
- Il est nécessaire de respecter le délai de 10 à 15 minutes après l'insertion des ovules ou des comprimés moussants. Il n'y a pas d'attente pour les crèmes et gels.
- Il est important de suivre les recommandations du fabricant pour l'utilisation et le stockage de chaque produit (par exemple : secouer l'aérosol avant de remplir l'applicateur).
- Il est nécessaire de procéder à une nouvelle application si le rapport sexuel n'a pas eu lieu dans l'heure suivant l'application initiale.
- Il est important d'appliquer le spermicide au bon endroit, haut dans le vagin,

de manière à bien recouvrir le col de l'utérus.

- Si la femme n'a pas ses règles, elle doit se rendre dans une clinique afin d'exclure la possibilité d'une grossesse.

Après avoir fourni ces instructions, demandez au/à la client(e) de les répéter avec ses propres mots. Si nécessaire, reprenez les instructions une par une en insistant sur les points qu'il/elle n'a pas bien compris. Donnez-lui une notice illustrée.

4.7 Effets secondaires

Les effets secondaires liés à l'utilisation des spermicides sont peu fréquents et mineurs :

- *Irritation locale causée par une forte sensibilité ou une allergie.*

Traitement : Changez de spermicide et optez pour un modèle dont la composition est différente. Si le problème persiste, suggérez une autre méthode contraceptive.

Aucune étude n'a permis de confirmer les inquiétudes soulevées par l'observation d'anomalies congénitales lors de naissances des suites de l'échec des spermicides.

4.8 Gestion des services

Stockage et durée de conservation

- Respectez les dates limites spécifiées par le fabricant de chaque produit. La durée de conservation à partir de la date de fabrication est estimée à cinq ans.
- Tous les 6 à 9 mois, testez un échantillon pris dans les stocks de :
 - Comprimés moussants : pour vérifier que l'emballage est toujours étanche.
 - Aérosols : pour vérifier le bon fonctionnement du mécanisme.

Approvisionnement

Chaque fois que cela est possible, donnez aux clientes une provision pour 3 mois, ou bien la quantité qu'elle demande. Une provision de 3 mois correspond à 1 flacon aérosol, 2 tubes de crème ou de gel, ou 40 comprimés moussants.

Photo : Fatiha Terki/Ethiopie



STERILISATION FEMININE ET MASCULINE

8

STERILISATION FEMININE ET MASCULINE

8

1 Introduction

1.1 Définition

La stérilisation volontaire, féminine (par ligature, obturation, ou résection des trompes) ou masculine (par vasectomie), aussi appelée contraception chirurgicale, figure parmi les méthodes de contraception les plus efficaces pour les hommes et les femmes qui ne désirent plus avoir d'enfants. Il s'agit également d'une des méthodes les plus sûres, puisqu'elle est associée à de faibles taux de complications et de mortalité, aussi bien chez l'homme que chez la femme. La procédure consiste à bloquer les canaux déférents (vasa deferentia) ou les trompes de Fallope afin d'empêcher les spermatozoïdes d'entrer en contact avec l'ovule.

1.2 Indications générales

Tout individu qui a le nombre d'enfants qu'il désire, en fait la demande en toute connaissance de cause après avoir été dûment conseillé, et ne présente aucune contre-indication, doit pouvoir bénéficier de la procédure de stérilisation.

NOTE : Certaines affections psychiatriques ou neurologiques complexes et irréversibles, incompatibles avec la paternité ou la maternité, peuvent conduire des tiers à faire une demande de stérilisation au nom d'un individu qui n'est pas en mesure de donner son consentement. Dans ce cas, il faut obtenir l'avis écrit d'un spécialiste et conserver l'ensemble du dossier, et notamment la preuve que d'autres solutions que la stérilisation ont été envisagées au préalable.

1.3 Examen pratiqué avant l'intervention

Les objectifs en sont les suivants :

- **S'assurer, en prodiguant des conseils appropriés, à conduire les clients à faire un choix en connaissance de cause :**
 - Que l'individu prend sa décision librement, en toute connaissance de cause et sans coercition de la part de ses proches ou des prestataires de services.
 - Qu'il n'existe aucun facteur non médical susceptible de susciter des regrets ultérieurement (clients trop jeunes par exemple, qui n'ont pas d'enfants ou très peu, vivent une relation instable, ou ne sont pas sûrs de leur décision).
- Déterminer, par l'évaluation médicale :
 - L'aptitude physique de l'individu à subir la stérilisation.
 - L'absence de toute pathologie susceptible d'augmenter les risques associés à l'intervention.

- La technique opératoire et le mode d'anesthésie les plus appropriés, ainsi que le type de structure le mieux adapté à l'individu.

Lorsque la législation et la réglementation nationales le permettent, la stérilisation doit être proposée selon les modalités qui conviennent le mieux à chaque individu. Les programmes doivent éviter d'établir des critères arbitraires d'âge, de parité, ou de situation conjugale, et interpréter les présentes directives en fonction des besoins de chaque client.

Dans certains cas, il est nécessaire de repousser la procédure de stérilisation (par exemple, lorsqu'une évaluation médicale ou un traitement sont nécessaires). Les clients doivent être informés par écrit des raisons de cette décision. Il faut leur conseiller des méthodes temporaires et il faut fixer une date ultérieure pour l'intervention.

1.4 Conseil et information

Toute personne désireuse de subir une stérilisation doit recevoir des conseils appropriés avant de se prononcer pour cette méthode.

- **Si possible, voyez les deux partenaires ensemble.**

- Il faut déterminer qui, de l'homme ou de la femme, va subir la stérilisation et il faut aider le couple à prendre une décision ferme, avec laquelle il se sente à l'aise. Si la procédure chirurgicale comporte des risques pour l'un des partenaires, il faut en tenir compte.
- Les antécédents de césariennes multiples constituent l'un des facteurs à prendre en compte. Si la femme est enceinte, en effet, la stérilisation peut être effectuée lors de la prochaine césarienne.
- Prévoyez également des entretiens individuels.

- **Encouragez les clients à poser toutes les questions qu'ils souhaitent et à formuler leurs craintes**, afin de corriger tout malentendu ou toute information erronée. Par exemple, rassurez les clients en précisant que la stérilisation n'a aucun effet indésirable sur la santé physique ou mentale, ni sur le comportement sexuel normal.

- **Abordez les points suivants avec chaque client, dans un langage clair et adapté à l'origine culturelle de votre interlocuteur :**

- *Il existe d'autres méthodes temporaires de planification familiale.*
Les clients doivent avoir accès à ces méthodes de manière à pouvoir choisir entre les méthodes réversibles et les méthodes non réversibles. Les informations fournies doivent porter sur leur efficacité, ainsi que sur les risques et les avantages qu'elles présentent respectivement.

- *Il s'agit d'une intervention chirurgicale.* Décrivez en détail la procédure. Les clients ont besoin de savoir : (a) le genre d'intervention qui va être effectué ; (b) où l'intervention sera pratiquée ; (c) le type d'anesthésie qui sera utilisé ; (d) ce qu'ils ressentiront après l'intervention ; (e) si l'intervention est payante ou non.
- Bien que la stérilisation soit une intervention très sûre, il y a cependant un faible risque de complications liées à l'anesthésie et à la chirurgie.
- *Cette méthode présente des avantages*, notamment la fin des grossesses, et donc la disparition des risques qui y sont associés, et la disparition des inconvénients et des risques associés aux méthodes de contraception réversibles.
- Il existe un *risque d'échec*, bien qu'il s'agisse d'une méthode de contraception très efficace.
- *En principe, les résultats de la procédure sont définitifs* : l'individu ne pourra plus avoir d'enfants à la suite de l'intervention. Insistez sur le fait que c'est une méthode non réversible (voir aussi la section 1.11).
- Le choix de cette méthode doit être le résultat d'une décision *prise librement et volontairement* par l'individu, qui ne doit en aucun cas y être forcé ni encouragé. En cas de doute et si vous pensez qu'il n'a pas pris sa décision de son plein gré, poursuivez la discussion.
- La personne a *le droit de retirer son consentement à tout moment* avant l'intervention. Cette possibilité permet de s'assurer qu'elle a bien pris cette décision de son plein gré et d'éviter toute possibilité de coercition. Lorsque c'est possible, il est recommandé d'attendre quelques jours avant de procéder à l'intervention, bien que ce ne soit pas toujours nécessaire, surtout si la décision est ferme.
- *La stérilisation ne protège pas contre le VIH et les autres infections sexuellement transmissibles (IST). Il faut recommander le préservatif aux couples risquant de contracter ces infections.*

1.5 Le consentement éclairé

L'individu qui se prépare à être stérilisé doit donner son *consentement éclairé*, expression de son libre arbitre, et doit connaître et comprendre la nature et les conséquences de l'intervention envisagée. L'individu ne doit donner son consentement qu'après avoir reçu tous les conseils appropriés mentionnés ci-dessus.

Ethiquement, la première responsabilité de l'équipe chargée de la stérilisation est de s'assurer que l'individu consent à l'intervention, après mûre réflexion, en toute connaissance de cause, de plein gré et sans pressions extérieures, et qu'il a la capacité juridique de donner un tel consentement.

Il faut obtenir le consentement écrit de tous les clients qui demandent la stérilisation :

- Afin de pouvoir prouver que la décision était volontaire et éclairée ; et
- En guise d'autorisation pour procéder à l'acte chirurgical.

Signatures :

- Le formulaire doit être signé par la personne qui va subir la stérilisation.
- Dans le cas de clients analphabètes, le formulaire doit être lu à haute voix et expliqué en détail, et l'empreinte du pouce ou une marque faite par le sujet peut remplacer la signature. Il est aussi recommandé qu'un témoin sachant lire et écrire appose sa signature sur le formulaire.
- Le chirurgien ou l'assistant désigné doit également signer le formulaire de consentement. Cette signature indique qu'il a constaté que le sujet choisissait librement et en toute connaissance de cause de subir la stérilisation.

Langue et vocabulaire à utiliser :

- Le vocabulaire utilisé dans le formulaire de consentement et lors des séances de conseil doit être compris facilement par les clients. Evitez d'employer des termes médicaux et juridiques compliqués.
- Dans les endroits où plusieurs langues sont parlées, les formulaires doivent être imprimés dans celles qui sont le plus fréquemment utilisées. Prévoyez, si possible, la présence de membres du personnel qui parlent couramment ces langues. Sinon, prévoyez des interprètes.

1.6 Bilan médical

Un dossier clinique doit être constitué et utilisé pour chaque client. Il doit contenir les éléments essentiels de ses antécédents médicaux et les résultats des examens physiques et de laboratoire.

- *Antécédents médicaux* : En plus des renseignements personnels et familiaux, dont le nombre d'enfants et les méthodes de planification familiale utilisées, il faut obtenir les informations suivantes :
 - Maladies antérieures et en cours et toute autre condition présentant un risque pour l'intervention, notamment le diabète sucré, les cardiopathies, l'hypertension, les maladies pulmonaires comme l'asthme ou la bronchite, les maladies rénales, les infections génito-urinaires, les IST, l'anémie, les problèmes de saignement et de coagulation, les convulsions, les troubles psychiatriques et toute maladie ou infection actuelle.
 - Interventions chirurgicales antérieures significatives, problèmes antérieurs en rapport avec l'anesthésie, restrictions de l'activité, toxicomanies et état de l'immunisation antitétanique.
 - Allergies, y compris réactions aux médicaments.
 - Traitements en cours.
- *Examens physique et de laboratoire* : Les examens physiques décrits aux sections 2.6 (stérilisation masculine) et 3.6 (stérilisation féminine) doivent toujours être pratiqués avant une intervention chirurgicale. Généralement, il n'est pas nécessaire de procéder à des examens de laboratoire, sauf si les antécédents médicaux et l'examen physique les rendent indispensables.

Le dépistage systématique du VIH n'est pas nécessaire. Les procédures appropriées de prévention des infections doivent être scrupuleusement observées dans le cadre des interventions chirurgicales.

1.7 Anesthésie

L'anesthésie locale est la méthode préférée pour tous les types de stérilisation.

Une anesthésie générale, rachidienne, ou péridurale, est rarement justifiée.

1.8 Principes à respecter pour garantir la sûreté des interventions chirurgicales

- Les chirurgiens et l'ensemble du personnel doivent être compétents et formés aux techniques qu'ils utilisent. Ils doivent pouvoir reconnaître précocement une complication et savoir la traiter rapidement.
- Les directives et procédures médicales et chirurgicales approuvées doivent être strictement observées.

- A moins que cela n'ait été prévu et que la salle d'opération s'y prête, les autres pathologies présentes ne doivent pas être traitées par le chirurgien au cours de la stérilisation, sauf si un traitement d'urgence s'avère nécessaire.
- Les mesures de prévention des infections doivent être scrupuleusement observées (voir chapitre 15 : Prévention des infections).
- Tous les instruments et le matériel doivent être en bon état de fonctionnement avant l'intervention.
- L'établissement doit stocker les médicaments et le matériel indispensables pour faire face aux situations mettant en danger la vie du sujet et autres urgences.

1.9 Instructions post-opératoires

On doit fournir aux clients, qu'ils soient ou non alphabétisés, des instructions post-opératoires écrites, rédigées dans leur langue ou sous forme de schémas faciles à comprendre.

Avant que les clients quittent l'établissement, revoir oralement chaque point avec eux, c'est-à-dire :

- Comment prendre soin de la plaie.
- Comment prendre les médicaments donnés à titre post-opératoire.
- La nécessité de se reposer à la maison le reste de la journée.
- Les signes alarmants et comment faire face à chacun d'entre eux.
- À quel moment reprendre ses activités habituelles et en particulier les rapports sexuels.
- Où aller et qui contacter en cas d'urgence.
- La date et le lieu de la consultation de suivi.

1.10 Complications

- Des complications majeures ne surviennent que dans moins de 1 % des vasectomies et des occlusions tubaires. Leur dépistage précoce et un traitement rapide approprié sont essentiels.
- **Toute complication, qu'elle soit mineure ou majeure, ainsi que les détails de son traitement, doivent être portés au dossier clinique du client.**
- Si un programme local de stérilisation présente un taux élevé de complications (comme par exemple l'infection des plaies opératoires), il faut chercher à en identifier la cause afin de mettre en oeuvre l'action adéquate.
- Se reporter aux sections 2.12 et 3.13 du présent chapitre pour en savoir plus

sur les complications spécifiquement associées à la stérilisation masculine et féminine.

1.11 Reperméabilisation

- **La stérilisation doit être considérée comme une méthode dont l'effet est permanent.** Plusieurs facteurs influent sur le succès de la reperméabilisation, et dans certains cas cette opération n'est ni faisable ni recommandée.
- La procédure de reperméabilisation est beaucoup plus complexe que celle de la stérilisation. Des informations supplémentaires sur les établissements qui pratiquent la reperméabilisation doivent être mis à la disposition des clients qui en font la demande.
- Du fait que la reperméabilisation entraîne chez la femme un risque élevé de grossesse extra-utérine, celles qui subissent cette intervention doivent faire l'objet d'un suivi étroit. Il faut indiquer à la femme qui subit une opération de reperméabilisation qu'elle sera exposée à un risque accru de grossesse extra-utérine et qu'elle devra consulter un médecin si elle devient enceinte ou soupçonne qu'elle l'est.

1.12 Gestion des services

Installations et matériel

- Les services proposant la stérilisation doivent être dotés des installations suivantes :
 - Une salle d'attente ou zone de réception propre pour accueillir les clients qui effectuent une première visite ou se rendent à une consultation de suivi. Le décor doit correspondre au milieu culturel local, et avoir un côté éducatif. Des affiches sur lesquelles figurent des informations sur l'ensemble des méthodes de planification familiale, doivent être disposées sur les murs.
 - Un endroit à l'écart et discret pour les séances de conseil.
 - Une salle de consultation pour les examens pré- et post-opératoires.
 - Une salle d'opération propre, isolée de l'extérieur et des voies de passage de la clinique.
 - Des zones adjacentes à la salle d'opération où le personnel puisse se brosser les mains et se changer.
 - Une structure pour le nettoyage, la stérilisation et la désinfection des instruments et des équipements chirurgicaux, ou un accès à des installations extérieures.

- Une salle de réveil et de repos pour les clients après l'intervention.
- Un laboratoire ou la possibilité d'accès à un laboratoire extérieur (analyses de sang, d'urine, de sperme).
- Un local pour le rangement et le retrait des dossiers.
- Toilettes et sanitaires pour les clients.
- Blanchisserie ou accès à une blanchisserie.

NOTE : Certaines de ces installations peuvent occuper le même espace.

Les installations susmentionnées sont courantes en milieu hospitalier ou clinique. D'autres centres peuvent satisfaire à ces mêmes critères selon les circonstances et les besoins locaux.

- *Lorsque la stérilisation n'est pas effectuée en milieu hospitalier :*
 - Le centre doit être en liaison avec un établissement capable d'admettre des patients en urgence en cas de complications chirurgicales.
 - Le centre où se pratique l'intervention doit être en mesure d'assurer le transport rapide des clients vers un établissement hospitalier mieux équipé.
- *Pour l'anesthésie locale :*
 - Lidocaïne (lignocaïne).
- *Matériel d'urgence nécessaire dans tout établissement pratiquant la stérilisation :*
 - *Pour la stérilisation masculine et féminine :*
 - Appareil d'aspiration avec tubulures et siphons.
 - Canules buccales et nasales (2 tailles de chacune).
 - Un réanimateur manuel ou un respirateur.
 - Médicaments à utiliser en cas d'urgence, comme l'épinéphrine (adrénaline) et les Antihistaminiques, afin de traiter les effets indésirables.
 - *Uniquement pour la stérilisation féminine :*
 - Masque d'anesthésie et ballon auto-gonflable avec raccord pour oxygène.
 - Réservoir à oxygène avec valve de limitation de pression, débitmètre, tubulure et masque.
 - Liquides pour administration intraveineuse, comme les solutés de glucose et le nécessaire pour la pose, comportant des aiguilles de gros calibre.
 - Instruments pour la dénudation veineuse.
 - Trousse stérile pour laparotomie en cas d'urgence.

- Laryngoscope et canules endotrachéales (à n'utiliser que si le personnel compétent est disponible).
- Autres médicaments d'urgence, comme l'atropine, la naloxone, la physostigmine et le chlorure de calcium, afin de traiter les effets indésirables dus aux anesthésiques et autres médicaments.

Au cours de toutes les interventions de stérilisation, le matériel énuméré ci-dessus doit toujours être disponible et d'un accès facile. Une personne travaillant à la clinique doit être responsable des instruments d'urgence, et vérifier que ces derniers soient toujours stériles, en état de fonctionnement et prêts à l'emploi avant chaque intervention.

L'équipe chirurgicale doit être suffisamment bien formée pour pouvoir utiliser ce matériel en cas d'urgence.

Politiques et directives

- Chaque programme offrant un service de stérilisation doit conserver sur place ses politiques et directives en la matière. Il doit être également possible de consulter toutes références concernant les lois et les réglementations locales sur la stérilisation.
- Les protocoles chirurgicaux et de l'anesthésie, spécifiques aux techniques utilisées, doivent être disponibles, de même que les protocoles de suivi des clients et de traitement des complications.
- Les directives concernant la prévention des infections doivent être affichées dans l'établissement.
- Le programme doit établir un système permettant d'assurer que tous les membres du personnel médical et paramédical comprennent et appliquent les mesures énoncées dans ces directives.

Dossiers cliniques

Il faut s'assurer que, pour chaque client, tous les détails de l'évaluation pré-opératoire, les techniques d'intervention, d'occlusion et d'anesthésie, ainsi que les constatations faites au cours de l'intervention, les soins post-opératoires et le compte rendu de toute complication et de son traitement sont enregistrés dans un dossier clinique facilement accessible. Le formulaire de consentement informé doit figurer dans le dossier.

Équipes mobiles

Les équipes mobiles sont constituées d'un personnel compétent qui se rend périodiquement dans les services sanitaires qui ne disposent pas toujours de personnel qualifié pour effectuer les stérilisations. En l'absence de telles

structures, il arrive qu'elles travaillent dans des structures installées temporairement dans des écoles ou des bâtiments communaux, en s'assurant qu'elles sont conformes aux règles essentielles de sécurité et aux normes médicales locales.

- Les équipes mobiles doivent être constituées d'un personnel de la plus haute compétence, très bien formé et expérimenté, capable de fournir des conseils aussi bien que de pratiquer des interventions chirurgicales.
- Des mesures de prévention des infections appropriées doivent être prises.
- Les mesures propres à assurer le suivi après l'intervention doivent faire partie intégrante de la mission de toute équipe mobile.

Orientation vers un service spécialisé

- Il faut mettre en place un système prévoyant d'orienter les clients vers un centre spécialisé en cas d'urgence, de complications ou de problèmes d'ordre médical. Si besoin est, on doit signer des conventions écrites avec les établissements médicaux vers lesquels on prévoit d'orienter les clients.
- Dans les services de planification familiale où la stérilisation n'est pas disponible, mettre en place des dispositifs d'orientation vers les services compétents.

Chirurgiens

Les services proposant la stérilisation ne doivent employer que des chirurgiens qui ont reçu une formation appropriée et possèdent les compétences et l'expérience nécessaires pour maîtriser les techniques de stérilisation décrites dans ces directives. Les descriptifs de fonctions doivent préciser ces compétences.

Volume de travail

L'équipe chirurgicale doit limiter le nombre des interventions afin d'assurer la sécurité des clients et la qualité des services.

Promotion

La vasectomie est une méthode très sous-utilisée, sûre et efficace. Les programmes devraient mettre en oeuvre des stratégies propres à dissiper les malentendus qui nuisent à l'acceptabilité de cette méthode, et la promouvoir.

Les programmes de stérilisation féminine doivent promouvoir la stérilisation post-partum et post-abortum, ainsi que « dans l'intervalle » (voir section 3.7). Ils doivent également encourager les maternités à proposer, avant l'accouchement, des séances d'information consacrées à la stérilisation et aux

autres méthodes contraceptives, ainsi que des services de stérilisation immédiatement après l'accouchement et d'autres services contraceptifs.

Formation

- La formation des nouveaux membres du personnel doit comprendre des cours écrits portant sur les techniques de stérilisation, les soins à apporter aux clients, le traitement des complications, et les conseils à donner.
- Les besoins en formation du personnel existant doivent être évalués périodiquement et la formation nécessaire doit être assurée.
- Tous les membres de l'équipe chirurgicale (les médecins, leurs assistants, les infirmiers, les aides-soignants) doivent bénéficier du programme de formation.

2 Stérilisation masculine

2.1 Définition

La stérilisation masculine, ou vasectomie, consiste à interrompre la capacité reproductive de l'homme et donc à mettre fin de façon permanente à sa fécondité. Elle s'accomplit par un geste opératoire simple, sûr, peu coûteux et bien accepté, qui peut être effectué en ambulatoire. Chaque canal déférent est obstrué ou sectionné, de façon à empêcher la libération des spermatozoïdes dans l'éjaculat.

La vasectomie constitue l'une des méthodes de contraception les plus efficaces. Lorsqu'elle est pratiquée correctement, son taux d'échec est de 0,1 grossesse pour 100 partenaires féminines dans les 12 mois suivant l'intervention.

2.2 Indications

En plus des indications générales (voir section 1.2), la vasectomie doit être sélectionnée lorsque la femme ne peut être stérilisée à cause des risques médicaux auxquels cette intervention l'exposerait.

2.3 Critères de recevabilité médicale

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a mis au point des critères de recevabilité spécifiques pour la stérilisation chirurgicale, différents de ceux qui s'appliquent aux autres méthodes de contraception, car il n'existe aucune raison médicale qui empêche formellement et de façon permanente à une personne de se faire stériliser sur une base volontaire. Il s'agit en fait de mettre en balance les risques associés respectivement à la stérilisation et ceux d'une grossesse non désirée. Certains états ou circonstances imposent néanmoins certaines précautions, voire un délai, avant l'intervention.

Etats qui exigent une attention particulière (catégorie P de la classification établie par l'OMS) : La stérilisation est normalement exécutée dans le cadre des soins habituels, mais avec un surcroît de préparation et de précautions, en présence des facteurs suivants :

- Antécédent de lésion du scrotum.
- Jeune âge.
- Varicocèle importante.
- Hydrocèle importante.
- Cryptorchidie.
- Diabète.
- Etat dépressifs.

Etats qui exigent que la procédure de stérilisation soit différée (catégorie D de la classification établie par l'OMS) : L'intervention est différée jusqu'à ce que l'état pathologique soit évalué et/ou corrigé, et des méthodes de contraception temporaires doivent être offertes, en présence des facteurs suivants :

- Infections locales :
 - Infection cutanée du scrotum.
 - IST évolutive.
 - Balanite.
 - Épididymite ou orchite.
- Infection généralisée ou gastro-entérite.
- Filariose/éléphantiasis.
- Grosseur intrascrotale.

Etats qui exigent une attention particulière (catégorie S de la classification établie par l'OMS) : La stérilisation exige la présence d'un chirurgien et d'un personnel expérimentés, du matériel requis pour l'anesthésie générale, et d'autres services médicaux d'appui. On aura mûrement pesé le choix de la technique opératoire et du type d'anesthésie. Des méthodes contraceptives temporaires doivent être offertes si le client doit être orienté vers un spécialiste, ou si l'intervention doit être reportée pour une raison quelconque à une date ultérieure. Etats concernés :

- Hernie inguinale.
- Troubles de la coagulation.
- Sida.

Il faut également tenir compte des antécédents d'impuissance ou d'autres troubles d'ordre sexuel ; il est possible que la vasectomie intensifie le problème psychologique sous-jacent.

2.4 Conseil, information et consentement éclairé

Se reporter aux directives générales figurant au chapitre 2 (Le conseil), et aux sections 1.4 et 1.5 du présent chapitre.

- Le client doit également être informé que l'intervention n'affecte pas les hormones mâles et n'entraîne aucune modification du fonctionnement et du plaisir sexuels.
- Il faut employer une autre méthode de contraception jusqu'à ce qu'on ait l'assurance de l'absence de spermatozoïdes dans l'éjaculat, ou jusqu'à la douzième semaine après la vasectomie (le conseiller doit apprécier si le client et sa partenaire sont prêts à accepter le recours temporaire à une autre méthode de contraception).

Il est important de donner aux clients l'occasion d'exprimer toute appréhension qu'ils pourraient avoir et de répondre à toutes leurs questions avant le début de l'intervention.

2.5 Qui peut effectuer une vasectomie ?

Tous les médecins, y compris les médecins généralistes, peuvent effectuer une vasectomie, à condition d'avoir été formés convenablement à cette technique. Dans certaines circonstances, la vasectomie peut être effectuée par d'autres professionnels de santé, si la législation et la réglementation nationales le permettent. Lorsque l'intervention n'est pas effectuée par un médecin, il faut pouvoir obtenir l'aide d'un médecin en cas de besoin.

2.6 Bilan médical

- Outre les informations requises à la section 1.6, les antécédents médicaux à prendre en compte dans le cas d'un homme qui requiert une vasectomie doivent également inclure :
 - Tout antécédent de chirurgie scrotale ou inguinale.
 - Les antécédents de troubles sexuels, comme l'impuissance.
- L'*examen physique* précédant une vasectomie doit comprendre :
 - Un examen du scrotum, avec vérification de l'épaisseur de la peau et recherche de cicatrices ou d'une infection.
 - Une palpation à la recherche de testicules ectopiques, d'une hydrocèle, d'une varicocèle, d'une masse intra-scrotale ou d'une hernie inguinale.
 - Les autres examens rendus nécessaires par les antécédents médicaux.

- Les *analyses de laboratoire* pré-opératoires suivantes sont seulement nécessaires si les antécédents ou l'examen clinique l'indique :
 - Hémoglobine et/ou hématoците.
 - Analyse d'urine à la recherche de glucose ou de protéines.

2.7 Préparatifs pré-opératoires

- S'assurer que les antécédents médicaux ont bien été enregistrés, que l'examen physique et toute analyse de laboratoire nécessaire ont été effectués, et que toutes les étapes de cette démarche ont été notées dans le dossier clinique.
- Vérifier que le formulaire de consentement informé a été signé et qu'il est présent dans le dossier.
- Dans la plupart des cas, une prémédication est inutile. Si le client semble avoir besoin d'une sédation, lui administrer, par exemple, 5 mg de diazépam par voie buccale 30 minutes avant l'intervention.

2.8 Anesthésie et technique opératoire

Anesthésie locale

On doit utiliser la plus petite quantité possible de produit anesthésique nécessaire au confort du patient. L'anesthésie générale est très rarement nécessaire.

- On recommande la lidocaïne (lignocaïne) à 1 % sans épinéphrine (adrénaline). (Si l'on ne dispose que de lignocaïne à 2 %, la ramener à 1 % en la diluant avec du sérum physiologique.)
- La dose maximale de lidocaïne ne devrait pas dépasser 4,5 mg par kg de poids du corps. Il est généralement recommandé de ne pas injecter plus de 300 mg (ce qui représente un volume maximal total de 30 ml à 1 % ou de 15 ml à 2 %).

Technique opératoire

S'il existe de nombreuses façons d'occlure le canal déférent (ligature, cautérisation, clips), il n'existe que deux moyens d'accéder à l'intérieur du scrotum :

- La vasectomie conventionnelle par incision ; ou
- La vasectomie sans scalpel (VSS).¹

¹ Pour obtenir plus d'informations sur la vasectomie sans scalpel, consulter : *No-scalpel Vasectomy: An Illustrated Guide for Surgeons*, 3rd edition. New York: EngenderHealth, 2003.

Pour la VSS, on pratique une anesthésie du dérent et on utilise deux instruments spécifiques (une pince annulaire et une pince à disséquer) (Figures 8.1 et 8.2) pour isoler le canal déférent et l'exposer. Du fait que l'incision pratiquée dans la peau du scrotum à l'aide de la pince à disséquer est minuscule, il n'est pas nécessaire de faire des sutures. La VSS présente plusieurs avantages par rapport à la vasectomie traditionnelle : moins d'hématomes et d'infections, procédure moins douloureuse. Cependant, elle ne peut être pratiquée que par un chirurgien ayant reçu une formation appropriée, expérimenté, et équipé du matériel requis.

Figure 8.1



Pince annulaire extra-cutanée

Figure 8.2



Pince à disséquer

La vasectomie doit inclure la section des canaux déférents et la séparation des moignons, ou le prélèvement d'un petit segment de chaque canal. Si l'on utilise la ligature et l'excision en guise de méthode d'occlusion, on place un morceau de la gaine du canal déférent à l'endroit où le petit segment a été sectionné (fascial interposition). La cautérisation thermique ou électrique est peut-être une technique d'occlusion plus efficace, même lorsque la cautérisation est utilisée seule.

Outre les principes mentionnés à la section 1.8, il faut observer quelques règles de base :

- Les conditions d'asepsie doivent être respectées, c'est-à-dire que le brossage des mains et le port de gants stériles sont nécessaires. Le port d'un bonnet, d'un masque et d'une blouse stérile est souhaitable mais pas nécessaire pour une vasectomie.
- Le badigeonnage du scrotum, des cuisses, et du périnée, est effectué à l'aide d'un antiseptique efficace (par exemple, de l'iode aqueux ou une solution de

chlorhexidine à 4 %). Il faut poser des champs.

- Il est important d'assurer l'hémostase de façon minutieuse et de manipuler les tissus avec douceur, pour le confort et la sécurité du patient. Les incisions doivent être aussi petites que possible mais permettre en même temps un bon accès aux canaux déférents.

2.9 Soins post-opératoires

- Un homme qui vient de subir une vasectomie sans sédation peut quitter la clinique, après s'être reposé pendant 30 minutes, si aucun saignement n'apparaît dans la zone opératoire. Si un sédatif a été administré, il faut contrôler les signes vitaux jusqu'à stabilisation complète. Le client peut alors être autorisé à sortir.
- Si une gêne subsiste, on peut donner de simples analgésiques oraux.

2.10 Instructions données aux hommes après l'intervention

Avant d'autoriser la sortie du client, fournissez-lui les instructions suivantes par oral et par écrit :

- Il doit passer le reste de la journée à se reposer à son domicile et éviter les rapports sexuels, les travaux difficiles et les exercices énergiques pendant 48 heures. Ce temps de repos est important pour diminuer le risque de complications.
- L'incision doit rester propre et sèche. L'homme peut prendre un bain le lendemain de l'acte chirurgical, mais il doit éviter de mouiller la plaie. Le lavage de la plaie avec de l'eau et du savon est autorisé après trois jours, mais elle doit être bien séchée.
- Il doit contacter le service où il a subi l'opération en cas de fièvre, de saignement ou d'écoulement purulent au niveau de l'incision, d'apparition de douleurs importantes ou d'un oedème.
- Il n'est pas stérile immédiatement : il doit donc utiliser des préservatifs ou une autre méthode contraceptive temporaire pendant 12 semaines au moins, ou jusqu'à ce que l'absence de spermatozoïdes dans l'éjaculat ait été démontrée (lorsque l'analyse du sperme peut être réalisée).
- Si une vasectomie conventionnelle a été pratiquée, il doit effectuer une visite de contrôle environ une semaine après l'intervention.

Il faut donner au client l'occasion de poser des questions et d'exprimer ses inquiétudes.

2.11 Suivi

Examen post-opératoire de suivi

On doit proposer au client un examen post-opératoire environ une semaine après la vasectomie. Sauf en cas de complications, cet examen peut être effectué par un professionnel de santé qui n'est pas médecin, mais celui-ci doit avoir reçu une formation appropriée. Pendant la visite de contrôle :

- Si une vasectomie traditionnelle a été pratiquée, examinez le scrotum pour vérifier la bonne cicatrisation.
- Vérifiez qu'une analyse du sperme est prévue (si possible).
- Si des soins ultérieurs sont nécessaires, fixez une date pour la prochaine visite.

Analyse du sperme

- S'il est possible de la réaliser, on la propose 12 semaines après l'intervention.
- Si le client demande à ce que son sperme soit analysé, mais qu'il ne vous est pas possible de procéder à cet examen, il faut l'adresser à un autre service qui peut effectuer cette analyse.
- Si, après une période de 12 semaines, des spermatozoïdes mobiles sont encore présents, le service qui a effectué la vasectomie doit évaluer à nouveau ce cas et prendre les mesures qui s'imposent. Une deuxième analyse du sperme est indiquée et si la première vasectomie a échoué on peut proposer au client d'en subir une deuxième.

2.12 Complications

Les complications éventuelles sont les suivantes : des saignements au cours de l'intervention, une réaction à l'anesthésique local utilisé, un oedème post-opératoire du scrotum, une contusion et des douleurs, la formation d'un hématome, une infection et, plus tard, une épididymite congestive et le développement d'un granulome. Le diagnostic précoce des complications est essentiel, ainsi qu'un traitement rapide de celles-ci, et **la formation portant sur la vasectomie doit inclure les méthodes d'identification des complications et les moyens d'y faire face.**

Toute difficulté d'ordre chirurgical rencontrée au cours de l'opération doit être portée au dossier du client, car elle peut expliquer des complications survenant durant la période post-opératoire. Tout accident chirurgical doit également être porté au dossier du client, même s'il a été corrigé pendant l'opération.

3 Stérilisation féminine

3.1 Définition

La stérilisation féminine consiste à interrompre la capacité reproductive de la femme et donc à mettre fin de façon permanente à sa fécondité. Elle s'accomplit par l'occlusion bilatérale ou la résection des trompes de Fallope.

L'occlusion des trompes est une procédure sans danger et bien acceptée, qui s'accomplit par ligature – parfois avec résection – ou mécaniquement, à l'aide de clips (pinces) ou d'anneaux.

3.2 Indications

La liste des cas dans lesquels la stérilisation féminine est indiquée figure à la section 1.2.

3.3 Critères de recevabilité médicale

Comme indiqué à la section 2.3, l'OMS a mis au point des critères de recevabilité spécifiques pour la stérilisation chirurgicale, différents de ceux qui s'appliquent aux autres méthodes de contraception, car il n'existe aucune raison médicale qui empêche formellement et de façon permanente à une personne de se faire stériliser sur une base volontaire. Il s'agit seulement de comparer les risques associés à la stérilisation et à une grossesse non désirée, respectivement. Certains états ou circonstances imposent néanmoins certaines précautions, voire un délai, avant l'intervention.

Etats qui exigent une attention particulière (catégorie P de la classification établie par l'OMS) : La stérilisation est normalement exécutée dans le cadre des soins habituels, mais avec un surcroît de préparation et de précautions, en présence des facteurs suivants :

- Jeune âge.
- Obésité avec indice de masse corporelle (IMC) ≥ 30 kg/m².
- Hypertension :
 - Antécédents d'hypertension dans les cas où la tension artérielle ne peut être mesurée (notamment pendant la grossesse).
 - Hypertension contrôlée adéquatement, lorsque la tension artérielle peut être mesurée.
 - Hypertension modérée (tension artérielle systolique 140–159 ou diastolique 90–99).
- Antécédent de cardiopathie ischémique.
- Antécédent d'accident vasculaire cérébral.

- Valvulopathie cardiaque non compliquée.
- Épilepsie.
- Cancer du sein actuel.
- Fibromes utérins (entraînant ou non une déformation de la cavité utérine).
- Antécédents de maladie inflammatoire pelvienne sans grossesse ultérieure.
- Schistosomiase avec fibrose hépatique.
- Diabète sans complication vasculaire (insulino-dépendant ou non).
- Hypothyroïdie.
- Cirrhose légère (compensée).
- Tumeur hépatique bénigne ou maligne.
- Thalassémie.
- Drépanocytose.
- Anémie ferriprive (Hb 7-10 g/dl).
- Hernie diaphragmatique.
- Néphropathie.
- Carences nutritionnelles graves.
- Stérilisation concomitante avec une chirurgie abdominale (intervention programmée).
- Etat dépressifs.
- Antécédents de chirurgie abdominale ou pelvienne.

Etats qui exigent que la procédure de stérilisation soit différée (catégorie D de la classification établie par l'OMS) : L'intervention est différée jusqu'à ce que l'état pathologique soit évalué et/ou corrigé. Des méthodes de contraception temporaires doivent être offertes en présence des facteurs suivants :

- Grossesse.
- Entre les 7^e et 42^e jours du post-partum.
- Pré-éclampsie/éclampsie grave.
- Rupture prolongée des membranes (depuis au moins 24 heures).
- Infection puerpérale, fièvre du post-partum, fièvre puerpérale.
- Hémorragie grave de l'ante-partum ou du post-partum.
- Lésion grave de l'appareil génital au moment de l'accouchement (déchirure cervicale ou vaginale).
- Infection ou fièvre post-abortum.
- Hémorragie grave post-abortum.
- Lésion grave de l'appareil génital au cours de l'avortement (déchirure

cervicale ou vaginale).

- Hématométrie aiguë.
- Thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire actuelle (TVP/EP).
- Chirurgie majeure avec immobilisation prolongée.
- Cardiopathie ischémique actuelle.
- Saignements vaginaux inexpliqués avant l'évaluation.
- Maladie trophoblastique gestationnelle maligne.
- Cancer du col utérin en attente de traitement ; cancer de l'endomètre ou de l'ovaire.
- Maladie inflammatoire pelvienne actuelle ou au cours des 3 derniers mois.
- Infection sexuellement transmissible (IST), notamment cervicite purulente.
- Cholecystopathie en cours.
- Hépatite virale évolutive.
- Anémie ferriprive (Hb < 7 g/dl).
- Infection cutanée abdominale.
- Bronchite ou pneumonie aiguë.
- Infection généralisée ou gastro-entérite.
- Stérilisation concomitante avec une chirurgie abdominale (en urgence et sans que la cliente ait été conseillée), ou état infectieux.

Etats qui exigent une attention particulière (catégorie S de la classification établie par l'OMS) : La stérilisation exige la présence d'un chirurgien et d'un personnel expérimentés, du matériel d'anesthésie générale et d'autres services médicaux d'appui. On aura mûrement pesé le choix de la technique opératoire et du type d'anesthésie. Des méthodes contraceptives temporaires doivent être offertes si la cliente doit être orientée vers un spécialiste, ou si l'intervention doit être reportée pour une raison quelconque à une date ultérieure. Etats concernés :

- Rupture ou perforation utérines post-partum.
- Perforation utérine post-abortum.
- Facteurs de risque multiples d'artériopathies cardio-vasculaire (par ex. âge, tabagisme, diabète et hypertension).
- Hypertension (tension artérielle systolique ≥ 160 ou diastolique ≥ 100).
- Hypertension avec pathologie vasculaire.
- Valvulopathie cardiaque compliquée.
- Endométriose.
- Sida.

- Tuberculose génito-urinaire avérée.
- Diabète avec néphropathie, rétinopathie, neuropathie.
- Diabète avec autre pathologie vasculaire ou remontant à plus de 20 ans.
- Hyperthyroïdie.
- Cirrhose grave (décompensée).
- Troubles de la coagulation.
- Asthme, bronchite, emphysème ou infection pulmonaire chronique.
- Utérus non mobile par suite d'une intervention chirurgicale ou d'une infection.
- Hernie abdominale ou ombilicale.

3.4 Conseil, information et consentement éclairé

Se référer aux directives générales du Chapitre 2 (Le conseil), et aux sections 1.4 et 1.5 du présent chapitre. Il faut informer la cliente des faits suivants :

- Les hormones féminines ne sont pas affectées par la stérilisation, la cliente ne perdra pas sa féminité et il ne se produira aucune modification du fonctionnement et du plaisir sexuels.
- Son cycle menstruel continuera comme à l'ordinaire. (Toutefois, si elle utilisait jusqu'alors un DIU ou une méthode hormonale, elle pourra observer des perturbations temporaires de son cycle.)
- Il existe un faible risque d'échec et il se peut dans ce cas que la grossesse soit extra-utérine.

La décision de stérilisation ne doit pas être prise en période de stress, par exemple immédiatement avant, pendant ou après l'accouchement ou l'avortement.

- Néanmoins, il arrive qu'au moment de l'accouchement ou de l'avortement, des clientes aient déjà décidé de choisir la stérilisation sans en avoir fait la demande expressément. Dans ces conditions, on ne doit pas refuser la stérilisation à une femme qui en exprime spontanément le désir après l'accouchement ou l'avortement si elle a reçu des conseils et a pris sa décision en toute connaissance de cause.
- Dans certaines circonstances, il se peut qu'une femme qui entend parler de la stérilisation pour la première fois pendant la période puerpérale ou post-abortum soit en mesure de prendre sa décision librement et en toute connaissance de cause après avoir été conseillée.

Il est important de donner à la cliente l'occasion d'exprimer toute appréhension qu'elle pourrait avoir et de répondre à toutes ses questions, afin de la rassurer avant le début de l'intervention.

3.5 Qui peut effectuer la stérilisation féminine ?

- Les médecins, qu'ils soient ou non spécialisés, peuvent effectuer des minilaparotomies, sous réserve d'avoir été formés correctement aux techniques opératoires et d'anesthésie locale.
- Dans certains cas, par exemple quand les demandes sont trop nombreuses compte tenu des médecins expérimentés disponibles, les infirmiers et les sages-femmes ayant une expérience chirurgicale peuvent être formés à ce type d'intervention, pour autant que la législation et la réglementation nationales l'autorisent.
- Lorsque l'intervention n'est pas effectuée par un médecin, il faut que le praticien puisse en consulter un en cas de difficultés d'ordre chirurgical ou de complications. Par ailleurs, les protocoles gouvernant les exclusions liées à des contre-indications doivent être clairement définis.
- Tous les opérateurs devront avoir été certifiés compétents pour effectuer la stérilisation par **un formateur faisant autorité, et avoir réalisé seuls au moins 10 interventions sous sa supervision.**
- L'équipe médicale effectuant une stérilisation féminine devra être composée de trois personnes au minimum : un médecin ou un infirmier formé à la chirurgie, un assistant en chirurgie et un aide-soignant chargés de seconder le praticien et son assistant et de surveiller l'état de la cliente.
- Seuls les médecins ayant l'expérience de la chirurgie abdominale et pelvienne pourront être formés à la technique de la stérilisation avec laparoscopie.

3.6 Bilan médical

- *Antécédents médicaux* : Se référer à la section 1.6 du présent chapitre. En outre, prendre en compte les facteurs suivants chez la femme :
 - Type de contraception utilisé à l'heure actuelle.
 - Date des dernières règles.
 - Antécédents d'affections pelviennes.
 - Antécédents obstétricaux.
 - Antécédents d'interventions chirurgicales abdominales ou pelviennes.
- *L'examen physique doit comprendre* :
 - Pesée.
 - Température.
 - Tension artérielle.
 - Pouls.
 - Auscultation du coeur et des poumons.

- Examen abdominal.
- Évaluation de l'état nutritionnel.
- Examen de la peau au niveau de la zone à opérer.
- Autres examens justifiés par les antécédents médicaux.

De plus, avant une opération en dehors de périodes de grossesse (« dans l'intervalle »), le chirurgien devra effectuer un examen pelvien bimanuel méticuleux, portant en particulier sur la taille de l'utérus, sa position et sa mobilité, ainsi que sur tout signe d'infection ou de masse pelviennes qui constituerait une contre-indication temporaire à une intervention chirurgicale de routine.

Avant une opération pendant le post-partum ou le post-abortum, vérifier avec soin l'absence de complications liées à l'accouchement ou à l'avortement afin de s'assurer qu'il n'existe pas de contre-indication temporaire. Si les antécédents médicaux et les conclusions de l'examen physique ne figurent pas dans le dossier clinique, il faut déterminer ces antécédents et procéder à l'examen.

- *Les examens de laboratoire doivent inclure :*
 - Taux d'hémoglobine et hématoците.
 - Autres analyses justifiées par les antécédents médicaux et l'examen physique.
 - Un frottis cervico-vaginal, si possible et si prévu à cette date ; cependant, le fait de ne pas obtenir de frottis cervico-vaginal ou son résultat ne justifie pas que l'opération soit retardée ou refusée.

Tous les résultats de l'examen médical doivent être enregistrés dans le dossier clinique de la cliente.

NOTE : Si la cliente est porteuse d'un DIU ou d'un implant, il peut être retiré, mais seulement après l'intervention chirurgicale. Ainsi, la cliente conservera une protection contraceptive si l'occlusion n'est pas couronnée de succès.

3.7 Moment de l'intervention

La stérilisation féminine peut être pratiquée aux moments suivants :

- *Stérilisation « dans l'intervalle »* : Non associée à une grossesse.
- *Stérilisation post-partum* : Dans la semaine suivant l'accouchement ou en même temps qu'une césarienne. Le meilleur moment pour la stérilisation post-partum a lieu dans les 48 heures suivant l'accouchement. Si elle est effectuée entre le troisième et le septième jour du post-partum, il peut

s'avérer difficile d'atteindre les trompes après une incision sub-ombilicale en raison de l'involution de l'utérus. Une palpation délicate du fond de l'utérus doit être pratiquée afin de déterminer sa position.

- *Stérilisation post-abortionum* : Dans la semaine suivant l'avortement.

Ne pas effectuer de stérilisation post-partum ou post-abortionum plus de 7 jours après un accouchement ou après un avortement pratiqué au deuxième trimestre de la grossesse. Au-delà de 7 jours, retarder le procédé jusqu'à après 28 jours, afin d'éviter des complications chirurgicales et des risques supplémentaires.

3.8 Préparatifs pré-opératoires

- Vérifier que tous les examens (physique, de laboratoire) requis ont été effectués et que leurs résultats, ainsi que les antécédents médicaux, figurent au dossier clinique.
- Vérifier que le formulaire de consentement informé a été signé et qu'il est présent dans le dossier.
- Administrer les prémédications à la cliente.

3.9 Anesthésie et technique opératoire

Anesthésie

Pour la stérilisation féminine, utiliser une anesthésie locale associée à une sédation légère. Le personnel ayant reçu une formation appropriée peut avoir recours à une anesthésie locale pour la minilaparotomie et la laparoscopie. Le but de la sédation est de calmer et de détendre la cliente **tout en la maintenant éveillée**.

- N'utiliser que des doses d'analgésiques (ex. mépéridine – entre 25 et 50 mg) et de sédatifs (ex. diazépam – entre 5 et 10 mg) permettant de garder la cliente éveillée. Toute dose entraînant un état semi-conscient ou inconscient de la cliente compromettra la ventilation et se traduira par une dépression respiratoire.

Technique de l'anesthésie locale :

- Injecter dans la peau et les tissus sous-cutanés 10 à 15 ml de solution de lidocaïne (lignocaïne) à 1 % sans épinéphrine (adrénaline). Faire une seule piqûre à l'endroit du corps où l'opération va être pratiquée. Si on ne dispose que de lidocaïne à 2 %, il est nécessaire de la ramener à 1 % en la diluant avec du sérum physiologique.

- Attendre 1 à 3 minutes que l'anesthésie locale fasse son effet avant d'effectuer l'incision.
- *La dose maximale de lidocaïne à 1 % qu'il soit possible d'administrer en toute sécurité est de 4,5 mg/kg.* Pour une femme pesant 50 kg, la dose maximale est donc de 25 ml de lidocaïne à 1 %.

Tous les membres de l'équipe doivent connaître les dosages corrects de tous les médicaments faisant partie du protocole anesthésique et comprendre qu'il faut diminuer les doses pour les clientes d'un poids inférieur à la moyenne. Tout nouveau médicament devra faire l'objet d'instructions claires et précises qui seront ajoutées aux directives en matière d'anesthésie.

NOTE : L'anesthésie générale peut être nécessaire dans les cas d'extrême obésité, d'adhérences abdominales suspectées, ou en présence de certaines maladies mentales. L'anesthésie rachidienne ou épidurale est rarement justifiée pour la procédure rapide de stérilisation.

Technique opératoire

Outre les principes mentionnés à la section 1.8, il faut observer quelques règles de base :

- Les conditions d'asepsie doivent être respectées, c'est-à-dire que le brossage des mains, le port d'un bonnet, d'un masque, d'une blouse et de gants stériles sont nécessaires.
- La zone à opérer doit être badigeonnée à l'aide d'un antiseptique (par exemple, de l'iode aqueux ou une solution de chlorhexidine à 4 %).
- L'élévateur utérin, pour les procédures « dans l'intervalle », doit être utilisé correctement.
- Pour le confort et la sécurité de la patiente, il est important d'assurer l'hémostase de façon minutieuse et de manipuler les tissus avec douceur. Les incisions doivent être aussi petites que possible tout en permettant un bon accès aux trompes de Fallope.

Types de techniques chirurgicales

- *Minilaparotomie* : C'est une version simplifiée de la laparotomie, dans laquelle l'incision ne dépasse pas 5 cm. Une incision transversale ou longitudinale est pratiquée sous le nombril pour les clientes en post-partum (elle ne dépasse en général pas 2 cm), tandis que pour les procédés « d'intervalle » ou post-abortum, on pratique une incision transversale immédiatement sous la limite supérieure des poils pubiens.

- La minilaparotomie peut présenter des difficultés si la femme est obèse, si l'utérus est immobile ou si les trompes ont des adhérences dues à une infection ou à une intervention chirurgicale antérieure. Dans ces conditions, on devra parfois orienter la cliente vers un autre centre médical.
- *Laparoscopie* : Cette technique utilise un instrument endoscopique inséré au moyen d'une incision de 1 à 1,5 cm sous le nombril.
 - La laparoscopie ne doit pas être effectuée immédiatement après l'accouchement ou immédiatement après un avortement du deuxième trimestre.
- *Autres techniques* : La laparotomie implique une incision de plus de 5 cm de long. Il ne faut pas l'utiliser pour les procédures de stérilisation de routine. On peut l'utiliser quand la stérilisation est pratiquée en conjonction avec une césarienne ou toute autre opération gynécologique. Pour la laparotomie, on pratiquera une anesthésie régionale ou générale.

Il n'est pas recommandé d'utiliser systématiquement les techniques par la voie vaginale (colpotomie, culdoscopie) dans le cadre des programmes de stérilisation en raison des taux d'infection plus élevés qui y sont associés.

Recommandation : La minilaparotomie est la méthode à préférer lorsqu'on ne dispose que de ressources limitées en matériel ; elle doit être proposée dans la plupart des centres médicaux. La laparoscopie doit être réservée de préférence aux centres médicaux plus importants dotés de chirurgiens ayant reçu une formation appropriée, d'instruments entretenus correctement et d'infrastructures d'urgence pour les cas de complications.

Méthodes d'occlusion des trompes

- Il existe plusieurs méthodes d'occlusion. On utilisera de préférence celles qui endommagent le moins possible les trompes. Ces méthodes sont entre autres *la ligature de Pomeroy modifiée, les anneaux d'occlusion et les clips d'occlusion*. La technique de Parkland à double ligature de la trompe, avec résection de la portion entre les ligatures, est elle aussi appropriée.
- Il n'est pas recommandé d'utiliser la thermocoagulation, la fimbriectomie et la salpingectomie de façon systématique pour les occlusions.
- L'hystérectomie ne doit pas être utilisée isolément à des fins de stérilisation. Elle doit être réservée aux femmes souffrant de troubles gynécologiques nécessitant l'ablation de l'utérus.

Recommandation : Il est recommandé de choisir de préférence les méthodes d'occlusion des trompes par ligature ou au moyen d'anneaux ou de clips d'occlusion.

Surveillance médicale de la cliente pendant l'opération

- Dans le cadre de procédures de stérilisations normales exemptes de complications, on vérifiera et on enregistrera les signes vitaux de la cliente (pouls, respiration, pression artérielle) juste avant l'opération, puis pendant l'opération, selon que de besoin, et juste avant que la cliente quitte la table d'opération.
- Si l'intervention se prolonge au-delà de la durée habituelle, ou en cas de complications ou d'anesthésie générale prolongée, on procédera à une surveillance accrue des signes vitaux.
- Les membres de l'équipe chirurgicale devront parler à la cliente pendant l'opération afin de la réconforter et de la rassurer, mais aussi afin de surveiller la profondeur de l'analgésie et de la sédation.

3.10 Soins post-opératoires

- Surveiller le pouls, la respiration, la tension artérielle et l'état général de la cliente toutes les 15 minutes pendant au moins une heure, jusqu'à ce que les signes vitaux soient stables et identiques à ce qu'ils étaient avant l'intervention, puis toutes les heures jusqu'à ce que la cliente ait récupéré et soit autorisée à sortir. Les signes vitaux doivent être enregistrés dans le dossier clinique.
- Proposez à la cliente des liquides tels que du jus de fruit.
- La cliente peut sortir le jour même de l'opération, dès qu'elle a récupéré et ne ressent plus les effets de l'anesthésie et de la sédation.
 - Le signe de Romberg – la cliente debout les yeux fermés ne perd pas l'équilibre peut être utilisé comme signe de récupération.
 - En général, la cliente est autorisée à rentrer chez elle dès qu'elle peut marcher, s'habiller et s'exprimer de façon cohérente.
- En règle générale, ne pas utiliser d'antibiotiques à des fins prophylactiques.
- Utiliser un simple analgésique oral contre les douleurs. Donner à la cliente qui rentre chez elle une provision pour deux jours.

3.11 Instructions données aux femmes après l'intervention

Avant d'autoriser la sortie de la cliente, il faut lui renouveler toutes les instructions qui se rapportent aux soins post-opératoires et lui remettre des instructions par écrit.

La cliente qui vient de subir une stérilisation doit savoir :

- Qu'elle doit passer un jour ou deux à se reposer à son domicile et que ce temps de repos est important pour diminuer le risque de survenue de complications.
- Qu'elle pourra reprendre au bout de deux ou trois jours quelques activités non contraignantes et au bout d'une semaine toutes ses activités habituelles, y compris les rapports sexuels.
- Que l'incision doit rester propre et sèche et qu'elle peut se laver 24 heures après l'intervention chirurgicale, mais doit éviter de mouiller la plaie.
- Comment utiliser les médicaments qui lui ont été prescrits.
- Quels sont les signes à surveiller de problèmes et ce qu'elle doit faire dans chaque cas (ex : fièvre, douleur, saignements).
- Où aller et qui contacter en cas d'urgence, de problème ou de préoccupation.
- Où et quand revenir pour une consultation de contrôle.

Par ailleurs, il faut bien faire comprendre à la cliente :

- Qu'elle est stérile à partir du moment où l'opération a été effectuée.
- Que ses règles se produiront normalement jusqu'à la ménopause.
- Que si elle n'a pas ses règles ou si elle présente des signes suggérant une grossesse, ou encore si elle souffre de douleurs abdominales ou pelviennes, elle doit contacter immédiatement le centre médical.

La cliente doit avoir l'occasion de poser des questions et d'exprimer toute préoccupation.

3.12 Suivi

La visite de contrôle devra avoir lieu de 7 à 10 jours après l'intervention. Il est souhaitable que ce soit le chirurgien qui effectue lui-même l'examen de suivi. Néanmoins, tout agent sanitaire qualifié est habilité à effectuer l'examen et à gérer les complications mineures éventuelles. Pendant la visite de contrôle :

- Demandez à la cliente de poser des questions ou de vous faire part de ses préoccupations éventuelles. Discutez-en avec elle.
- Examinez la zone opérée et procédez au retrait des points de suture, le cas échéant. Effectuez tout autre examen justifié pour cette cliente.
- Prévoyez une autre visite de contrôle si l'état de la cliente a besoin de soins complémentaires.

On mettra tout en oeuvre, y compris l'appel aux structures de suivi à base communautaire, pour prendre contact avec une cliente qui ne s'est pas présentée à la visite de contrôle.

Toutes les initiatives innovatrices en matière de suivi de la cliente doivent être encouragées : par exemple, certains programmes remettent aux clientes une carte postale qu'elles doivent renvoyer si elles ont des questions ou des problèmes à régler.

3.13 Complications

Les complications pouvant résulter de l'occlusion des trompes comprennent : hémorragie intrapéritonéale (généralement liée à la laparoscopie), infection pelvienne ou péritonite, formation d'hématomes, saignements ou infection au niveau de la zone opérée. En de rares occasions, des urgences chirurgicales peuvent survenir : lésions à l'utérus, aux intestins ou à la vessie, embolie ou emphysème (laparoscopie). Il est essentiel de déceler immédiatement ces problèmes afin de garantir un traitement rapide. En cas d'échec de la méthode, la grossesse extra-utérine doit être exclue. **La formation aux méthodes d'occlusion des trompes doit comprendre l'identification et la gestion des complications.**

Il faut enregistrer toute difficulté chirurgicale rencontrée lors de l'intervention, car elle peut expliquer les complications apparaissant au cours de la période post-opératoire. Tout incident chirurgical devra être enregistré dans le dossier de la cliente, même si cet incident a été résolu avec succès au cours de l'opération.

Photo : Philip Wolmuth/Jordan



9 METHODES FONDEES SUR L'OBSERVATION DES SIGNES DE FECONDITE

1 Introduction

Pour avoir recours aux méthodes fondées sur l'observation des signes de fécondité, une femme doit connaître le début et la fin de la période féconde de son cycle menstruel. Ces méthodes impliquent souvent la pratique de l'abstinence périodique – une méthode qui empêche le contact entre les spermatozoïdes et l'ovule puisque tout rapport sexuel est évité pendant la phase féconde du cycle menstruel. Cette méthode repose donc sur la capacité du couple *d'identifier* la phase féconde de chaque cycle menstruel, mais aussi sur sa motivation et sur sa discipline puisqu'il doit *pratiquer l'abstinence* quand elle est nécessaire.

Une proportion significative de couples trouve difficile de prévoir ou d'identifier avec précision le début et la fin de la phase féconde. Il arrive aussi qu'ils prennent des risques en ne respectant pas la règle de l'abstinence périodique. Pour constituer un moyen de contraception efficace, les méthodes fondées sur l'observation des signes de fécondité exigent donc :

- Des conseils appropriés.
- Une formation adéquate à l'utilisation de cette technique.
- Un suivi bienveillant des prestataires.

Les résultats de certaines études indiquent des taux d'échec très élevés, qui fluctuent entre 10 et 30 grossesses pour 100 utilisatrices chaque année. Les clients qui trouvent difficile l'utilisation de cette méthode ont la possibilité de lui en substituer une autre.

Les techniques utilisées pour identifier la phase féconde du cycle menstruel – début de la période d'abstinence – sont les suivantes :

- Méthode de la courbe des températures.
- Méthode de la glaire cervicale ou de l'ovulation (Billings).
- Méthode du calendrier ou du rythme (Ogino-Knaus).
- Méthode sympto-thermique.
- Méthode des jours fixes.

Les méthodes fondées sur l'observation des signes de fécondité peuvent être utilisées en combinaison avec d'autres méthodes contraceptives : le couple n'utilise de méthodes barrières que pendant la phase féconde du cycle. Les méthodes reposant sur la prévision de l'ovulation sont également utiles pour gérer l'infécondité, car les couples qui souhaitent procréer améliorent leurs

chances de concevoir s'ils sont capables de reconnaître la phase féconde du cycle.

Les méthodes fondées sur l'observation des signes de fécondité présentent les avantages suivants (résumés dans l'encadré 9.1) :

- Elles ne s'accompagnent d'aucun effet secondaire.
- Les couples ont la possibilité d'en apprendre davantage au sujet de leur physiologie sexuelle et de mieux comprendre leurs fonctions reproductives.
- La responsabilité de la planification familiale est partagée par les deux partenaires, ce qui est susceptible de conduire à une communication et à une coopération accrues.
- Après la formation initiale et au terme des consultations de suivi, nombre d'utilisateurs pratiquent la méthode sans autre assistance et quasiment sans frais.
- Ainsi, après la formation initiale et le suivi, il n'est plus nécessaire d'avoir recours à un personnel qualifié pour la prestation de services.

Les méthodes fondées sur l'observation des signes de fécondité présentent les inconvénients suivants (résumés dans l'encadré 9.1) :

- Leur succès dépend de la motivation et de la coopération des deux partenaires, ce qui peut être une source de problèmes.
- L'efficacité réelle est inférieure à celle enregistrée avec la plupart des autres méthodes de contraception.
- Au départ, la formation est relativement longue, ce qui implique souvent que le personnel y consacre beaucoup de temps. Certaines femmes risquent de devenir enceintes pendant qu'elles apprennent la technique.
- Certaines femmes trouvent ennuyeuses la surveillance et la consignation quotidiennes des signes de fécondité constituent un ennui.
- De longues périodes d'abstinence sexuelle sont susceptibles de créer des difficultés au sein du couple et peuvent être une source de stress.
- Les femmes qui ont des cycles irréguliers trouvent la méthode difficile à utiliser.
- Les signes et les symptômes qui servent de repères pour identifier à l'avance les périodes de fécondité varient énormément lorsque la femme allaite.

Encadré 9.1 : Avantages et inconvénients des méthodes fondées sur l'observation des signes de fécondité

<i>Avantages</i>	<i>Inconvénients</i>
Aucun effet secondaire.	Coopération et motivation nécessaires.
Meilleure compréhension du cycle sexuel.	Faible degré d'efficacité.
Responsabilité partagée.	Échec possible pendant la période de formation, assez longue.
Après la formation, pas d'assistance nécessaire.	La surveillance et la consignation quotidiennes peuvent constituer un désagrément.
Après la formation, coût négligeable.	Difficile à appliquer en cas de cycles irréguliers.
Après la formation, pas de personnel de santé requis.	Impossible de faire des prévisions en période d'allaitement.

1.1 Indications générales

Les méthodes fondées sur l'observation des signes de fécondité constituent une option de substitution pour les couples qui ne souhaitent pas utiliser une autre méthode contraceptive plus efficace pour les raisons suivantes :

- Crainte des effets secondaires.
- Obstacles religieux ou culturels.
- Difficultés rencontrées pour se procurer d'autres méthodes.

1.2 Indications

Aucune.

1.3 Situations qui nécessitent une attention particulière

Lorsqu'un prestataire conseille une cliente quant à la possibilité pour elle d'utiliser les méthodes fondées sur l'observation des signes de fécondité en tant que moyen de contraception, il doit accorder une attention particulière aux situations suivantes :

- La femme a particulièrement besoin d'une protection hautement efficace contre la grossesse (celle-ci constituerait, par exemple, un risque élevé pour sa santé).
- Le couple n'est pas en mesure d'observer l'abstinence sexuelle, comme l'exigent ces méthodes.

1.4 Difficultés associées à certains groupes

Il est difficile, pour certains groupes de clientes, d'obtenir de bons résultats lorsqu'elles ont recours aux méthodes fondées sur l'observation des signes de fécondité.

Adolescentes

Chez l'adolescente, le cycle est souvent anovulatoire, ce qui rend difficile l'apprentissage et la pratique de ces méthodes. De plus, les clients jeunes trouvent parfois particulièrement difficile d'observer l'abstinence sexuelle lorsqu'elle est requise.

Femmes à l'approche de la ménopause

Pendant les dernières années de la phase reproductive de la vie, l'ovulation devient irrégulière. Du fait que leurs cycles sont anovulatoires et irréguliers, les clientes ont parfois du mal à évaluer les signes et les symptômes de la fécondité. Toutefois, ces clientes sont plus susceptibles que d'autres d'avoir une bonne expérience de l'abstinence périodique et donc de trouver cet inconvénient plus facile à supporter et d'observer de plus longues périodes d'abstinence.

Femmes post-partum

Après l'accouchement, le moment du retour de l'ovulation varie selon que la femme allaite ou non. Lorsque l'ovulation revient, il arrive que les signes de fécondité soient difficiles à interpréter, ce qui peut rendre nécessaire une période d'abstinence prolongée. Si les rapports sexuels ont posé des difficultés pendant les derniers stades de la grossesse, cette période d'abstinence peut sembler encore plus longue.

1.5 Conseil et information

En cas de recours aux méthodes fondées sur l'observation des signes de fécondité en tant que moyen de contraception, la responsabilité doit être partagée par les deux partenaires. Des conseils appropriés doivent être prodigués, dans l'idéal, aux deux partenaires, au moment où ils choisissent la méthode, puis quand ils en font l'apprentissage et commencent à la pratiquer. Le prestataire qui prodigue les conseils doit déterminer s'il est probable que les partenaires vont coopérer. Il doit le faire particulièrement dans le cas où le partenaire masculin n'assiste pas à la séance de conseil. Il faut évoquer avec les clients :

- Les avantages et les inconvénients de la technique, par rapport aux autres méthodes contraceptives.
- Les différentes façons de rendre la période d'abstinence la plus efficace possible et la nécessité de consigner chaque jour les signes de fécondité.

- La nécessité pour eux d'aller au terme de la formation initiale et de se rendre à des consultations de suivi régulières tant qu'ils ne sont pas sûrs d'être en mesure de détecter eux-mêmes les signes de fécondité.
- La nécessité pour eux d'être fortement motivés et de respecter strictement les périodes d'abstinence sexuelle s'ils souhaitent que la méthode donne les meilleurs résultats.
- Le taux d'échec élevé de ces méthodes, surtout en phase d'apprentissage de la technique, si d'autres précautions contraceptives ne sont pas prises.
- La nécessité de se rendre à une autre consultation en cas de doute quant à la manière dont il faut interpréter tel ou tel signe ou symptôme de fécondité, ou si la femme n'a pas ses règles à la date prévue.

1.6 Qui peut fournir des instructions quant à la méthode ?

Les professionnels de santé, les non-spécialistes, voire des couples expérimentés peuvent enseigner la méthode, pour autant qu'ils aient reçu une formation appropriée.

1.7 Bilan de santé

Il n'est pas nécessaire de procéder à un bilan de santé avant d'utiliser une méthode fondée sur l'observation des signes de fécondité. Toutefois, lorsqu'une femme se rend dans une clinique qui propose des services de planification familiale et de santé sexuelle et reproductive (SSR) pour déterminer quelle méthode contraceptive elle veut utiliser, la consultation peut être mise à profit pour lui proposer un examen de santé de routine.

1.8 Enseignement de la méthode

Le succès des méthodes fondées sur l'observation des signes de fécondité dépend de la qualité de la formation dispensée aux clients et de leur détermination à réussir dans cette entreprise. La formation initiale devrait se prolonger au moins jusqu'à ce que les deux partenaires sachent avec certitude comment les utiliser – ce qui peut prendre environ 3 mois, voire plus. Pendant cette période, les clients doivent être reçus au moins une fois par mois par un prestataire de services, mais aussi chaque fois qu'ils pensent avoir rencontré un problème.

La formation dispensée doit comprendre les éléments suivants :

- La présentation de faits élémentaires quant à la physiologie de la reproduction, l'accent étant mis sur les changements qui surviennent pendant le cycle menstruel, leur échelonnement et leur corrélation, afin que les clients soient en mesure d'identifier la phase féconde.

- Des conseils sur la manière d'utiliser la technique choisie afin d'identifier la phase féconde.
- Une discussion consacrée aux périodes durant lesquelles les rapports sexuels sont possibles.

1.9 Suivi

Une fois que les clients ont appris la technique, il n'y a pas d'échéances fixes pour le suivi. Toutefois, il faut les encourager à revenir consulter chaque fois qu'ils ont un problème, et à subir des examens de santé réguliers.

2 La méthode de la courbe des températures

2.1 Définition

La méthode de la courbe des températures repose sur le phénomène suivant : la température du corps augmente peu de temps après l'ovulation, ce qui est lié à la sécrétion de progestérone par le corps jaune.

Après l'ovulation, la température du corps augmente de 0,2 à 0,4 °C et demeure élevée jusqu'à la menstruation suivante. On recommande aux couples d'éviter tout rapport sexuel à compter du début de la menstruation jusqu'au soir du troisième jour consécutif de température plus élevée (le début de cette période de trois jours représentant l'ovulation), qui ne peut intervenir moins de 9 jours après la fin de la menstruation.

2.2 Indications

Les couples qui ont décidé de pratiquer l'abstinence périodique peuvent trouver la méthode de la courbe des températures appropriée si :

- La femme refuse de toucher ses parties génitales, comme l'exige la méthode de la glaire cervicale.
- Ils sont prêts à s'abstenir de rapports sexuels pendant la période requise.
- La femme a des cycles menstruels irréguliers, ce qui l'empêche d'utiliser la méthode du calendrier de façon optimale.

2.3 Conseil et information

Outre les points mentionnés à la section 1.5, il faut indiquer aux clients que de longues périodes d'abstinence sont nécessaires du fait que les rapports sexuels sont limités à la phase post-ovulatoire du cycle menstruel.

2.4 Instructions aux clients

Prise de la température

Conseiller à la femme d'utiliser un thermomètre basal ayant des graduations très rapprochées entre 35 °C et 39 °C, ce qui en facilite la lecture. Si on ne dispose pas d'un tel thermomètre, un thermomètre clinique (dont l'échelle est plus large) peut être utilisé. Il faut donner les instructions suivantes aux clients :

- Le thermomètre doit être placé près du lit, à portée de main.
- Le soir, avant de se coucher, il faut secouer le thermomètre pour que le niveau de mercure descende au-dessous de 35 °C. Il faut éviter de toucher l'extrémité renflée. Avant de prendre sa température le matin, la femme doit vérifier que le niveau de mercure est resté en dessous de 35 °C. Si le thermomètre doit être secoué de nouveau, il est préférable que le partenaire masculin ou une tierce personne s'en charge, car ce geste peut entraîner une élévation de la température chez la personne qui l'effectue, ce qui fausserait le résultat à la lecture.
- La femme doit prendre sa température dès le réveil avant de se lever et avant de faire quoique soit, y compris de boire un thé ou un café. Si elle travaille la nuit, elle doit prendre sa température pendant la journée ou le soir, après une période de repos d'au moins trois heures.
- La température doit être prise au même moment chaque jour pendant le cycle menstruel, aussi longtemps que possible.
- La température doit être prise par voie buccale, rectale ou vaginale. Les voies rectales et vaginales sont plus fiables. Mais si elle est correctement utilisée, la voie buccale peut très bien convenir.
 - *Voie buccale* : Placer l'extrémité renflée du thermomètre sous la langue et garder la bouche fermée pendant 5 minutes.
 - *Voie rectale* : Utiliser un thermomètre rectal. Mettre un peu de vaseline ou de gel lubrifiant sur l'extrémité renflée et introduire doucement le thermomètre jusqu'à 2,5 cm à l'intérieur du rectum, en position allongée sur le côté, les genoux ramenés sur le ventre. Garder le thermomètre en place pendant 3 minutes.
 - *Voie vaginale* : Introduire le thermomètre en douceur jusqu'à 4,5 cm à l'intérieur du vagin et le laisser en place pendant 3 minutes.
- Toujours utiliser la même voie et le même thermomètre au cours d'un cycle donné. Toujours avoir un deuxième thermomètre disponible. En cas de cassure du premier, on peut utiliser l'autre, mais ce changement doit être signalé sur le graphique.
- Après avoir enlevé le thermomètre, lire la température et la noter sur le

graphique. Si le mercure s'arrête entre deux 2 graduations (par exemple, entre 36,6 ° et 36,7 °C), c'est la température la plus basse qui doit être notée sur le graphique (36,6 °C).

- Nettoyer le thermomètre à l'eau froide et le remettre à sa place habituelle.
Ne jamais nettoyer un thermomètre à l'eau chaude.

Pour enregistrer la température sur le graphique

Fournir aux clients un graphique spécialement conçu pour cette méthode (se reporter aux figures 9.1, 9.2 et 9.3). La date figure au sommet de la feuille. Les jours du cycle sont marqués sur l'axe horizontal au bas de la feuille, la température est indiquée sur l'axe vertical situé sur la gauche du graphique. Les carrés doivent mesurer au moins 5 mm de côté. Le premier jour de la menstruation correspond au jour 1 du cycle. Demander aux clients de :

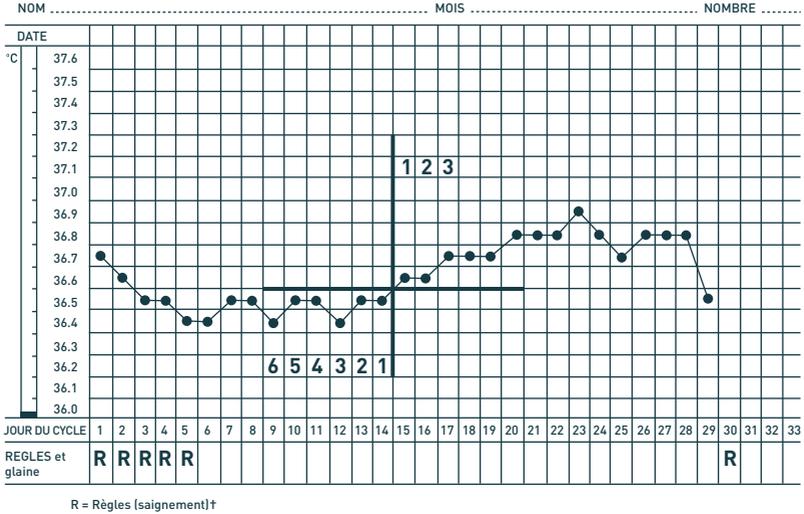
- Inscrire un point au centre du carré qui correspond à la température relevée et au jour du cycle menstruel.
- Relier tous les points au fur et à mesure jusqu'à former une ligne continue allant du premier au dernier jour du cycle.
- Commencer un nouveau graphique le premier jour de chaque cycle menstruel.
- Noter sur le graphique, au jour correspondant, tout événement inhabituel susceptible d'avoir des répercussions sur le succès de la méthode (voir plus bas la liste des facteurs susceptibles d'affecter la courbe de température).

Interprétation du graphique

En règle générale, un cycle ovulatoire est caractérisé par une courbe des températures présentant deux phases. La température est à un niveau assez bas avant l'ovulation et s'élève ensuite d'environ 0,2 à 0,4 °C (voire davantage) et reste à un niveau plus élevé jusqu'au début du cycle menstruel suivant (ou juste avant qu'il ne débute).

L'interprétation des graphiques demande une grande minutie. Les niveaux de température peuvent varier d'un cycle à l'autre chez une femme. De plus, la courbe des températures peut augmenter de diverses façons : brusquement, lentement, par échelons, après une chute brusque, ou, moins fréquemment, en dents de scie. Les figures 9.1, 9.2 et 9.3 montrent des exemples de ces différents tracés.

Figure 9.3 : Augmentation par échelons de la température en relation avec l'ovulation [règle des « 3 après 6 » : après 6 jours à un niveau assez bas, température plus élevée pendant 3 jours consécutifs].



Pour lui permettre d'identifier le début de la phase inféconde du cycle, il faut donner à la cliente les instructions suivantes :

- Ne pas tenir compte des températures relevées les 4 premiers jours du cycle ni de toute élévation ultérieure de la température causée de toute évidence par une perturbation fortuite.
- La phase inféconde débute lorsque des températures plus élevées que les six jours précédents sont enregistrées trois jours de suite.

A quel moment le couple peut-il avoir des rapports sexuels ?

Le couple peut avoir des rapports sexuels à la fin du troisième jour consécutif où la température est restée plus élevée que les six jours ayant précédé celui où elle a augmenté. Il n'y a aucun risque de grossesse jusqu'au début des prochaines règles.

Facteurs affectant la température basale

La température du corps peut augmenter, ou donner l'impression d'augmenter, dans les situations suivantes :

- Prise de la température à des moments inhabituels.
- Prise de la température à des moments où les conditions basales (aussitôt après le réveil ou après au moins 3 heures de repos) ne sont pas remplies.
- Après une mauvaise nuit.
- En cas de changement de la température de l'air ambiant.
- En cas de choc affectif.
- En cas de consommation d'alcool.

La méthode des températures n'est guère utilisée seule. Le plus souvent, elle est associée à la méthode sympto-thermique.

3 Méthode de la glaire cervicale (méthode Billings)

3.1 Définition

La méthode de la glaire cervicale repose sur l'observation et l'interprétation des changements cycliques de la glaire cervicale qui se produisent sous l'influence des variations du niveau d'œstrogènes.

Au cours du cycle menstruel, la femme peut ressentir diverses sensations à l'entrée du vagin et observer des modifications de la consistance de la glaire cervicale. Les couples pratiquant cette technique peuvent avoir des rapports sexuels pendant la phase précédant l'ovulation et pendant la phase post-ovulatoire, puisqu'il est possible d'identifier la phase inféconde dans les deux parties du cycle en observant l'évolution de la glaire.

Phase précédant l'ovulation

- La menstruation est suivie de jours dits « secs ». La glaire cervicale est épaisse et visqueuse, et forme un bouchon obstruant le canal cervical. Ce phénomène s'accompagne d'une sensation de sécheresse dans le vagin. La glaire n'est pas visible à ce stade.
- Sous l'influence de l'augmentation du niveau d'œstrogènes circulants, la glaire apparaît dans le vagin. Elle est d'abord peu abondante. Elle provoque une sensation d'humidité ou de viscosité au niveau de la vulve. Elle apparaît épaisse, visqueuse, trouble, opaque, et n'est pas élastique.

- Le niveau d'œstrogènes continue d'augmenter à l'approche de l'ovulation et la glaire devient plus abondante, glissante et lubrifiante, ce qui provoque une sensation d'humidité au niveau de la vulve. Elle apparaît liquide, blanche, transparente, et elle est très extensible (« filante »). On peut comparer sa consistance à du blanc d'oeuf. C'est le signe que la période féconde a débuté.
- On appelle « jour du pic » le dernier jour au cours duquel ce type de glaire est observé.

Phase post-ovulatoire

La sensation de glaire glissante disparaît et cette dernière redevient assez rapidement épaisse, puis une sensation de sécheresse vulvaire s'installe.

3.2 Indications

La méthode de la glaire cervicale peut convenir aux couples ayant décidé d'utiliser une méthode fondée sur l'observation des signes de fécondité, mais qui trouvent difficile de s'abstenir d'avoir des rapports sexuels pendant de longues périodes, comme l'exige la méthode de la courbe des températures. La femme doit accepter de toucher ses organes génitaux pour déterminer la consistance de la glaire.

3.3 Situations qui exigent une attention particulière

Outre celles présentées au paragraphe 1.3, il faut tenir compte des situations suivantes lorsque l'utilisation de cette méthode est envisagée :

- La présence d'une quelconque infection vaginale ou cervicale est susceptible de rendre difficile l'observation de l'évolution de la glaire cervicale.
- En période d'allaitement, ce qui peut diminuer ou changer la quantité ou qualité de la glaire cervicale.

3.4 Conseil et information

Outre ce qui est indiqué au paragraphe 1.5, il faut donner aux clientes les informations suivantes :

- Il est nécessaire que la femme palpe ses organes génitaux afin d'identifier les modifications de la glaire cervicale. Certaines femmes sont capables d'évaluer correctement l'état de la glaire en se fondant sur leurs sensations, sans avoir à palper leurs organes génitaux. Cette capacité s'acquiert avec l'expérience.
- Il est nécessaire que les couples s'abstiennent de rapports sexuels pendant la totalité du premier mois d'apprentissage de la technique afin d'éviter toute

confusion de la glaire cervicale avec le sperme ou les sécrétions vaginales produites par l'excitation sexuelle.

3.5 Instructions à fournir aux clients

Comment suivre et enregistrer l'évolution de la glaire

Il faut fournir à la cliente un graphique sur lequel elle notera les caractéristiques de la glaire cervicale. Préférer un graphique facile à remplir, où figurent à la fois la courbe de température et les caractéristiques de la glaire (voir Figure 9.4). Il faut dire à la cliente de :

- Noter sur ce graphique toute sensation de sécheresse ou d'humidité ressentie à l'entrée du vagin. Elle doit observer l'évolution de la glaire pendant la journée lorsqu'elle en a la possibilité (par exemple, lorsqu'elle va aux toilettes), *au moins* deux fois par jour, le premier examen se faisant le matin et le dernier le soir.
- La présence de glaire peut être vérifiée en essuyant le vagin à l'aide de papier hygiénique ou d'un doigt.
- Il faut alors prélever la glaire sur le papier hygiénique ou à l'extrémité du doigt.
- Déterminer sa couleur, blanche, trouble ou limpide, et ses caractéristiques physiques : liquide et lubrifiante, ou épaisse et gluante.
- Vérifier son élasticité en l'étirant entre les doigts ou entre les feuilles pliées de papier hygiénique sur lesquelles elle a été prélevée. Son élasticité est grande s'il est possible de l'étirer en un fil continu entre les doigts ou les feuilles de papier hygiénique (voir Figure 9.5).
- Les résultats de l'observation quotidienne des modifications de la glaire et les sensations ressenties au niveau du vagin doivent être notées chaque soir sur le graphique. On peut utiliser des lettres comme « S » pour les jours secs et « G » pour glaire. On peut également utiliser des symboles, des crayons de couleur ou des gommettes en couleur. Il faut ajouter un mot ou deux pour décrire la glaire (par exemple, épaisse, collante, limpide, liquide, filante, etc.).
- Marquer d'une croix le dernier jour où la glaire est glissante, qui est le « jour du pic », et identifier les trois jours qui suivent par 1, 2 et 3. Le jour du pic ne peut être déterminé que rétrospectivement, lorsqu'il est évident que la glaire a changé d'apparence et n'est plus glissante et élastique comme celle du jour précédent.
- Si la consistance glissante réapparaît après l'enregistrement du jour du pic, considérer que ce dernier n'était pas le bon et porter la nouvelle date sur le graphique.

À quel moment le couple peut-il avoir des rapports sexuels ?

Les rapports sexuels sont possibles :

- Dès la fin de la menstruation et jusqu'aux premiers signes de l'apparition de glaire cervicale.
- À partir du soir du quatrième jour après le « jour du pic » jusqu'au début de la menstruation suivante.

Recommander à la femme de restreindre les rapports sexuels à un jour sur deux au cours de la phase inféconde précédant l'ovulation (avant l'apparition de la glaire cervicale), car la présence de sperme et l'augmentation des sécrétions vaginales produites par l'excitation sexuelle rendent difficile de déterminer l'état d'évolution de la glaire cervicale.

Il faut éviter les rapports sexuels :

- À partir de la première apparition de glaire cervicale après la menstruation jusqu'à la fin du quatrième jour après le « jour du pic ».
- Si la cliente a un doute sur l'évolution de la glaire cervicale.

Facteurs ayant une incidence sur l'évolution de la glaire cervicale

- Infection vaginale ou cervicale.
- Sécrétions vaginales dues à l'excitation sexuelle.
- Médicaments utilisés contre le rhume ou la sinusite, susceptibles d'assécher la glaire.
- Stress physique ou choc émotionnel.
- Allaitement.

3.6 La méthode de la glaire modifiée

Certains programmes utilisent une version modifiée de la méthode de la glaire. Les règles de cette méthode sont moins strictes que celles de la méthode d'origine. Les différences sont les suivantes :

- La méthode modifiée permet les rapports sexuels, les jours où ils sont appropriés, au cours du premier mois d'utilisation, alors que la méthode d'origine les interdit.
- Chez les femmes ayant des cycles réguliers, la méthode modifiée permet les rapports sexuels les jours précédant l'ovulation lorsque la glaire épaisse est

présente, contrairement à la méthode d'origine.

- Les rapports sexuels sont autorisés le troisième jour après le « jour du pic », alors que la méthode d'origine n'autorise leur reprise que le quatrième jour.

4 La méthode du calendrier ou des rythmes (Ogino-Knaus)

4.1 Définition

La méthode du calendrier ou des rythmes passe pour être la plus employée de toutes les méthodes fondées sur l'observation des signes de fécondité. Son utilisation correcte implique des calculs reposant sur les cycles menstruels précédents, dans le but de déterminer le début et la fin de la période féconde. Le taux d'échec est élevé puisque la prévision de la durée des cycles futurs repose sur des données passées, d'où une précision limitée.

4.2 Indications

Certaines femmes qui ont des cycles à peu près réguliers trouvent cette méthode plus pratique que les autres méthodes décrites dans le présent chapitre car elle ne nécessite pas de recherche quotidienne des signes de fécondité.

4.3 Situations qui exigent une attention particulière

Outre celles présentées au paragraphe 1.3, il faut tenir compte des situations suivantes lorsque l'utilisation de cette méthode est envisagée :

- Cycles irréguliers.
- Allaitement.

4.4 Conseil et information

Outre ce qui est indiqué au paragraphe 1.5, il faut informer les clients qu'il est nécessaire d'enregistrer le détail d'au moins 6 cycles consécutifs pour pouvoir prédire la durée des cycles suivants. Pendant cette période, d'autres méthodes non hormonales peuvent être utilisées (les méthodes hormonales entraîneraient en effet une modification du déroulement des cycles menstruels).

4.5 Instructions aux clients

Recommander à la cliente de :

- Noter la durée en jours d'au moins 6 cycles menstruels consécutifs, en considérant le premier jour des règles comme le premier jour du cycle.
- Déterminer le *premier* jour de la période féconde en soustrayant 18 du cycle *le plus court*.

Premier jour de la période féconde = cycle le plus court - 18

- Déterminer le *dernier* jour de la période féconde en soustrayant 11 du cycle le plus long.

$$\text{Dernier jour de la période féconde} = \text{cycle le plus long} - 11$$

- Éviter les rapports sexuels pendant la phase féconde. Par exemple, si les 6 derniers cycles ont duré 28, 26, 29, 27, 29 et 27 jours :

$$\text{Le premier jour de la phase féconde} = 26 - 11 = 15$$

$$\text{Le dernier jour de la phase féconde} = 29 - 11 = 18$$

- Par conséquent, **éviter les rapports sexuels à partir du 8^e jour et jusqu'au 18^e jour inclus du cycle menstruel.**

5 La méthode sympto-thermique

5.1 Définition

La méthode sympto-thermique combine diverses techniques d'abstinence périodique, particulièrement la méthode de la glaire cervicale, la méthode du calendrier et celle de la courbe des températures basale. L'utilisation de plusieurs techniques accroît la probabilité d'exactitude de l'identification de la phase féconde du cycle, aussi la période d'abstinence exigée peut-elle être réduite au minimum.

5.2 Indications

Cette méthode peut convenir aux clients qui ont décidé de pratiquer l'abstinence périodique en guise de méthode contraceptive et souhaitent obtenir la meilleure protection possible en combinaison avec les périodes d'abstinence les plus courtes possible.

5.3 Conseil et information

Outre ce qui est indiqué au paragraphe 1.5, il faut informer les clients qu'ils auront sans doute besoin d'une période de formation plus longue que lorsqu'une seule technique est enseignée.

5.4 Instructions aux clients

Se reporter aux sections 2.4, 3.5 et 4.5 pour les instructions se rapportant à chaque technique utilisée. Lorsque plusieurs techniques sont utilisées en combinaison, donner les instructions suivantes en ce qui concerne les moments où les rapports sexuels sont possibles :

- *Déterminer le début de la période féconde*, moment à partir duquel il faut éviter tout rapport sexuel, grâce à la méthode de la glaire cervicale et/ou à celle du calendrier. Lorsque la technique de la glaire cervicale est utilisée, les rapports sexuels sont autorisés un jour sur deux (voir le paragraphe 3.5 pour déterminer à quels moments les rapports sexuels sont possibles), et le début de la période féconde est déterminé par le premier signe d'apparition de la glaire. Les femmes ayant des difficultés à repérer la première glaire peuvent préférer la méthode du calendrier, qui permet aux couples d'avoir des rapports sexuels chaque jour durant la période qui précède la date considérée comme marquant le début de la période féconde. Ce jour est calculé en soustrayant 18 du nombre de jours qu'a duré le cycle le plus court des 6 cycles menstruels précédents. Par exemple, si le cycle le plus court a duré 27 jours, l'abstinence doit être observée à partir du 9^e jour ($27 - 18 = 9$) du cycle menstruel. Si la glaire cervicale apparaît avant le 9^e jour du cycle, il faut éviter tout rapport sexuel.
- *Faire une estimation de la date de la fin de la période féconde*, moment à partir duquel les rapports sexuels sont de nouveau possibles, grâce à la méthode de la température et/ou à celle de la glaire cervicale. Les rapports sexuels sont autorisés dès que l'on a enregistré trois températures consécutives plus élevées que les six précédentes. Lorsque la méthode de la glaire cervicale est utilisée, les rapports sexuels peuvent reprendre le quatrième jour après le jour du pic. Lorsque les deux techniques sont utilisées, les rapports sexuels peuvent reprendre dès que les résultats obtenus à l'aide de l'une et l'autre technique confirment qu'ils ne présentent pas de risque.

6 La méthode des jours fixes

6.1 Définition

Cette méthode repose sur le fait qu'une femme ne peut devenir enceinte que certains jours pendant chaque cycle menstruel (l'oeuf peut être fécondé jusqu'à un jour environ après l'ovulation. Les spermatozoïdes perdent leur capacité de fécondation 4 ou 5 jours après l'éjaculation). Les femmes qui ont des cycles menstruels réguliers d'une durée comprise entre 26 et 32 jours ovulent généralement entre le 13^e et le 17^e jours du cycle. Si elles évitent d'avoir des rapports sexuels entre le 8^e et le 19^e jours inclus, elles laissent ainsi passer suffisamment de temps pour que les gamètes perdent leur capacité de féconder ou d'être fécondés.

Du fait que la formule qui permet de déterminer la période féconde est déjà théoriquement établie, les utilisatrices de cette méthode n'ont pas besoin d'enregistrer la durée de leurs cycles ni d'effectuer des calculs.

6.2 Indications

La méthode peut convenir aux couples qui ont décidé d'avoir recours à l'abstinence périodique en guise de méthode contraceptive si :

- Le couple ne souhaite pas ou ne peut pas effectuer ou enregistrer les observations nécessaires pour appliquer les autres techniques (par exemple, la femme refuse de toucher ses parties génitales, ce qui est indispensable en cas d'utilisation de la méthode de la glaire cervicale).
- Le couple est prêt à s'abstenir de tout rapport ou à utiliser une autre méthode contraceptive (par exemple, le préservatif) pendant 12 jours consécutifs au milieu du cycle menstruel.
- La femme a des cycles menstruels réguliers d'une durée comprise entre 26 et 32 jours.

6.3 Instructions à donner aux clients

On donne à la femme un collier de perles (« collier du cycle »). Chaque perle représente un jour du cycle menstruel et la femme peut savoir quel stade de son cycle elle a atteint en faisant avancer d'une perle à l'autre un anneau en caoutchouc noir bien ajusté. Les perles sont de différentes couleurs : la perle rouge correspond au jour du début des règles. Les perles de couleur marron indiquent que la grossesse est très improbable, les perles blanches que la probabilité de grossesse est élevée (voir Figure 9.6). Donnez les instructions suivantes à la cliente :

- Le premier jour de ses règles, elle doit placer l'anneau noir sur la perle rouge. Il est utile de noter ce jour sur un calendrier, afin de pouvoir vérifier ultérieurement si l'on n'a pas oublié de faire avancer chaque jour l'anneau.
- Chaque jour, elle doit faire avancer l'anneau d'un cran et le placer sur la perle suivante.
- Lorsque l'anneau noir se trouve sur l'une des perles blanches, la femme doit éviter les rapports sexuels non protégés ou utiliser une autre méthode contraceptive (par exemple, le préservatif).

Figure 9.6 : Le collier du cycle



Le collier aide également la femme à surveiller la durée de ses cycles. Si ses règles débutent avant qu'elle ait placé l'anneau sur la perle marron foncé, c'est que son cycle dure moins de 26 jours. Si elle place l'anneau sur la dernière perle avant la perle rouge et que ses règles ne débutent pas le lendemain, c'est que son cycle dure plus de 32 jours. Si l'un ou l'autre de ces événements se produit plus d'une fois en 12 mois, elle doit envisager d'avoir recours à une autre méthode que celle des jours fixes, car cette dernière ne sera pas aussi efficace pour elle que pour les femmes dont les cycles durent entre 26 et 32 jours.

Photo: Mariëka Vandewiele / Roumanie



10 LA CONTRACEPTION D'URGENCE

1 Introduction

Le terme de contraception d'urgence s'applique à tous les types de contraception utilisés en tant que procédure d'urgence pour prévenir une grossesse non désirée à la suite d'un rapport sexuel non protégé.

La contraception d'urgence est quelquefois appelée « pilule du lendemain » ou « contraception post-coïtale ». Cette terminologie peut être une source de confusion puisque le contraceptif n'est pas nécessairement une pilule et qu'il peut être utilisé jusqu'à 5 jours après un rapport sexuel non protégé, et pas seulement le lendemain. L'expression « contraception d'urgence » est préférée car elle met aussi en relief la notion d'urgence.

Depuis le milieu des années 60, on sait que l'utilisation de certaines hormones stéroïdes administrées par voie orale après le coït est un moyen efficace de prévenir la grossesse. Les DIU au cuivre sont eux aussi très efficaces pour la contraception d'urgence.

1.1 Indications générales

La contraception d'urgence est censée être utilisée à la suite d'un rapport sexuel non protégé. Par exemple :

- Quand aucun contraceptif n'a été utilisé.
- Lorsqu'un incident s'est produit qui a rendu le contraceptif inefficace ou lorsqu'il en a été fait un usage inadéquat. Par exemple :
 - Trois pilules contraceptives combinées ou davantage ont été oubliées consécutivement.
 - Une pilule contraceptive aux progestatifs seuls a été prise avec 3 heures ou plus de retard.
 - Le préservatif s'est rompu ou a glissé.
 - Le diaphragme s'est déplacé ou a été retiré prématurément.
 - Le coïtus interrompu a échoué (d'où une éjaculation dans le vagin ou sur les organes génitaux externes).
 - En cas d'utilisation d'une méthode fondée sur l'observation des signes de fécondité, la période favorable aux rapports sexuels a été mal évaluée
 - Le dispositif intra-utérin a été expulsé.
- Quand la femme a été victime d'un viol.

1.2 Différents types de contraception d'urgence

Les méthodes suivantes peuvent être utilisées pour une contraception d'urgence :

- *Pilule contraceptive d'urgence* : contraceptifs oraux aux progestatifs seuls ou aux œstro-progestatifs combinés.
- *DIU au cuivre*.

2 La pilule contraceptive d'urgence

2.1 Les différents types de pilule

Pilules aux progestatifs seuls

Le système le plus pratique pour la femme consiste à prendre une dose unique de 1,5 mg de lévonorgestrel dès que possible après le rapport non protégé. On peut aussi, si on dispose de pilules dosées à 0,75 mg de lévonorgestrel, prendre 1 comprimé le plus tôt possible après le rapport non protégé, et 1 autre 12 heures plus tard.

Dans les deux cas, plus la pilule est prise rapidement après le rapport non protégé, plus elle est efficace. Ces pilules donnent les meilleurs résultats si elles sont prises dans les 3 jours (72 heures) qui suivent le rapport. Cependant, certaines données nouvelles montrent qu'elles font encore de l'effet au bout de 5 jours après le rapport non protégé.

Lorsqu'on ne dispose pas de pilules contenant 0,75 mg de lévonorgestrel, des pilules contraceptives contenant 0,03 mg de lévonorgestrel (minipilules) peuvent être utilisées à la place, mais il est nécessaire d'en prendre 25 pour commencer, puis 25 autres 12 heures plus tard (*il est cependant possible que l'hormone soit moins bien absorbée lorsque la dose est répartie dans un grand nombre de pilules*).

Pilules aux œstro-progestatifs combinés

Les pilules aux œstro-progestatifs combinés contenant de l'éthinylœstradiol et du norgestrel (ou du lévonorgestrel) sont connues sous le nom de « méthode de Yuzpe ».

Si on dispose de pilules dosées à 50µg d'éthinylœstradiol et 0,25 mg de lévonorgestrel :

- 2 pilules doivent être prises le plus tôt possible, mais pas plus tard que 72 heures après le rapport non protégé ; 2 autres pilules doivent être prises 12 heures plus tard.

Si on ne dispose que de pilules dosées à 30 µg d'éthinylœstradiol et 0,15 mg de lévonorgestrel :

- 4 pilules doivent être prises le plus tôt possible, mais pas plus tard que 72 heures après le rapport non protégé ; 4 autres pilules doivent être prises 12 heures plus tard.

Pour obtenir des informations quant aux diverses marques de pilules contenant ces dosages et qui soient disponibles dans un pays donné, se reporter au *Répertoire des contraceptifs hormonaux de l'IPPF* (qui peut être consulté sur le site Web de l'IPPF : www.ippf.org).

Mécanisme d'action

La contraception hormonale d'urgence agit selon plusieurs mécanismes en fonction du moment du cycle menstruel auquel les pilules sont absorbées. Elle peut empêcher ou retarder l'ovulation, mais aussi agir sur le transport de l'ovule et du sperme, ainsi que sur la fécondation. Pour ce qui est de savoir si la contraception hormonale d'urgence entraîne des modifications de l'endomètre suffisantes pour avoir un effet sur l'implantation, les études réalisées jusqu'à maintenant ont donné des résultats divergents. Rien ne montre que la contraception hormonale d'urgence déloge l'embryon après que l'implantation ait eu lieu. Quoi qu'il en soit, elle ne provoque pas d'avortement.

2.2 Efficacité

Prises dans les 72 heures, les pilules aux progestatifs seuls réduisent de 60 à 93 % le risque de grossesse après un seul acte sexuel non protégé ; les pilules combinées de 56 à 89 %. Cela veut dire que si la probabilité de grossesse est de 8 % après un rapport non protégé, elle se trouvera ramenée à 1 ou 2 %, respectivement, grâce à la pilule contraceptive d'urgence. Plus la méthode est utilisée rapidement après le rapport sexuel, plus elle est efficace.

2.3 Effets secondaires

- *Les nausées* : Elles surviennent chez environ 50 % des clientes utilisant la pilule contraceptive d'urgence combinée, mais elles ne durent habituellement pas plus de 24 heures. Les nausées surviennent chez environ 20 % des femmes utilisant la pilule contraceptive d'urgence aux progestatifs seuls.
- *Les vomissements* : Ils surviennent chez environ 20 % des clientes utilisant la pilule contraceptive d'urgence combinée et chez 5 % des femmes utilisant la pilule contraceptive d'urgence aux progestatifs seuls. Dans le cas de la pilule combinée, on peut envisager un traitement préalable avec un anti-émétique ; ce n'est pas nécessaire dans le cas des pilules au lévonorgestrel seul.

Si les vomissements surviennent dans l'heure qui suit la prise d'une pilule, cette prise doit généralement être répétée. Mais il n'est pas prouvé que cela améliore l'efficacité contraceptive de la pilule : en effet, le vomissement peut indiquer que l'hormone a été absorbée.

En cas de vomissements, des pilules additionnelles peuvent être administrées par voie vaginale. Bien qu'aucune donnée clinique ne vienne appuyer l'efficacité de cette pratique, on sait que les hormones stéroïdes contraceptives sont facilement absorbées par le vagin.

- *Saignements utérins irréguliers* : on observe chez certaines femmes des traces de saignement (spotting) après la prise d'une pilule contraceptive d'urgence. La majorité des femmes ont leurs règles à la date prévue ou plus tôt. En cas de retard de plus d'une semaine, il faut s'assurer qu'il n'y a pas de grossesse en cours.
- *Autres effets secondaires* : seins douloureux, maux de tête, fatigue, douleurs abdominales et vertiges.

2.4 Indications

Voir section 1.1 du présent chapitre.

2.5 Critères de recevabilité médicale

Il n'existe pas de contre-indication connue au recours à la contraception hormonale d'urgence. Bien que cette méthode ne soit pas indiquée pour une femme qui est enceinte ou pense l'être, elle n'a pas d'effet sur le déroulement de la grossesse et n'est pas nuisible pour le fœtus. Il n'est pas nécessaire de procéder à un examen physique avant de la proposer.

En cas de grossesse suspectée :

Si une femme demande des pilules contraceptives d'urgence et que vous ne pouvez écarter la grossesse avec certitude, vous pouvez néanmoins lui délivrer les pilules si vous lui expliquez qu'elle est peut-être déjà enceinte et que, dans ce cas, la méthode ne sera pas efficace.

En raison de la faible dose d'hormones utilisées et de la courte durée du traitement, les critères de recevabilité médicale concernant l'utilisation continue de contraceptifs oraux combinés ou aux progestatifs seuls ne s'appliquent pas à la contraception d'urgence.

Interactions médicamenteuses :

Les femmes doivent savoir que l'efficacité des pilules contraceptives d'urgence est susceptible d'être réduite si elles prennent des médicaments

qui diminuent l'efficacité des contraceptifs oraux (parmi lesquels la rifampicine, la griséofulvine et les barbituriques). A l'heure actuelle, les éléments d'information dont on dispose au sujet de l'interaction possible de la contraception hormonale d'urgence avec d'autres médicaments ne permettent pas de faire des recommandations spécifiques quant à l'augmentation des dosages des pilules contraceptives d'urgence.

2.6 Qui peut délivrer les pilules contraceptives d'urgence ?

Les médecins, les infirmières, les sages-femmes, d'autres membres du personnel clinique, les pharmaciens ainsi que les agents sanitaires locaux qui ont reçu une formation appropriée peuvent délivrer des pilules contraceptives d'urgence, dans le respect de la législation et des règlements en vigueur localement.

Tous ceux qui délivrent des pilules contraceptives d'urgence doivent recevoir une formation adaptée et appliquer des directives claires. Quand les pilules contraceptives d'urgence sont délivrées par l'intermédiaire d'antennes non cliniques, les prestataires doivent avoir accès à des infrastructures vers lesquelles orienter les clients au cas où cela s'avérerait nécessaire (par exemple, si plus de 72 heures se sont écoulées depuis le rapport sexuel et si la contraception d'urgence hormonale ne constitue plus l'option à préférer).

Quand les pilules sont délivrées en pharmacie, il faut fournir les indications nécessaires aux clients.

2.7 Conseil et information

Les activités de conseil doivent se dérouler dans une ambiance amicale et dans le respect de l'intimité. Rassurez la cliente quant au respect absolu de la confidentialité. Cela devrait également s'appliquer aux jeunes. Il faut apporter un soutien et s'abstenir d'émettre des jugements ou de montrer sa désapprobation par des gestes ou des expressions du visage. Dans les situations où il est difficile de préserver la confidentialité, par exemple dans les pharmacies, il faut remettre un mode d'emploi à la cliente avec des instructions appropriées pour l'utilisation, et lui conseiller de se rendre dans une clinique ou de contacter un prestataire de services de santé / de planification familiale pour demander conseil au sujet de la contraception régulière.

Conseils relatifs à la contraception d'urgence

Les conseils relatifs à la contraception d'urgence doivent répondre aux préoccupations de la cliente et tenir compte des circonstances. Certaines clientes peuvent ne pas désirer discuter de leur décision d'avoir recours à une contraception d'urgence. Dans ce cas, il faut leur remettre la méthode de contraception avec les instructions d'utilisation appropriées et les encourager

à revenir à un moment qui leur conviendra pour recevoir des conseils quant à l'utilisation d'une contraception régulière. Les clientes se posent souvent des questions sur les points suivants :

- Le mécanisme de l'action contraceptive (il peut être utile de rappeler à certaines clientes que la contraception d'urgence n'est pas une méthode d'avortement).
- Les différentes options existantes en matière de contraception d'urgence.
- La possibilité d'un échec de la contraception d'urgence.

Informez la cliente que l'utilisation de pilules contraceptives d'urgence ne les protège pas d'une grossesse éventuelle si elle a des rapports non protégés à un moment ultérieur du cycle menstruel.

Dites-lui que la contraception d'urgence ne protège pas contre les infections sexuellement transmissibles (IST), dont l'infection à VIH, et que les rapports sexuels non protégés les exposent au risque d'en contracter. Après avoir évalué les risques encourus par la cliente, il faut lui prodiguer des conseils et lui offrir les services appropriés.

Indiquez aux clientes qui prennent des pilules contraceptives d'urgence que, si elles ont des rapports sexuels au cours du cycle pendant lequel elles les ont absorbées, un risque de grossesse demeure, principalement du fait que la méthode modifie parfois le moment de l'ovulation. Elles doivent donc utiliser une méthode contraceptive (par exemple, les préservatifs) pendant le reste du cycle.

Conseils relatifs à la contraception régulière

Chaque fois que c'est possible, des conseils sur la contraception régulière doivent être fournis aux clientes qui demandent une contraception d'urgence. Ces conseils ne devraient toutefois pas être une condition préalable à la délivrance de contraceptifs d'urgence, mais devraient être donnés à la demande et avec l'accord de la cliente.

- Déterminez la méthode de contraception actuellement utilisée par la cliente (le cas échéant).
- Si la raison de la demande de contraception d'urgence est un accident ou un mauvais usage du contraceptif, expliquez à la cliente comment prévenir ce genre de situation à l'avenir.
- Discutez de la méthode de contraception qui sera utilisée à l'avenir, en vous montrant compréhensif / ve et ouvert(e) (voir section 2.11).

2.8 Bilan médical

Excluez la possibilité d'une grossesse de la façon suivante :

- Déterminez la date des dernières règles et tout retard éventuel.
- Déterminez la date et le moment du dernier rapport sexuel non protégé.
- Déterminez si un rapport sexuel non protégé s'est produit plus tôt dans le cycle.

D'autres éléments de bilan (examen pelvien, examens de laboratoire) ne sont pas requis.

2.9 Instructions à donner aux clientes

Délivrez la méthode de contraception à la cliente avec des instructions orales et écrites quant à son utilisation.

- Expliquez-lui le mode d'emploi correct de la méthode (voir section 2.1 du présent chapitre). Assurez-vous que la cliente a compris à quel moment procéder à chaque prise de pilules.
- Conseillez à la cliente de boire du lait ou de manger un en-cas au moment de la prise de pilules pour diminuer les nausées.
- Expliquez-lui que la contraception d'urgence ne la protégera pas d'une grossesse si elle a des rapports non protégés dans les jours ou les semaines qui suivent le traitement. Conseillez-lui d'utiliser une méthode barrière jusqu'aux prochaines règles si elle a des rapports sexuels.
- Insistez sur le fait que la contraception d'urgence par pilule n'est pas indiquée dans le cadre d'une contraception régulière. Son utilisation répétée entraînerait un risque élevé de grossesse ; en outre, la survenue d'effets secondaires est fréquente.
- Expliquez-lui qu'après l'utilisation d'une contraception d'urgence, la plupart des femmes ont leurs règles soit plus tôt, soit au moment attendu. S'il existe un retard de plus d'une semaine, la possibilité d'une grossesse doit être envisagée.
- Conseillez à la cliente de revenir vous voir ou de se rendre dans un établissement clinique (selon les cas) si elle observe un retard de règles supérieur à une semaine ; si elle a le moindre motif d'inquiétude (douleurs abdominales basses, saignements importants) ; ou aussitôt que possible après l'arrivée des règles pour recevoir des conseils en matière de contraception.

2.10 Suivi

Si la cliente a déjà adopté une méthode de contraception régulière, aucune précaution n'est à prendre à la suite de la prise d'un contraceptif d'urgence, à

moins qu'un retard de règles fasse soupçonner une grossesse ou qu'elle ait un autre motif d'inquiétude.

Lors de la visite de contrôle

- Notez les renseignements fournis par la cliente à propos de ses derniers cycles pour vérifier qu'elle n'est pas enceinte. Dans le doute, effectuez un test de grossesse (voir chapitre 11 : Diagnostic de grossesse).
- Débattrez des options les plus appropriées à la cliente en matière de contraception (voir section 2.11).
- Si la femme le désire, délivrez-lui la méthode contraceptive de son choix.

Échec de la contraception d'urgence

- Indiquez à la cliente les options possibles et laissez-la déterminer celle qui convient le mieux à sa situation. Respectez sa décision et confortez-la dans son choix. Orientez-la ensuite vers les prestataires de services appropriés.
- Si la cliente désire poursuivre la grossesse, rassurez-la en lui expliquant que l'on n'a jamais observé d'effet tératogène de la contraception d'urgence.
- S'il est peu probable que l'utilisation d'un contraceptif d'urgence accroisse le risque global de grossesse extra-utérine, il existe un pourcentage plus élevé de grossesses de ce type parmi les femmes chez lesquelles la contraception d'urgence a échoué. En cas d'échec de la contraception d'urgence, assurez-vous que toute possibilité de grossesse extra-utérine a été éliminée.

2.11 Recours aux méthodes contraceptives conventionnelles après utilisation de contraceptifs d'urgence

Les préservatifs : Ils peuvent être utilisés immédiatement.

Le diaphragme : Il peut être utilisé immédiatement.

La contraception orale : Il n'y a aucune raison d'attendre le début des règles suivantes pour démarrer la contraception orale – la première pilule peut être prise le lendemain de la première ou de la seconde prise de pilules contraceptives d'urgence.

Les contraceptifs injectables : La première injection peut être faite jusqu'à sept jours après le début des règles suivantes.

Les implants sous-cutanés : Les implants peuvent être insérés jusqu'à sept jours après le début des règles suivantes.

Le DIU : Le DIU peut être posé pendant les règles suivantes. Si la cliente a l'intention d'utiliser un DIU comme méthode à long terme et remplit les critères de sélection pour l'utilisation, l'insertion en urgence d'un DIU peut constituer une solution plus pratique que le recours aux pilules contraceptives d'urgence (voir section 3).

Méthode fondée sur l'observation des signes de fécondité : Une telle méthode peut être débutée au cycle suivant s'il n'y a pas d'irrégularité des règles. Si cette méthode est nouvelle pour la femme, elle doit utiliser une autre méthode de contraception (non hormonale) tout en apprenant cette technique.

La stérilisation : Il ne faut procéder à cette opération qu'après avoir informé la cliente de ses conséquences. Il faut s'assurer qu'elle opte librement pour cette méthode. Il n'est pas conseillé que les clientes prennent cette décision lorsqu'elles sont encore soumises au stress qui accompagne souvent le recours à la contraception d'urgence.

3 Le dispositif intra-utérin au cuivre

Un dispositif intra-utérin au cuivre (DIU) peut être utilisé en guise de contraceptif d'urgence dans les cinq jours qui suivent un rapport non protégé. Quand la période d'ovulation peut être déterminée, le DIU peut être inséré au-delà des cinq jours, si nécessaire, en ne dépassant toutefois pas cinq jours après l'ovulation.

3.1 Efficacité

Plusieurs études ont permis d'affirmer que cette méthode était la plus efficace. Après un rapport sexuel non protégé, moins de 1 % des femmes deviennent enceintes si elles utilisent un DIU en guise de contraceptif d'urgence.

3.2 Indications

En plus des indications énoncées à la section 1.1 du présent chapitre, le DIU est spécialement indiqué :

- Quand les méthodes hormonales sont moins efficaces du fait que plus de 72 heures se sont écoulées depuis le rapport sexuel non protégé.
- Quand la cliente envisage d'utiliser un DIU pour une contraception continue à long terme.

3.3 Critères de recevabilité médicale

Les critères applicables à l'utilisation régulière du DIU sont généralement les mêmes dans le cas de l'utilisation d'urgence de ce dispositif.

Catégorie 4 (contre-indications)

Ne conseillez pas l'utilisation du DIU et n'en fournissez pas dans les cas suivants :

- Grossesse existante ou soupçonnée.
- Septicémie puerpérale ou post-abortum – en cours ou au cours des trois derniers mois.
- Maladie inflammatoire pelvienne en cours (si elle apparaît pendant la période d'utilisation du DIU, relève de la catégorie 2).
- Infection sexuellement transmissible (IST) présente (ne sont concernées que les IST susceptibles d'entraîner une infection du col de l'utérus, infection à chlamydia et gonorrhée) (si elle apparaît pendant la période d'utilisation du DIU, relève de la catégorie 2).
- Cervicite purulente.
- Tumeur maligne confirmée ou soupçonnée des voies génitales.
- Saignement vaginal anormal (qui laisse soupçonner une affection grave) (s'il survient pendant la période d'utilisation du DIU, relève de la catégorie 2).
- Cancer du col utérin dans l'attente d'un traitement (s'il apparaît pendant la période d'utilisation du DIU, relève de la catégorie 2).
- Cancer de l'endomètre (s'il apparaît pendant la période d'utilisation du DIU, relève de la catégorie 2).
- Anomalies utérines congénitales ou tumeurs bénignes de l'utérus (fibromes) entraînant une déformation de la cavité utérine incompatible avec la pose correcte d'un DIU.
- Maladie trophoblastique gestationnelle maligne.
- Tuberculose pelvienne connue (si elle apparaît pendant la période d'utilisation du DIU, relève de la catégorie 3).

Pour le DIU libérant du lévonorgestrel, la contre-indication suivante s'applique aussi :

- Cancer du sein actuel.

Fournissez à toute femme présentant l'une des contre-indications ci-dessus (autres que la grossesse) des renseignements sur d'autres méthodes contraceptives (voir aussi chapitre 2 : Le conseil).

3.4 Situations particulières

Risque de contracter une IST

Pour une femme ne souffrant d'aucune infection gynécologique accompagnée de signes cliniques évidents mais qui présente un risque élevé de contracter une IST (par exemple, si elle a des partenaires sexuels multiples), la contraception d'urgence par pilule est un meilleur choix que le DIU. Toutefois, elle pourra utiliser un DIU en guise de contraception d'urgence, mais on lui conseillera de choisir une autre méthode contraceptive pour le prochain cycle.

En cas de viol

L'insertion d'un DIU peut être traumatisante sur le plan psychologique pour une femme qui vient d'être victime d'abus sexuels. Il existe aussi une possibilité de transmission d'une IST, dont l'infection à VIH. En conséquence, les pilules contraceptives d'urgence sont l'option à préférer. Toutefois, un DIU peut être fourni à condition que la femme reçoive les conseils appropriés et que le risque de contracter une IST, dont l'infection à VIH, ait été correctement évalué.

3.5 Qui peut délivrer les DIU ?

Les médecins, les sages-femmes, les infirmières et les autres membres des professions de santé qui ont été correctement formés à la pose des DIUs, en accord avec la législation et les règlements locaux.

3.6 Conseils et information

Les conseils d'ordre général décrits à la section 2.7 du présent chapitre s'appliquent aussi à l'utilisation d'urgence du DIU.

Lorsque vous conseillez une cliente quant à l'utilisation future de contraceptifs, indiquez-lui qu'elle peut garder le DIU en guise de mode de contraception continue. Si elle veut continuer d'utiliser le DIU, reportez-vous au chapitre 6 pour plus de renseignements. Si elle ne veut pas continuer d'utiliser le DIU, dites-lui de revenir pendant les règles suivantes, ou peu de temps après, pour le faire retirer.

3.7 Bilan médical

Excluez la possibilité d'une grossesse de la façon suivante :

- Déterminez la date des dernières règles et tout retard éventuel.
- Déterminez la date et le moment du dernier rapport sexuel non protégé.
- Déterminez si un rapport sexuel non protégé s'est produit plus tôt dans le cycle.
- Pratiquez un examen pelvien bimanuel.

S'il subsiste encore un doute, pratiquez un test de grossesse urinaire (voir chapitre 11 : Diagnostic de grossesse).

Notez :

- Les antécédents gynécologiques.
- Les affections actuelles, en notant les antécédents d'IST et les facteurs qui accroissent les risques de contracter une IST, tels que les partenaires multiples.

Pratiquez un examen clinique :

- Visualisation du col au spéculum et examen pelvien bimanuel.
- Tout autre examen justifié par les antécédents.

3.8 Pose du DIU

La technique de pose est la même que dans le cas d'une utilisation continue (voir chapitre 6 : Dispositifs intra-utérins, section 10).

3.9 Instructions à donner à la cliente

- Prévenez la cliente que des douleurs de type crampe peuvent survenir dans les premières 24–48 heures après la pose du DIU. Dans ce cas, elle peut prendre un comprimé analgésique tel que de l'aspirine, de l'ibuprofène, ou du paracétamol.
- Si la cliente ne projette pas de garder le DIU pour une contraception continue, demandez-lui de revenir pendant les règles suivantes, ou peu de temps après, pour procéder au retrait du DIU.
- Si la cliente projette de garder le DIU pour une contraception continue, fournissez-lui les conseils présentés à la section 11 du chapitre 6 (Dispositifs intra-utérins).

3.10 Suivi

Conseillez à la cliente de revenir pendant les règles suivantes, ou peu de temps après.

- Si la cliente ne désire pas garder le DIU, retirez-le et donnez des conseils à la cliente quant aux autres méthodes contraceptives et aux services appropriés, si nécessaire.
- Si la cliente désire garder le DIU pour une contraception continue, vérifiez que le DIU soit correctement placé et fournissez à la cliente des

informations relatives à son utilisation continue et au suivi (voir chapitre 6 : Dispositifs intra-utérins, sections 11 et 12).

En cas de retard des règles après la pose d'un DIU en guise de contraceptif d'urgence, envisagez la possibilité d'une grossesse (voir chapitre 11 : Diagnostic de grossesse). Si la cliente est enceinte, appliquez les directives énoncées à la section 15 du chapitre 6.

3.11 Effets secondaires

Les effets secondaires sont les mêmes qu'en cas d'utilisation continue du DIU (voir chapitre 6, section 14). Si la cliente ne garde pas le DIU pour une contraception continue, tous les effets secondaires disparaissent habituellement avec le retrait.

4 Gestion des services

4.1 Sensibilisation

Tous les prestataires de SSR / planification familiale doivent faire savoir que des contraceptifs d'urgence existent et sont disponibles. Tous les efforts possibles doivent être consentis pour y sensibiliser les responsables politiques et obtenir leur soutien. Il est important de collaborer à cet égard avec les organisations des femmes et les groupes qui plaident en faveur de la santé sexuelle et reproductive.

4.2 Information

Les utilisateurs potentiels doivent connaître l'existence de la contraception d'urgence et savoir comment l'obtenir afin de pouvoir envisager d'y avoir recours en cas de rapport non protégé.

Le manque d'informations sur la contraception d'urgence ne concerne pas seulement les utilisateurs potentiels mais aussi les prestataires de services de santé et de planification familiale. Il est donc important que les programmes de santé sexuelle et reproductive conçoivent des stratégies ayant pour objectifs de :

- Répondre aux préoccupations des prestataires et de les amener à modifier leur attitude.
- Faire mieux connaître aux prestataires les méthodes disponibles et leur mode d'utilisation, grâce à une formation appropriée.
- Sensibiliser les utilisateurs potentiels, dont les adolescents, en faisant connaître les méthodes de contraception d'urgence existantes et en leur indiquant où les obtenir. Des informations relatives à la contraception

d'urgence devraient faire partie des programmes d'éducation à la santé sexuelle et reproductive proposés par les antennes de prestation de services et localement.

4.3 Améliorer l'accessibilité

Afin de rendre la contraception d'urgence plus accessible, les programmes de santé sexuelle et reproductive doivent tenir compte des points suivants lorsqu'ils proposent ce type de contraception :

- Ce service doit être proposé à un prix abordable.
- Il doit être disponible pour tous les utilisateurs potentiels qui le désirent.
- Les pilules contraceptives d'urgence doivent être délivrées en milieu clinique, mais aussi en milieu non clinique, afin que les personnes qui résident dans des zones difficilement accessibles (par exemple en milieu rural) ou qui sont gênées à l'idée de se rendre dans une clinique (par exemple les femmes célibataires, les adolescents ou les femmes victimes d'un viol) puissent en bénéficier.
- Il faut optimiser l'utilisation de la contraception d'urgence en étudiant avec soin les restrictions actuelles à son utilisation et en levant les obstacles superflus.

4.4 Les points de distribution

Milieu clinique

- Cliniques de santé sexuelle et reproductive / planification familiale.
- Autres centres médicaux.
- Cabinets de médecins généralistes / de famille.

Milieu non clinique

- *Services à base communautaire (SBC)* : Les services à base communautaire constituent un moyen pratique de fournir une contraception hormonale d'urgence au-delà du rayon d'action traditionnel des cliniques. L'existence d'un système de référence est nécessaire pour les clientes qui contactent l'agent communautaire 72 heures ou plus après un rapport sexuel non protégé, car il peut s'avérer nécessaire de leur poser un dispositif intra-utérin au cuivre ou de leur proposer d'autres services de santé sexuelle et reproductive, comme un diagnostic de grossesse. Le personnel des cliniques qui délivrent les contraceptifs oraux devrait être préparé à recevoir des clientes qui lui ont été adressées par le système de SBC non clinique. (Voir chapitre 5, section 4.1.)

- *Points de distribution à caractère commercial* : Ce type de points de distribution, comme les pharmacies, est très utile. Ils sont très facilement accessibles et leur service est rapide. Les pharmacies devraient être approvisionnées en brochures imprimées fournissant des informations détaillées sur la contraception hormonale d'urgence et leur personnel devrait recevoir une formation. Il doit être en mesure d'orienter les clientes vers une clinique si elles viennent 72 heures ou plus après un rapport non protégé, ou si elles requièrent des soins spécifiques en milieu clinique. Le marketing social de pilules spécifiquement conditionnées pour la contraception d'urgence pourrait constituer un moyen efficace de rendre ce type de contraception facilement accessible.

Les centres de consultation pour les jeunes

La contraception d'urgence est particulièrement importante pour les adolescents, qui apprennent à gérer leur sexualité. Les grossesses d'adolescentes comportent des risques pour la santé et l'utilisation de contraceptifs d'urgence réduirait le nombre de ces grossesses. Les jeunes femmes trouvent parfois difficile d'obtenir les informations relatives à la contraception d'urgence et d'accéder aux services qui la proposent car :

- Elles ne connaissent pas l'existence de la contraception d'urgence.
- Elles manquent d'assurance ou éprouvent une gêne à l'idée de se rendre dans une clinique de SSR / planification familiale.
- Elles ne savent pas où se trouve l'antenne de prestation de services locale.
- Les horaires d'ouverture de la clinique ne leur conviennent pas.
- Elles redoutent de subir un examen pelvien, qui n'est pourtant pas exigé pour la délivrance de pilules contraceptives d'urgence.
- Elles s'inquiètent à l'idée que les prestataires puissent porter sur elles un jugement moral.

Les centres de consultation pour les jeunes peuvent fournir des informations relatives à la contraception d'urgence dans le cadre de leurs réunions de conseil et, si nécessaire, certains centres peuvent délivrer des contraceptifs d'urgence hormonaux.

Le meilleur moyen d'aider les adolescents, c'est de se montrer compréhensif / ve à leur égard, de leur fournir des conseils en toute confidentialité, et de leur donner accès à des mesures propres à réduire au maximum les risques auxquels ils sont exposés.

Photo : Association Espagnol pour la Planification Familiale / Charlon Margüelles / Espagne



11 **DIAGNOSTIC DE GROSSESSE**

1 Introduction

Le diagnostic de grossesse est une composante importante des services de santé sexuelle et reproductive (SSR) / planification familiale et autres services de santé reproductive. Les cliniques de SSR / planification familiale peuvent offrir des services de diagnostic de grossesse aux femmes qui :

- Projettent une grossesse et espèrent être enceintes.
- Ont eu un rapport non protégé et craignent d'être enceintes.
- Veulent adopter certaines méthodes de contraception (par exemple, le DIU) et ont besoin d'exclure la possibilité d'une grossesse.
- Ont connu un échec en matière de contraception.

Il existe une grande diversité de techniques permettant le diagnostic de grossesse et les méthodes utilisées dans tel ou tel environnement varient selon leur coût et leur faisabilité. De nombreuses régions n'ont pas accès aux tests biochimiques de grossesse. Bien que la grossesse puisse être diagnostiquée par un examen clinique (sans test de laboratoire), cette technique ne devient fiable qu'après 8 à 10 semaines d'aménorrhée.

Dans l'éventualité d'une grossesse, il est important de déterminer l'âge gestationnel si l'on veut donner à la femme une estimation de la date d'accouchement. Cette estimation est également utile dans le diagnostic de certaines grossesses pathologiques (grossesse ectopique ou menace de fausse couche). Lorsqu'une cliente envisage un avortement, la connaissance de l'âge gestationnel peut l'aider à prendre une décision et, si la législation en vigueur l'autorise, cet élément d'information est essentiel pour déterminer la technique qui convient pour la procédure.

2 Diagnostic clinique (sans examen de laboratoire)

Le diagnostic clinique (sans examen de laboratoire) de grossesse est établi par détection de signes et de symptômes suggérant une grossesse, grâce à des questions relatives aux antécédents médicaux et à un examen physique. Le symptôme le plus important est l'aménorrhée qui, lorsqu'elle s'accompagne d'autres symptômes, suggère avec un haut degré de probabilité l'existence d'une grossesse. L'examen pelvien est utile dans le diagnostic de grossesse après 6 semaines de gestation.

3 Symptômes et signes cliniques de la grossesse

3.1 Symptômes

Les symptômes d'une grossesse sont les suivants :

- Absence de règles (aménorrhée).
- Nausées (avec ou sans vomissements) et modifications de l'appétit.
- Fatigue persistante.
- Sensibilité mammaire et augmentation de volume des seins.
- Augmentation de la fréquence des mictions.
- Perception de mouvements foetaux (symptôme tardif à 16-20 semaines de gestation).

3.2 Signes

Les signes cliniques d'une grossesse sont les suivants :

- Le ramollissement, l'arrondissement et l'augmentation de volume du corps de l'utérus deviennent perceptibles à 6 semaines de gestation.
- Le signe de Hegar devient manifeste à partir d'environ 6 semaines de gestation. L'isthme entre le col et le corps de l'utérus devient mou et compressible à l'examen pelvien bimanuel.
- Des pulsations des artères utérines peuvent constituer un signe de grossesse à moins de 6 semaines de gestation.
- L'utérus qui a augmenté de volume est palpable au-dessus de la symphyse pubienne après 12 semaines de gestation.
- Les bruits du cœur du fœtus sont détectables au stéthoscope entre la 18^e et la 20^e semaines de gestation.
- Les mouvements foetaux peuvent être perçus par la personne qui pratique l'examen entre la 18^e et la 20^e semaines de gestation.

4 Diagnostic au moyen d'examens de laboratoire

Tous les tests biochimiques de laboratoire impliquent le recours à des anticorps qui détectent la présence de gonadotrophine chorionique humaine (HCG) dans un échantillon de sang ou d'urine de la femme. Il s'agit d'une hormone protéique sécrétée par le placenta ou son précurseur et qui est très proche de l'hormone lutéinisante (LH), de l'hormone folliculo-stimulante (FSH) et de l'hormone thyroïdienne. Chacune de ces hormones comporte deux sous-

unités, alpha et bêta. Les sous-unités alpha des quatre hormones sont presque identiques, aussi convient-il d'utiliser un test qui identifie sélectivement la sous-unité bêta de l'HCG. L'HCG peut être détectée entre le 7^e et le 9^e jours après l'ovulation. Les tests de grossesse peuvent être divisés en deux groupes :

- Les tests d'inhibition de l'agglutination ; et
- Les tests immunologiques et les dosages radioimmunologiques, qui sont plus sensibles et plus spécifiques que les tests d'inhibition de l'agglutination, mais plus coûteux.

4.1 Tests d'inhibition de l'agglutination

Ces tests sont peu onéreux, faciles à réaliser, et détectent de façon fiable la grossesse environ 6 semaines après la date des dernières règles ou après 2 semaines de retard des règles. Du fait que les femmes sollicitent en général un test de grossesse après un retard des règles, les tests d'agglutination sont suffisants dans la plupart des cas. La combinaison d'anticorps anti-HCG avec l'HCG produit une réaction positive dans un échantillon de sang ou d'urine de la femme. Du fait que ces anticorps ne permettent pas de détecter spécifiquement la sous-unité bêta de l'HCG, il y a possibilité de réactions croisées avec la LH, la FSH et l'hormone thyroïdienne. Pour prévenir les faux positifs, la sensibilité de ces tests (environ 2 000 mUI / ml d'HCG) est telle que de hautes concentrations de HCG sont nécessaires pour que soit obtenu un résultat positif, ce qui diminue les risques de réactions croisées. Ces tests conviennent pour la confirmation d'une grossesse entre la 6^e et la 16^e semaines d'aménorrhée. Les faux négatifs peuvent survenir en cas de basses concentrations de HCG, notamment en tout début de grossesse, après 16 à 20 semaines de gestation, en cas de grossesse extra-utérine ou de fausse couche imminente.

4.2 Test immunologiques et dosages radioimmunologiques

Ces tests détectent de façon fiable de basses concentrations d'HCG. Ils conviennent donc à la détection de grossesses débutantes, y compris les grossesses extra-utérines. Ces tests permettent de détecter spécifiquement les sous-unités bêta de l'HCG et n'entraînent donc pas de réactions croisées avec les autres hormones.

Les tests immunologiques peuvent détecter des concentrations d'HCG aussi basses que 5 à 50 mUI / ml dans un échantillon d'urine de la femme enceinte. Ces tests sont maintenant disponibles sous forme de kits pour une utilisation à domicile ou en clinique. Ces tests sont positifs pour 98 % des femmes dès 3 ou 4 jours avant la date prévue des règles.

Les dosages radioimmunologiques utilisent des radioisotopes pour détecter l'HCG dans le sérum, c'est pourquoi ils sont généralement réalisés dans des laboratoires hospitaliers. Ils donnent des résultats corrects avec 5 mUI / ml d'HCG à partir de 7 jours de fertilisation.

5 Comment être raisonnablement sûr que la femme n'est pas enceinte ?

Les prestataires de services doivent exclure la possibilité de grossesse avant d'instaurer une méthode de contraception, notamment dans le cas d'une contraception hormonale ou d'un DIU.

Un moyen de vérifier que la femme n'est pas enceinte consiste à s'assurer qu'elle ne présente ni symptômes, ni signes cliniques de grossesse. De plus, les critères suivants s'appliquent :

- Elle n'a pas eu de rapport sexuel depuis la dernière période normale de menstruation.
- Elle a utilisé correctement et de façon régulière une méthode fiable de contraception.
- Les dernières règles ont débuté il y a moins de 7 jours.
- En cas d'accouchement récent, il a eu lieu au moins 4 semaines plus tôt (pour une femme n'allaitant pas).
- Elle allaite exclusivement ou presque exclusivement, elle est en aménorrhée, et l'accouchement a eu lieu moins de 6 mois auparavant.
- Un avortement a été pratiqué il y a moins de 7 jours.

Un faux diagnostic négatif de grossesse est toujours possible, mais les risques de faux négatifs sont beaucoup plus faibles si l'on a recours aux tests biochimiques que si l'on se contente d'établir les antécédents et de procéder à un examen physique.

6 Conseils à prodiguer en cas de diagnostic positif de grossesse

En cas de diagnostic positif de grossesse, conseillez la cliente quant aux options qui s'offrent à elle. En particulier, apportez à la femme qui hésite à poursuivre sa grossesse le soutien moral et les informations dont elle aura besoin pour prendre une décision raisonnée. Orientez la cliente vers les autres prestataires de services appropriés. Si la cliente envisage de poursuivre la grossesse, avertissez-la de l'importance des soins prénatals et indiquez-lui comment et où les obtenir.

Photo : Association Espagnol pour la Planification Familiale / Claudia Ferreira / Brasil



12 AVORTEMENT FAIT DANS DES BONNES CONDITIONS (SUR)

AVORTEMENT FAIT DANS DES BONNES CONDITIONS (SUR)

1 Introduction

L'avortement provoqué est une intervention fréquente dans le monde entier. On estime que 46 millions d'avortements sont pratiqués chaque année, dont près de 20 millions dans de mauvaises conditions de sécurité. Quelque 67 000 des décès liés à la grossesse qui sont enregistrés chaque année sont imputables à un avortement non médicalisé. Une législation restrictive ne réduit pas de manière considérable le nombre global d'avortements pratiqués, mais entraîne une augmentation importante de la proportion de ceux qui le sont dans des conditions dangereuses.

Du fait que la décision d'avoir recours à l'avortement résulte habituellement d'une grossesse non désirée, la priorité des priorités devrait être de développer et d'améliorer les services de planification familiale, seuls à même de prévenir de telles grossesses et de réduire le nombre des avortements pratiqués.

Lorsque l'avortement n'est pas illégal, les prestataires de services de santé doivent être suffisamment bien formés et disposer du matériel adéquat pour proposer des services sûrs et accessibles. La prestation de services associés à l'interruption de grossesse – ou l'orientation vers des établissements spécialisés – est un aspect essentiel des soins offerts aux femmes en matière de santé sexuelle et reproductive : les responsables des programmes concernés devraient avoir pour priorité de respecter le droit des femmes de choisir. Comme dans le cadre des autres services de santé sexuelle et reproductive, la confidentialité et l'intimité des clientes doivent être respectées.

1.1 Définition

L'« avortement » est l'interruption d'une grossesse. Il peut être spontané (on parle alors de « fausse couche ») ou provoqué. Il peut être provoqué chirurgicalement (par exemple, par aspiration, ou par dilatation et curetage) ou médicalement (à l'aide d'un antiprogestatif et / ou de prostaglandines). Il peut être pratiqué sans risque ou dans de mauvaises conditions de sécurité. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), « l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité est une interruption de grossesse pratiquée par des personnes non qualifiées ou dans un environnement non conforme aux normes médicales minimales, ou les deux ».

Lorsqu'il est pratiqué à un stade précoce de la grossesse par des praticiens qualifiés, dans des locaux et avec du matériel appropriés, l'avortement est l'une des procédures médicales les plus sûres. Au-delà de 10 semaines après les dernières règles, les risques, certes rares, s'accroissent avec chaque semaine de grossesse supplémentaire. Ces risques sont les suivants : avortement incomplet ou échec de la procédure, hémorragie, infection,

perforation utérine, complications liées à l'anesthésie, séquelles à long terme qui font parfois suite aux complications immédiates.

C'est pourquoi il faut s'employer à expliquer au public que l'avortement est d'autant plus sûr qu'il est pratiqué tôt, et les femmes qui sollicitent un avortement devraient être encouragées à le faire le plus tôt possible, de préférence avant 12 semaines, voire entre 7 et 9 semaines (en fonction des directives locales), si l'avortement est induit par des médicaments. Quant aux services concernés, ils doivent faire en sorte que le délai d'attente soit le plus court possible. Du fait que les compétences du praticien sont la garantie d'un avortement sûr, le personnel de santé qui propose des avortements devrait avoir reçu une formation appropriée. Ceux qui travaillent dans des services où les avortements ne sont pratiqués qu'à un stade précoce de la grossesse devraient connaître les établissements vers lesquels ils peuvent orienter en toute sécurité les clientes dont la grossesse est parvenue à un stade plus avancé. Les techniques utilisées après 12 semaines exigent que les prestataires aient reçu une formation spécialisée qui leur permette d'exécuter une dilatation et une évacuation, d'administrer de la mifépristone accompagnée de doses répétées de prostaglandines telles que le misoprostol ou le gemeprost, ou d'effectuer des injections intra-amniotiques de solutions hypertoniques ou des injections intra-amniotiques ou extra-amniotiques de prostaglandines.

1.2 Indications générales

Dans presque tous les pays, l'avortement est autorisé par la loi pour sauver la vie d'une femme. Dans un grand nombre de pays, il est également permis dans les cas suivants :

- Pour préserver la santé physique ou mentale de la femme.
- Lorsque la grossesse fait suite à un viol ou à un inceste.
- En cas de malformation du fœtus.
- Pour des raisons économiques et sociales.
- Lorsque la femme en fait la demande.

Lorsque la loi l'autorise, il faut fournir des services sûrs et accessibles aux femmes qui demandent à avorter. Les prestataires de services de santé doivent se prévaloir de l'ensemble des possibilités offertes par la législation et proposer tous les services qu'elle autorise.

1.3 Conseil et information

Nombre de femmes sont fermement résolues, avant même de se rendre dans un centre médical, à mettre un terme à leur grossesse. Cependant, certaines se demandent si elles doivent ou non avoir recours à l'avortement et

ressentent de l'anxiété ou de la culpabilité. Il arrive que les adolescentes, en particulier, ne reçoivent aucun soutien, ni de leur partenaire, ni de leur famille. Même si les conseils ne doivent jamais être imposés, il faut offrir à chaque femme qui envisage un avortement la possibilité de dialoguer avec un tiers qui lui manifeste de la compréhension et prend en compte sa situation personnelle et son milieu culturel. Lors des séances de conseil, les prestataires ne doivent jamais perdre de vue :

- Les raisons pour lesquelles la femme désire avorter; s'ils soupçonnent quelque forme de coercition, il faut en discuter confidentiellement avec la femme.
- Les différentes options qui s'offrent à la femme, et l'aide que peut offrir la société. Les femmes dont on soupçonne qu'elles ont été victimes d'abus sexuels doivent être orientées vers tout autre type de centre de soins dont elles pourraient avoir besoin.

Ensuite, certaines femmes ont encore besoin de temps pour réfléchir avant de prendre une décision. Lorsque la cliente a pris sa décision, il faut lui expliquer en détail le déroulement de la procédure et les options possibles en matière de contraception :

- Elle doit savoir à quoi s'attendre pendant et après l'intervention, et connaître la durée de celle-ci.
- Lorsque l'avortement médical est envisagé, la cliente devrait être informée des doses de médicaments nécessaires, ainsi que de l'importance des saignements et de la douleur auxquels elle doit s'attendre.
- Toute femme qui sollicite un avortement chirurgical doit être informée dans le détail de la nature de l'intervention, y compris des types de traitements et d'anesthésie disponibles.
- Il faut aborder avec elle la sûreté de la procédure.
- Lui décrire les effets secondaires et les complications possibles, qu'ils soient immédiats ou à long terme.
- Lui indiquer à quel moment elle pourra reprendre des activités normales, y compris les relations sexuelles.
- Lui décrire le suivi médical nécessaire.
- S'agissant des séances de conseil concernant le choix d'une méthode contraceptive, tant avant l'avortement que pendant les séances de suivi, il faut expliquer à la femme que l'ovulation peut se produire dans les deux semaines qui suivent l'avortement et que, si elle n'utilise pas de méthode contraceptive efficace, elle risque de redevenir enceinte. Si elle veut subir un avortement parce qu'elle estime que sa grossesse résulte de l'échec d'une méthode contraceptive, le prestataire doit en discuter avec elle, afin de

savoir si l'échec est imputable à une utilisation incorrecte ou à l'échec de la méthode. On avisera la cliente en conséquence.

- S'agissant d'une éventuelle stérilisation, le moment n'est pas idéal pour prendre une décision aussi importante. Cela dit, si la femme n'a pas la possibilité de revenir au centre de santé pour effectuer cette procédure, et si elle est sûre de son choix, la stérilisation par minilaparotomie ou laparoscopie peut être combinée en toute sécurité avec l'avortement.
- Il faut encourager la cliente à poser des questions et à exprimer ses craintes éventuelles.

2 Consentement éclairé, confidentialité et intimité

Les femmes qui sollicitent un avortement doivent être accueillies avec respect et compréhension. Les prestataires doivent offrir leur soutien et donner toutes les informations nécessaires de façon compréhensible, afin que les femmes puissent choisir de recourir ou non à un avortement, sans pression, ni coercition, ni discrimination.

Les prestataires de services ont le devoir de faire en sorte qu'aucun renseignement de nature personnelle fourni par une cliente ne soit divulgué sans autorisation, et de s'assurer que les clientes qui autorisent la communication de tels renseignements à des tiers le font librement et en toute connaissance de cause. Dans certains pays, les prestataires ne sont pas autorisés à divulguer les données contenues dans le dossier médical des patients, même à la demande de ces derniers.

Les prestataires de services doivent veiller à ce que leurs entretiens avec les clientes et la prestation de services proprement dite se déroulent dans un endroit propice au respect de la confidentialité.

3 Soins préalables à l'avortement

Un dossier clinique approprié doit être constitué pour chaque cliente pour que les éléments essentiels des antécédents et des examens physiques et de laboratoire subis soient collectés et notés.

3.1 Antécédents médicaux

Outre les renseignements personnels concernant la cliente, notamment le nombre de ses enfants, les éléments d'information suivants doivent être recueillis :

- Date de la dernière période menstruelle normale, pour déterminer la durée de la grossesse (nombre de jours ou de semaines écoulés depuis le premier jour des règles); le risque associé à l'avortement provoqué augmente avec la durée de la grossesse, et la sélection de la méthode en dépend.
- Symptômes de début de grossesse (tension et engorgement mammaires, nausées, fatigue, modification de l'appétit et mictions plus fréquentes) chez les clientes pour lesquelles on ne peut déterminer avec précision la date des dernières règles et pour lesquelles un diagnostic de grossesse n'a pas été posé.
- Maladies antérieures ou actuelles et toute autre affection à prendre en compte avant de pratiquer un avortement (par exemple, des saignements anormaux).
- Allergies.
- Traitements médicamenteux susceptibles de réagir avec les médicaments utilisés lors de la procédure, ou de rendre la procédure dangereuse (par exemple les anticoagulants).

3.2 Examen physique

- État de santé général de la cliente. Il est important de vérifier que la femme ne souffre d'aucune affection susceptible d'accroître le risque associé à un avortement. En présence d'une affection grave, la femme doit être orientée vers un établissement spécialisé où les risques pourront être réduits et les complications éventuelles traitées comme il convient.
- Il faut procéder à un examen pelvien bimanuel pour :
 - Confirmer la grossesse. Les signes indiquant une grossesse sont dès 6 à 8 semaines sont un ramollissement de l'isthme du col de l'utérus et l'augmentation de volume de ce dernier.
 - Confirmer que la taille de l'utérus correspond à la durée de la grossesse. Un utérus de femme enceinte plus petit que prévu peut être le signe d'une grossesse moins avancée que l'estimation effectuée d'après la date des dernières règles le laissait prévoir, d'une grossesse extra-utérine ou d'une rétention foetale. Un utérus plus volumineux que prévu peut indiquer une grossesse plus avancée que ne le laissait supposer la date des dernières règles, une grossesse multiple, un fibrome ou une grossesse molaire.
 - Déterminer la position de l'utérus : savoir s'il y a antéversion ou rétroversion, ou une position qui risquerait de fausser l'estimation de l'âge de la grossesse ou de compliquer un avortement chirurgical.
 - Détecter les signes éventuels d'infections de la filière génitale (IFG) ou d'infections sexuellement transmissibles (IST). La présence d'IFG ou d'IST au

moment de l'avortement constitue un facteur de risque d'infection pelvienne consécutive à l'intervention. S'il y a des signes cliniques d'infection, ou si elle est mise en évidence lors d'un dépistage, un traitement d'antibiotiques devrait être commencé avant que l'avortement soit pratiqué.

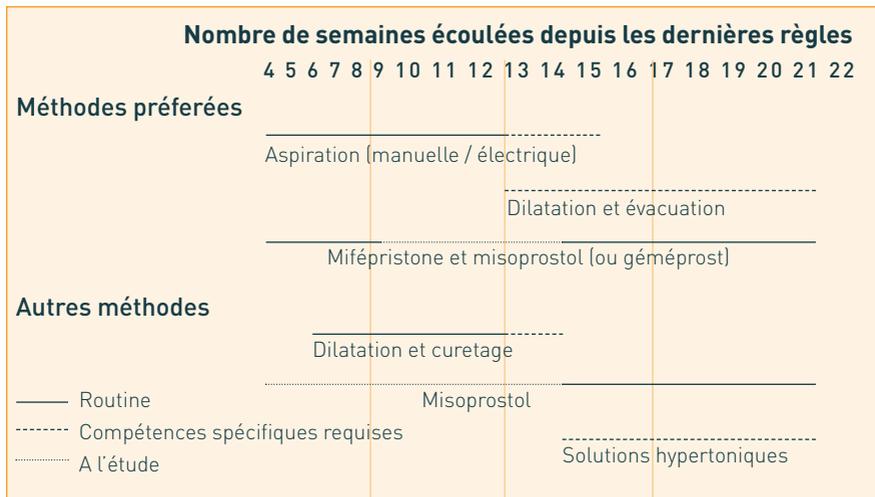
3.3 Examens de laboratoire

- Un test de grossesse n'est pas nécessaire, sauf si les signes typiques de la grossesse ne sont pas clairement en évidence et que le prestataire entretient des doutes au sujet de la réalité de la grossesse.
- Si l'examen physique suggère une anémie, la détermination du taux d'hémoglobine et de l'hématocrite permet, dans les régions où l'anémie est très répandue, de se préparer à une hémorragie éventuelle au moment de l'avortement ou après celui-ci.
- Lorsque c'est possible, on effectuera un groupage ABO et Rhésus (Rh), pour le cas où une complication nécessiterait une transfusion sanguine.
- L'échographie permet de détecter une grossesse extra-utérine au-delà de 6 semaines. Si on suspecte une grossesse extra-utérine, on doit immédiatement confirmer le diagnostic et commencer le traitement, ou transférer la patiente le plus vite possible vers un établissement pouvant confirmer le diagnostic et démarrer le traitement.
- Dans les établissements où l'on administre systématiquement de l'immunoglobuline anti-D aux femmes à Rh-négatif, il convient de le faire au moment où l'on pratique l'avortement. Lorsqu'il s'agit d'un avortement médicamenteux, il est recommandé d'administrer l'immunoglobuline anti-D en même temps que la prostaglandine.
- On peut aussi offrir aux femmes une cytologie cervicale, en particulier dans les zones de forte prévalence du cancer du col utérin et des IST. Cependant, cet examen ne doit en aucun cas être une condition pour obtenir un avortement.
- On peut proposer un sérodiagnostic VIH, ainsi que d'autres tests en relation avec les IST ou avec des maladies spécifiques.

4 Méthodes d'avortement

La méthode choisie pour provoquer l'avortement dépend de la durée de la grossesse, de la formation reçue par le prestataire et de ses compétences, des moyens et des locaux disponibles, et de la préférence exprimée par la patiente. Dans la plupart des cas, la grossesse peut être déterminée de manière fiable sur base de la date des dernières règles et des résultats de l'examen pelvien. Le recours à l'échographie n'est nécessaire que s'il existe un doute clinique

Figure 12.1 : Méthodes d'avortement en fonction de l'âge de la grossesse, exprimé en semaines



quant à la durée de la grossesse, ou lorsqu'une grossesse extra-utérine est soupçonnée. À moins qu'une femme ne présente une affection préexistante grave ou que la méthode sélectionnée nécessite une hospitalisation, l'avortement chirurgical comme l'avortement médical devraient être pratiqués sans hospitalisation. La Figure 12.1 présente les méthodes appropriées en fonction de la durée de la grossesse.

4.1 Méthodes médicales

Les méthodes médicales le plus fréquemment utilisées pour mettre un terme à la grossesse combinent un antiprogestatif (mifépristone) et une prostaglandine (misoprostol). L'avortement médical jusqu'à 9 semaines est très efficace et présente toutes les garanties de sûreté. De 9 à 14 semaines, l'avortement chirurgical est à présent recommandé, car l'efficacité de l'avortement médical, compte tenu des dosages actuels, est réduite; de surcroît, la perte de sang est plus importante et le produit de la conception est plus susceptible de demeurer à l'intérieur de l'utérus. Au-delà de 14 semaines, lorsque le placenta tend à être complètement expulsé, les méthodes médicales utilisées pour provoquer l'avortement constituent une solution de substitution efficace et sûre à l'intervention chirurgicale. Moins de 5 % des femmes qui subissent un avortement médical doivent ensuite subir une intervention chirurgicale pour cause de poursuite de la grossesse ou d'avortement incomplet. Les services qui proposent l'avortement médical doivent avoir accès à des structures où il est possible de pratiquer une intervention chirurgicale.

L'avortement médical, tant précoce que tardif, inclut l'administration de mifépristone puis, après un laps de temps variable (jusqu'à 48 heures), l'administration d'une prostaglandine. Après 14 semaines, il faut généralement administrer de la prostaglandine à plusieurs reprises.

Une alternative à la combinaison prostaglandine / antiprogestatif après 14 semaines consiste à n'administrer que du misoprostol, analogue de la prostaglandine, mais cette solution semble moins efficace, son action est plus lente, elle est plus douloureuse et entraîne davantage d'effets secondaires gastro-intestinaux. On étudie actuellement la possibilité de proposer un traitement à base de misoprostol jusqu'à 14 semaines, car cet agent est disponible presque partout et son coût est faible. Pour ce qui est des préoccupations relatives à l'effet tératogène, les femmes qui ont recours au misoprostol devraient être informées qu'en cas d'échec, l'avortement devra être complété selon une méthode chirurgicale.

La combinaison de méthotrexate et d'une prostaglandine n'est pas recommandée car elle est moins efficace que la combinaison mifépristone / prostaglandine; en outre, cette procédure est lente et, là encore, l'éventuel effet tératogène du traitement suscite des préoccupations.

Encadré 12.1 : Schémas par mifépristone plus prostaglandine couramment administrés

Jusqu'à 9 semaines d'aménorrhée	Après 12 semaines d'aménorrhée
200 mg de mifépristone suivis, 36 à 48 heures après, de :	200 mg de mifépristone suivis, 36 à 48 heures après, de :
1 mg de géméprost par voie vaginale ; <i>ou</i>	1 mg de géméprost par voie vaginale (dose répétée toutes les 6 heures, 4 fois au maximum et si nécessaire toutes les 3 heures jusqu'à 4 fois de plus) ; <i>ou</i>
800 µg de misoprostol par voie vaginale ; <i>ou</i>	
400 µg de misoprostol par voie orale jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée	400 µg de misoprostol par voie orale toutes les 3 heures jusqu'à 5 doses ; <i>ou</i>
	800 µg de misoprostol par voie vaginale, suivis de 400 µg de misoprostol par voie orale toutes les 3 heures jusqu'à 4 doses maximum

Certains des schémas par mifépristone plus prostaglandine couramment administrés et recommandés par l'OMS sont décrits dans l'Encadré 12.1.

Les effets secondaires d'une interruption médicale de grossesse sont les suivants :

- Crampes et saignements prolongés, semblables aux règles, qui durent en moyenne 9 jours, mais peuvent se prolonger jusqu'à 45 jours, dans de rares cas.
- Nausées.
- Vomissements.
- Diarrhée.

4.2 Méthodes chirurgicales

Qui peut effectuer les procédures chirurgicales ?

- Le gynécologue.
- Un médecin ayant reçu une formation appropriée.
- Un prestataire de niveau intermédiaire correctement formé (seulement avec la technique de l'aspiration), lorsque la législation le permet ; les prestataires de niveau intermédiaire sont les membres du personnel clinique non-médecins (sages-femmes, infirmiers, assistants).

Préparation du col

On procède parfois à la préparation du col avant les interruptions chirurgicales de grossesse au premier trimestre, car elle rend l'intervention plus facile et diminue l'incidence des complications immédiates. On utilise pour ce faire des dilateurs osmotiques ou des produits pharmacologiques. Elle est recommandée aux femmes :

- Nullipares dont la grossesse a débuté il y a plus de 9 semaines.
- De moins de 18 ans.
- Qui sont enceintes depuis plus de 12 semaines révolues.

La préparation du col est également bénéfique pour les femmes qui :

- Présentent des anomalies du col.
- Ont déjà subi une intervention chirurgicale à ce niveau.
- Courent un risque élevé de lésion du col ou de perforation utérine pouvant entraîner des saignements excessifs.

Médicaments contre la douleur

L'intensité de la douleur varie selon l'âge de la patiente, la durée de la grossesse, le degré de dilatation du col, et l'anxiété de la patiente. Le fait de prodiguer des conseils et de reconforter la patiente permet de réduire sa perception de la douleur et ses craintes. La présence d'un membre de la famille peut aussi y contribuer. Cependant, il faut toujours offrir un traitement contre la douleur. Les médicaments suivants peuvent être utilisés, soit seuls, soit associés :

- Des analgésiques, pour soulager la douleur.
- Des tranquillisants, pour réduire l'anxiété.
- Des anesthésiques, pour insensibiliser.

Anesthésie

Quand on pratique une dilatation mécanique du col pour une interruption chirurgicale de grossesse, on devrait instaurer un bloc paracervical à l'aide d'un anesthésique local tel que la lidocaïne (lignocaïne).

- Vérifier que la patiente ne présente pas d'allergie connue à la lidocaïne ou à des médicaments similaires.
- Préparer une solution de 20 ml à 0,5 % de lidocaïne sans épinéphrine.
- Injecter au-dessous de la muqueuse cervicale dans chacun des « quatre quadrants » autour du col, en prenant soin de ne pas injecter dans un vaisseau sanguin.

L'anesthésie générale n'est pas recommandée pour l'avortement car elle augmente les risques cliniques. Néanmoins, certaines femmes préfèrent l'anesthésie générale et elle peut être préférable si l'intervention présente des difficultés. Tout établissement pratiquant l'anesthésie générale doit disposer d'un matériel spécialisé et d'un personnel formé à son utilisation et capable de prendre en charge d'éventuelles complications.

Principes à respecter pour garantir la sûreté des interventions chirurgicales

Le personnel doit être correctement formé aux techniques qu'il utilise. Il doit pouvoir reconnaître très rapidement une complication et savoir la traiter rapidement.

- Les installations doivent être approuvées et conformes aux critères nationaux qui s'appliquent.
- Les mesures de prévention des infections doivent être scrupuleusement observées (voir chapitre 15 : Prévention des infections).
- L'ensemble des instruments et du matériel doit être en bon état de fonctionnement avant l'intervention.

- L'établissement doit stocker les médicaments et le matériel indispensables pour faire face aux situations mettant en danger la vie du sujet et autres urgences.
- Les directives et procédures médicales et chirurgicales approuvées doivent être strictement observées.

Les diverses techniques chirurgicales

- Aspiration.
- Dilatation et curetage.
- Dilatation et évacuation.
- Autres méthodes.

Aspiration

L'aspiration est une procédure très sûre, qui consiste à évacuer le contenu de l'utérus au moyen d'une canule en plastique ou métallique, reliée à une pompe à vide. Le vide est obtenu grâce à une pompe électrique ou à une seringue en plastique de 60 ml actionnée à la main. Les pompes à vide existantes peuvent recevoir des canules en plastique de différentes tailles. Il faut disposer de canules d'un diamètre compris entre 4 mm et, au moins, 12 mm.

L'aspiration est la méthode à privilégier jusqu'à 12 semaines depuis les dernières règles, et certains praticiens expérimentés peuvent y avoir recours sans risque jusqu'à 15 semaines. Elle nécessite un bloc paracervical, un sédatif léger, ou les deux.

La canule peut être introduit :

- Si l'intervention est pratiquée au début de la grossesse (dans les 6 premières semaines), on peut se passer de dilatation cervicale.
- De 6 à 9 semaines, la dilatation cervicale est généralement nécessaire.

La dilatation peut être obtenue au moyen de dilateurs mécaniques ou de dilateurs osmotiques hydrophiles tels que les lamineaires stériles. Une prostaglandine (misoprostol) et / ou de la mifépristone peuvent également être utilisées pour préparer le col de l'utérus.

L'aspiration peut être pratiquée en ambulatoire. La plupart des femmes qui subissent un avortement au premier trimestre sous anesthésie locale se sentent suffisamment bien pour quitter le centre médical après une période d'observation d'environ 30 minutes dans une salle de réveil. Des périodes de

réveil plus longues sont généralement nécessaires après une interruption de grossesse plus tardive, ou après une sédation ou une anesthésie générale.

Dilatation et curetage (D&C)

La méthode de dilatation et curetage (D&C) consiste à dilater le col à l'aide de dilateurs mécaniques ou d'agents pharmacologiques, puis à racler les parois de l'utérus à l'aide de curettes métalliques. Cette méthode est moins sûre que l'aspiration, et plus douloureuse. Elle convient pour les avortements pratiqués jusqu'à 12 semaines, mais des praticiens expérimentés peuvent y avoir recours jusqu'à 14 semaines. Cependant, cette technique ne devrait être utilisée que s'il est impossible d'avoir recours à l'aspiration ou à une méthode médicale, car elle comporte des risques plus élevés. Les responsables des services de santé doivent faire tout leur possible pour remplacer le curetage par l'aspiration.

Dilatation et évacuation (D&E)

La dilatation et évacuation (D&E) est la méthode chirurgicale à privilégier en cas de grossesse supérieure à 12 semaines. Il faut pour cela préparer le col avec de la mifépristone, ou une prostaglandine telle que le misoprostol, ou des lamineaires ou tout autre dilateur hydrophile similaire. Dilater le col; évacuer le contenu de l'utérus par aspiration électrique au moyen d'une canule de 14 à 16 mm de diamètre et de pinces. Selon l'âge de la grossesse, la dilatation peut nécessiter de 2 heures à une journée entière. Elle requiert des compétences spécifiques et ne devrait être pratiquée que dans des établissements où les prestataires possèdent les compétences et l'expérience nécessaires.

Autres méthodes

L'instillation intra-amniotique ou extra-amniotique de diverses solutions est moins sûre et moins efficace que la méthode D&E : elle ne doit pas être encouragée. L'hystérotomie abdominale ou vaginale est très rarement indiquée en cas d'avortement tardif. Il ne faut avoir recours à l'hystérectomie que si la femme présente une affection qui justifie à elle seule cette opération.

Examen des tissus après un avortement chirurgical

Il est important d'examiner les produits de la conception juste après un avortement chirurgical. Il faut :

- Vérifier que le produit de la grossesse intra-utérine ait été complètement évacué.
- Identifier visuellement les produits de la conception, en particulier les villosités chorioniques; leur absence est le signe d'une grossesse extra-utérine.
- Confirmer que le produit de l'aspiration correspond à l'estimation de l'âge de la grossesse, afin d'écartier la possibilité d'un avortement incomplet.
- Être attentif aux signes évoquant une grossesse molaire.

Il n'est pas indispensable de faire analyser systématiquement les produits de la conception par un laboratoire.

Instruments et fournitures pour aspiration manuelle

Fournitures de base

- Kit et liquides de perfusion intraveineuse (lactate de sodium, glucose et soluté physiologique).
- Seringues (5, 10 et 20 ml).
- Aiguilles (spinale de calibre 22 pour le bloc paracervical; calibre 21 pour l'injection de médicaments).
- Gants stériles (de taille petite, moyenne et grande).
- Tampons de coton hydrophile ou compresses de gaze.
- Solutions antiseptiques aqueuses (sans alcool).
- Détergent ou savon.
- Eau propre.
- Chlore ou glutaraldéhyde pour la désinfection / décontamination.
- Agent de désinfection de haut niveau ou de stérilisation.

Instruments et matériel

- Spéculum vaginal.
- Ténaculum (pince de Pozzi ou de Museux).
- Pinces porte-coton (en coeur) ou à pansement.
- Dilatateurs (de Pratt, ou de Denniston, tailles françaises 13 à 27).
- Récipient pour solution antiseptique.
- Passoire (en métal, en verre ou en gaze).
- Plat en verre transparent pour l'inspection des tissus.

Médicaments

- Analgésiques [par exemple, paracétamol (acétaminophène), ibuprofène ou péthidine].
- Anxiolytiques (par exemple, diazépam).
- Anesthésiques : chloroprocaine (1-2 %) ou lidocaïne (0,5-2 %) sans épinéphrine.
- Ocytocine (10 unités) ou ergométrine (0,2 mg).

Instruments pour aspiration manuelle

- Aspirateur.
- Canules souples de différentes tailles.
- Adaptateurs, si nécessaire.
- Silicone pour lubrifier les seringues, si nécessaire.

5 Suivi

5.1 Pendant la période de récupération

- Vérifiez les signes vitaux pendant que la patiente se trouve encore sur la table d'opération.
- Installez-la dans une position confortable dans le local où elle se remet de l'intervention, sous surveillance.

Après une procédure chirurgicale

- Soyez attentif / ve en cas de douleur, car celle-ci peut être causée par une perforation utérine ou une hématométrie aiguë (sang remplissant l'utérus).
- Dans le cas particulier des interruptions de grossesse tardives, confirmez la taille de l'utérus par un examen bimanuel à travers la paroi abdominale.

La plupart des femmes peuvent quitter le centre de santé dès qu'elles s'en sentent capables et que leurs signes vitaux sont normaux. Les médicaments utilisés pour gérer la douleur et l'anxiété peuvent provoquer des vertiges : la femme doit donc être accompagnée ou se montrer très prudente (il a été fait état de chutes dans les escaliers et d'accidents de la circulation après un avortement).

Après une procédure médicale

- La patiente doit rester sous observation clinique pendant 4 à 6 heures après la prise de prostaglandine.
- Il faut examiner tous les bassins et serviettes hygiéniques utilisés pendant la période d'observation pour optimiser les chances de confirmer l'expulsion pendant cette période.
- Lorsque l'avortement est pratiqué au-delà de 12 semaines de grossesse, garder la femme en observation jusqu'à ce que le fœtus et le placenta aient été expulsés.

5.2 Instructions relatives aux soins après un avortement

On donnera aux femmes quittant le centre de santé après un avortement des instructions orales et écrites claires et simples. Indiquez-leur :

- Que les règles peuvent réapparaître normalement entre 4 et 8 semaines plus tard.
- Qu'elles doivent encore attendre quelques jours après l'arrêt des saignements avant d'avoir des rapports sexuels ou d'introduire quoi que ce soit dans le vagin (pas de relations sexuelles, pas de douche vaginale, pas de tampon).
- Qu'elles doivent s'attendre à des crampes utérines pendant les quelques jours qui suivent, qu'elles pourront soulager en prenant des analgésiques.
- Qu'après une interruption de grossesse chirurgicale, elles peuvent avoir de légers saignements semblables à ceux des règles, ou du « spotting » pendant plusieurs semaines.
- Que les nausées éventuelles, accompagnées quelquefois de vomissements, disparaissent généralement dans les 24 heures qui suivent un avortement chirurgical.
- Comment utiliser les médicaments prescrits.
- Quels sont les signes à surveiller, et ce qu'il convient de faire pour chacun (douleurs, saignements ...).
- Où aller et qui contacter en cas d'urgence, ou pour tout autre problème.
- Quand se rendre à la visite de suivi et à quel endroit.
- Qu'elles redeviendront rapidement féconde ; donnez-leur des conseils en matière de contraception et aidez-les, si elles le souhaitent, à choisir une méthode.

5.3 Signes et symptômes qui exigent une attention urgente

- Saignements prolongés (plus de deux semaines).
- Saignements plus abondants que les saignements menstruels normaux.
- Douleurs sévères ou qui vont en augmentant ; douleurs pelviennes.
- Fièvre qui dure plus d'une journée ; frissons.

5.4 Gestion des complications consécutives à un avortement

Tous les services pratiquant des avortements doivent être équipés adéquatement et disposer de personnel compétent, capable de reconnaître les complications consécutives à un avortement et de soigner la patiente promptement. Si les structures nécessaires font défaut, un système de référence efficace doit être en place.

Avortement incomplet

L'avortement incomplet est plus fréquent avec les méthodes médicamenteuses. On doit le soupçonner aussi quand on s'aperçoit, à l'examen visuel, que les tissus aspirés ne correspondent pas à la durée estimée de la grossesse. Les signes et symptômes sont les suivants :

- Saignements vaginaux.
- Douleurs abdominales.
- Signes d'infection.

Le personnel doit être formé à la pratique d'une nouvelle évacuation de l'utérus.

Échec de l'avortement

La poursuite de la grossesse, du fait d'un échec de l'avortement, peut se produire quelle que soit la méthode utilisée, médicamenteuse ou chirurgicale. On doit l'interrompre par aspiration, ou par D&E pour les grossesses au deuxième trimestre.

Hémorragie

Une hémorragie peut se produire pour les raisons suivantes :

- Rétention des produits de la conception.
- Traumatisme du col.
- Perforation utérine.

Selon la cause, on administrera un traitement approprié.

Infection

Une infection fait rarement suite à un avortement pratiqué correctement dans de bonnes conditions d'asepsie.

Les symptômes sont les suivants :

- Fièvre ou frissons.
- Pertes vaginales ou cervicales malodorantes.
- Douleurs abdominales ou pelviennes.
- Saignement vaginal prolongé ou « spotting ».
- Sensibilité utérine à la palpation.
- Numération leucocytaire élevée.

Administrez des antibiotiques. Si l'infection est vraisemblablement causée par une rétention des produits de la conception, il faut à nouveau procéder à une évacuation utérine. Dans le cas de femmes souffrant d'une infection grave, il faut envisager une hospitalisation.

Perforation utérine

En général, la perforation utérine passe inaperçue et guérit d'elle-même. Quand on suspecte une perforation utérine, il faut administrer des antibiotiques et surveiller la patiente.

Complications liées à l'anesthésie

Lorsqu'on a recours à une anesthésie générale, le personnel doit être compétent et capable de gérer les complications. Il faut toujours avoir à portée de la main des antagonistes des narcotiques.

Séquelles à long terme

On ne dispose pas de données permettant d'affirmer qu'un avortement sans complications exerce une influence quelconque sur la fécondité future ni qu'il entraîne des effets préjudiciables lors de grossesses ultérieures. De même, la majorité des données dont on dispose ne suggèrent pas de risque accru de cancer du sein consécutivement à un avortement provoqué. On observe des séquelles psychologiques négatives chez un très petit nombre de femmes, qui sont souvent dues à des troubles préexistants. Elles semblent plus fréquentes lorsque la femme ne peut ou ne souhaite pas parler avec une tierce personne de l'avortement qu'elle a subi.

6 Conseils en matière de contraception et d'IST

Le personnel doit s'assurer que les femmes ont reçu information et conseils en matière de contraception post-avortement avant de quitter l'établissement.

- Après un avortement, on peut adopter n'importe laquelle des méthodes de contraception, y compris les dispositifs intra-utérins et les contraceptifs hormonaux, dans la mesure où la femme satisfait aux critères de recevabilité médicale associés à la méthode.
- Le diaphragme et la cape cervicale ne devront pas être utilisés dans les 6 semaines suivant un avortement au second trimestre. Il existe un risque d'expulsion des dispositifs intra-utérins s'ils ont été posés au cours d'un avortement pratiqué à ce stade de la grossesse.
- Les méthodes fondées sur l'observation des signes de fécondité ne doivent être démarrées qu'au bout de trois cycles; en attendant, si la femme le

souhaite, elle peut utiliser une autre méthode.

- On accordera une attention particulière aux femmes désirant se faire stériliser : il faut s'assurer que cette décision n'est pas motivée par la crise qu'elles traversent, afin de leur éviter tout regret par la suite.

Quelle que soit la méthode choisie, le personnel devrait aborder avec toutes les femmes la prévention des IST, y compris de l'infection à VIH, et souligner l'importance de l'utilisation du préservatif. S'agissant de la prévention du VIH / sida, il faut également envisager avec elles des séances de conseil et un sérodiagnostic VIH sur une base volontaire, surtout si elles présentent des risques élevés ou résident dans une zone où l'on enregistre une forte prévalence du VIH.

Les établissements qui pratiquent des avortements devraient être en mesure d'offrir la plupart des méthodes existantes sur place. Si la méthode choisie n'est pas disponible, il faut indiquer aux clientes où et comment l'obtenir et leur offrir une méthode temporaire. Toutes les femmes devraient connaître l'existence de la contraception d'urgence et on peut leur proposer cette méthode si elles préfèrent ne pas démarrer de méthode contraceptive régulière immédiatement.

Photo : Maryse Hodgson/Haïti



13 INFECTIONS DE LA FILIERE GENITALE ET INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

INFECTIONS DE LA FILIERE GENITALE ET INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

1 Introduction

Les infections de la filière génitale (IFG) et les infections sexuellement transmissibles (IST) constituent un problème de santé publique important, et ce dans le monde entier. En moyenne, plus d'**un million de personnes** contractent chaque jour une IST. La forte incidence des IFG/IST chez les femmes enceintes qui se rendent dans les cliniques de soins prénatals, de planification familiale ou de gynécologie, donne une idée de l'étendue du problème.

Les sujets atteints d'une IFG/IST ont un risque accru d'être infectés par le VIH ou de le transmettre à leur(s) partenaire(s). Chez les personnes infectés par le VIH, une autre IFG/IST peut se révéler plus difficile à traiter et résister plus longtemps, d'où une probabilité accrue de transmission du VIH.

1.1 Définition

L'appellation IFG/IST désigne quatre types d'infections :

- Les infections sexuellement transmissibles qui affectent la filière génitale.
- Les infections des voies génitales féminines qui ne sont pas transmises sexuellement mais résultent du développement excessif d'organismes normalement présents dans le vagin (par exemple les vaginites bactériennes ou les infections à levure).
- Les infections qui sont transmises sexuellement et qui ensuite se répandent dans l'organisme, au-delà de la filière génitale, telles que la syphilis et l'infection à VIH.
- Les infections des voies génitales féminines dues à des complications obstétricales ou à des interventions pratiquées sur la filière génitale (par exemple accouchement, fausse couche, avortement, pose de DIU, chirurgie gynécologique ou obstétrique).

Le présent chapitre est axé sur la prévention des trois premiers types d'IFG/IST et sur le traitement des deux premiers types d'IFG/IST.

La prévention et le traitement du quatrième type d'infection se situent l'un et l'autre hors du champ d'activité des services de santé sexuelle et reproductive (SSR) et de planification familiale, ou sont abordés dans d'autres chapitres des Directives (par exemple le chapitre 6 sur le DIU ou le chapitre 15 sur la prévention des infections).

L'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et le syndrome de l'immunodéficience acquise (sida) font l'objet du chapitre 14.

1.2 Le rôle des services de santé sexuelle et reproductive/planification familiale

Beaucoup d'individus qui souffrent d'une IFG/IST, et en particulier les femmes, ne reçoivent pas les soins et les traitements appropriés pour les raisons suivantes :

- Tant les hommes que les femmes peuvent être asymptomatiques. Des études ont montré que jusqu'à 70 % des femmes infectées et 30 % des hommes infectés sont asymptomatiques.
- Les sujets peuvent présenter des symptômes, mais ils ne les mettent pas en rapport avec une infection. Beaucoup de femmes manquent d'informations sur les sécrétions vaginales normales. Certaines sont infectées depuis longtemps, mais pensent que les symptômes qu'elles observent sont le reflet de la normalité.
- Beaucoup d'individus redoutent d'avoir contracté une IFG/IST mais ne sollicitent pas de soins car :
 - Ils ne mesurent pas la gravité de l'IFG/IST.
 - Ils sont trop gênés pour se rendre dans une clinique.
 - Les IST entraînent un rejet social.
 - Ils n'ont pas accès au traitement.
 - Ils ne peuvent payer le traitement.

Les conséquences d'une IFG/IST non traitée peuvent être désastreuses pour la santé des hommes, des femmes et de leurs enfants. Elles peuvent conduire à l'infécondité, à un mauvais état de santé chronique, à un dysfonctionnement sexuel, à des infections généralisées, voire au décès. Chez la femme, elles peuvent aussi conduire à des douleurs pelviennes chroniques et à des complications durant la grossesse, par exemple une grossesse extra-utérine.

Toute IST non traitée chez une femme enceinte peut affecter le fœtus ou le nouveau-né. Parmi les problèmes rencontrés, on trouve le faible poids à la naissance, l'accouchement prématuré, et l'infection néonatale. Les infections à gonocoque et à Chlamydia peuvent toutes deux se transmettre directement aux yeux du nouveau-né et entraîner la cécité.

Les cliniques de SSR/planification familiale sont dans une position clé pour délivrer des services liés aux IFG/IST, pour les raisons suivantes :

- C'est souvent le seul endroit où la femme reçoit des soins de santé.
- Elles bénéficient souvent de la confiance des clients, particulièrement des femmes, lorsqu'il s'agit de discuter de problèmes relatifs à la santé sexuelle ou reproductive.
- Elles peuvent proposer un dépistage aux femmes qui sollicitent des services

de SSR/planification familiale mais sont susceptibles d'avoir contracté une IFG/IST.

- Les salles d'attente des cliniques constituent une bonne opportunité d'éduquer en matière de prévention des IST.
- Il est moins onéreux de mettre en place des services d'IFG/IST dans les cliniques existantes que de créer de nouvelles cliniques spécialisées dans les IST.

Les services d'IFG/IST des cliniques de planification familiale dépendent des ressources dont elles disposent. Les services proposés incluent tout ou partie de la liste suivante :

- L'éducation en matière de prévention des IST et d'identification des signes cliniques et des symptômes d'IFG/IST.
- Les conseils relatifs aux IFG/IST.
- Le dépistage des IFG/IST comprenant des examens vaginaux (de routine, ou plus approfondis pour les femmes exposées).
- La gestion des IFG/IST, y compris leur traitement.
- Le renvoi en consultation vers un centre médical mieux équipé pour gérer les IFG/IST.

2 La prévention

La prévention est la principale stratégie de lutte contre les IST, dont l'infection à VIH (voir chapitre 14). Elle passe en priorité par l'éducation. La propagation des IST est influencée par plusieurs facteurs, notamment le comportement sexuel et l'attitude vis-à-vis de la sexualité, ainsi que l'existence (ou non) de centres médicaux susceptibles d'établir un diagnostic précoce et de proposer un traitement. Il est important de garder en tête l'ensemble de ces facteurs au stade de la conception et de la mise en place de programmes ayant pour but la prévention de la propagation des IST. Les programmes de SSR/planification familiale sont bien placés pour communiquer des informations relatives aux risques et aux complications associés aux IST, mais aussi pour promouvoir des comportements sexuels à moindre risque. Ils peuvent aussi encourager l'usage des préservatifs, en guise de prévention contre la grossesse, mais aussi contre les IST.

Chacun doit apprendre à reconnaître les symptômes et les signes cliniques des IST et se sentir suffisamment en confiance pour solliciter un traitement rapidement, lorsque c'est nécessaire. La prévention des IST peut figurer parmi

Encadré 13.1 : Méthodes contraceptives et protection contre les IST

Préservatif en latex	La meilleure méthode de protection contre les IST, dont l'infection à VIH, lorsqu'il est utilisé correctement et de façon systématique. Les préservatifs ne protègent pas contre les infections situées dans des lésions de l'aine qui ne sont pas couvertes par le condom.
Préservatif féminin	Plusieurs études menées en laboratoire ont montré qu'il assure une protection efficace non seulement contre le sperme mais aussi contre les bactéries et les virus, dont le VIH, mais on ne dispose pas de données cliniques suffisantes pour l'affirmer avec certitude. Le préservatif féminin est une solution de substitution pour les femmes qui souhaitent bénéficier d'une protection lorsqu'il n'est pas possible d'utiliser un préservatif masculin. L'utilisation du préservatif féminin est limitée par son coût.
Spermicides	Ils ne protègent pas contre les IST, dont le VIH ; en conséquence, l'utilisation de spermicides seuls (sans moyen de protection complémentaire) ne doit pas être recommandée. Les spermicides au nonoxynol-9 risquent même d'accroître le risque d'infection à VIH chez les femmes qui utilisent ces produits fréquemment.
Diaphragme	Utilisé avec des spermicides, il réduit le risque de transmission de certaines IST. La protection contre le VIH n'a pas été démontrée. Le diaphragme avec spermicide peut constituer une méthode de substitution lorsqu'il n'est pas possible d'utiliser un préservatif masculin.
Autres méthodes	Les autres méthodes ne protègent pas contre les IST, dont le VIH. Les femmes exposées aux IST doivent employer des préservatifs en plus de ces méthodes.

les activités éducatives proposées dans le cadre des programmes de SSR/planification familiale, en centre médical ou ailleurs. A ce titre, les agents locaux peuvent jouer un rôle important.

Il n'a pas été prouvé que la contraception joue un rôle, en soi, dans l'augmentation de l'incidence des IST ; plus vraisemblablement, cette augmentation est due à une modification des comportements sexuels. Ce qui

est évident, c'est que les préservatifs apportent une protection contre les IST (voir encadré 13.1). Les individus ayant opté pour une méthode de planification familiale qui n'offre pas de protection contre les IST doivent utiliser un préservatif chaque fois qu'il existe un risque de transmission d'IST.

3 Gestion des IFG/IST

Il y a quatre façons d'aborder le problème des IFG/IST :

- L'approche syndromique.
- L'approche syndromique et clinique.
- L'approche syndromique et clinique, accompagnée d'analyses de laboratoire limitées.
- L'approche clinique accompagnée d'analyses de laboratoire (avec diagnostic étiologique).

Le choix de l'approche dépend des connaissances et des compétences des prestataires de service, et de l'existence d'installations de laboratoire.

3.1 L'approche syndromique

L'approche syndromique fonde le traitement sur des groupes de symptômes (dont les clients font état) et de signes cliniques (les observations des clients et celles des prestataires) imputables à une ou plusieurs infections. Ces groupes de symptômes et de signes s'appellent des syndromes. Cette approche nécessite que les prestataires connaissent les agents pathogènes associés à chaque syndrome, ainsi que les traitements antimicrobiens ou antibiotiques appropriés.

Par exemple, l'approche syndromique peut être utilisée en cas d'ulcères génitaux indolores, dus au chancre mou ou à la syphilis. Les prestataires qui utilisent cette approche dans les régions où il existe une prévalence à la fois du chancre mou et de la syphilis traitent les patients pour ces deux maladies à la fois.

L'approche syndromique permet aux prestataires de proposer un traitement quand les services existants ne disposent ni d'un laboratoire ni des compétences permettant la recherche de l'agent pathogène spécifique. Les prestataires de soins primaires peuvent prescrire un traitement dans l'immédiat, au lieu d'orienter les clients vers un service mieux équipé, mais peut-être difficile d'accès.

Dans l'approche syndromique, on utilise des tableaux sous forme d'organigrammes qui donnent des instructions étape par étape quant à la gestion et au traitement des IFG/IST.

Les syndromes d'IFG/IST les plus courants sont :

- Les écoulements urétraux.
- Les ulcères génitaux.
- Les écoulements vaginaux.
- Les douleurs abdominales basses.

L'évaluation du risque d'IST

L'évaluation correcte du risque d'IST est particulièrement importante dans le cadre de l'approche syndromique des écoulements vaginaux.

Pour déterminer si une femme est à risque d'avoir une IST, posez-lui les questions suivantes :

- Son partenaire sexuel présente-t-il actuellement des symptômes, ou en a-t-il présenté dans les 3 derniers mois (par exemple écoulement urétral, douleur à la miction, ou lésions ulcéreuses sur la filière génitale) ?
- Existe-t-il une possibilité quelconque que son partenaire ait eu récemment des rapports sexuels avec une autre personne ?
- A-t-elle eu un rapport sexuel avec plus d'un partenaire dans les 4 dernières semaines ?
- A-t-elle récemment entamé une nouvelle relation sexuelle ?

Si la réponse à l'une ou l'autre de ces questions est oui ou si, de toute évidence, la femme n'est pas sûre, il faut considérer qu'elle risque d'avoir contracté une IST.

Une autre façon de poser les questions directement consiste à les énoncer oralement au cours de sessions d'éducation de groupe, ou lors de séances de conseil individuelles. Vous pouvez aussi les présenter sur un document distribué à chaque cliente ou sur un tableau à feuilles mobiles. Ensuite, questionnez chacune en privé pour savoir si, sur la base de ces informations, elle se considère en situation de risque. Si la cliente répond par oui ou par non avec certitude, ne la questionnez pas plus avant. Si elle indique qu'elle risque d'avoir contracté une IST ou qu'elle n'est pas sûre, considérez qu'elle risque d'être porteuse d'une IST.

Le choix des médicaments antimicrobiens

Le choix des médicaments antimicrobiens adaptés à chaque syndrome d'IFG/IST peut être guidé par les paramètres suivants :

- Préférez les médicaments qui traitent plus d'une pathologie.
- Préférez les traitements en dose unique.
- Considérez le coût des différents médicaments.
- Utilisez des médicaments dont la durée de conservation est longue et dont les conditions de stockage sont adaptées à votre programme.
- Utilisez des médicaments recommandés par le programme national d'IFG/IST.
- Evitez d'utiliser des médicaments si la possibilité de résistance à ces médicaments a été établie.

Le choix des médicaments devrait refléter un compromis entre les divers critères énoncés ci-dessus. Ainsi, dans certains cas, le meilleur choix ne sera-t-il pas nécessairement le médicament le moins cher. Il est important de se souvenir de :

- Toujours délivrer la quantité requise pour un traitement complet : un traitement partiel ne viendra pas nécessairement à bout de l'IFG/IST du/de la client(e), et il peut être la cause d'une résistance au médicament.
- Fournir au/à la client(e) une ordonnance si la clinique n'est pas en mesure de fournir les médicaments.

On trouvera aux pages suivantes des tableaux sous forme d'organigrammes qui donnent des instructions pour la gestion syndromique des IFG/IST les plus pertinentes.

Encadré 13.2 : Traitement syndromiques des écoulements urétraux

Examinez les patients masculins qui font état d'écoulements urétraux et/ou de douleurs durant la miction afin de mettre en évidence les écoulements. Si vous n'en apercevez pas, massez doucement l'urètre depuis la base du pénis vers l'ouverture de l'urètre et voyez si un écoulement apparaît. Ensuite, reportez-vous aux instructions du tableau ci-contre (voir Figure 13.1).

Diagnostic de présomption : blennorragie et chlamydiase

Traitement suggéré :

Utilisez l'une ou l'autre des thérapies à dose unique recommandées **pour la blennorragie**, en vous fondant sur les données locales relatives à l'efficacité et au prix de ces thérapies (voir Tableau 13.1),

et **ajoutez** : doxycycline, 100 mg par voie orale 2 fois par jour pendant 7 jours ;

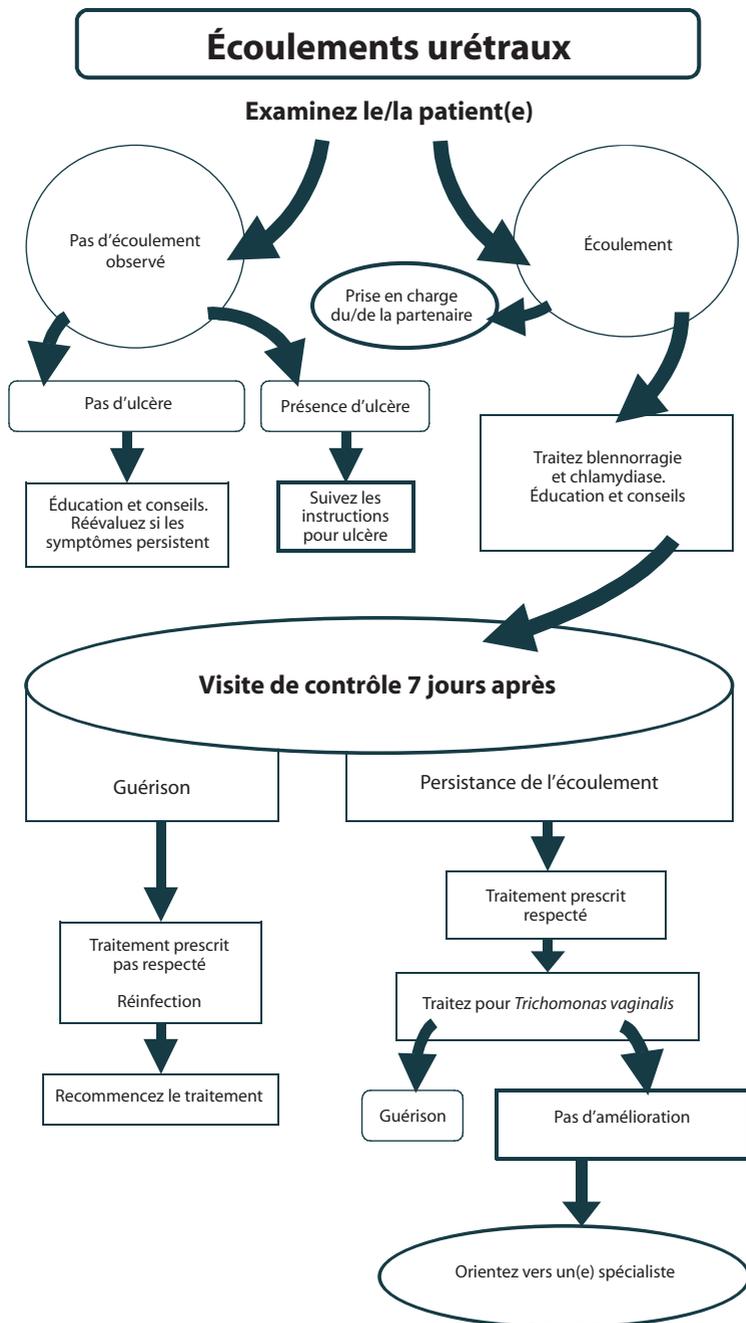
Ou azithromicine, 1g par voie orale en une seule prise ;

Ou tétracycline, 500 mg par voie orale 4 fois par jour pendant 7 jours **pour la chlamydiase**.

Remarque : La doxycycline et les autres tétracyclines sont contre-indiquées pendant la grossesse et la lactation. Une dose unique d'azithromicine est moins coûteuse que les tétracyclines.

Rappelez combien il est important de suivre le traitement jusqu'à son terme, d'informer la/les partenaire(s) et de ne pas avoir de rapports jusqu'à ce que patient(e) et partenaire(s) aient terminé le traitement et jusqu'à ce que les symptômes aient tous disparu.

Figure 13.1 Écoulements urétraux



Encadré 13.3 : Traitement syndromique de l'ulcère génital

Prenez note de tous les symptômes, et examinez le/la patient(e) pour confirmer la présence d'ulcération génitale.

Diagnostic de présomption : chancre mou ou syphilis

Traitement suggéré :

Benzathine-pénicilline G **pour la syphilis**, 2,4 MUI en deux injections intramusculaires au cours d'une seule visite en clinique ; une injection dans chaque fesse.

Plus : ciprofloxacine, 500 mg par voie orale 2 fois par jour pendant 3 jours ;
Ou azithromicine, 1g par voie orale en une seule prise ;
Ou érythromicine, 500 mg par voie orale 4 fois par jour pendant 7 jours, **pour le chancre mou**.

Remarque : La ciprofloxacine est contre-indiquée chez les femmes enceintes et qui allaitent.

Si le/la client(e) est allergique à la pénicilline, donnez **pour la syphilis** : soit de la tétracycline, 500 mg par voie orale, 4 fois par jour pendant 15 jours, soit de la doxycycline, 100 mg par voie orale, 4 fois par jour pendant 15 jours.

Si le/la client(e) est allergique à la pénicilline et enceinte, donnez **pour la syphilis et le chancre mou** de l'érythromicine, 500 mg par voie orale 4 fois par jour pendant 15 jours.

Remarque : Ces traitements suggérés pour la syphilis ne s'appliquent qu'à la phase primaire. Les autres cas exigent une évaluation spécifique, et un autre traitement est requis.

Rappelez combien il est important de suivre le traitement jusqu'à son terme, d'informer le/la/les partenaire(s), et de ne pas avoir de rapports jusqu'à ce que patient(e) et partenaire(s) aient terminé le traitement, et jusqu'à ce que les symptômes aient tous disparu.

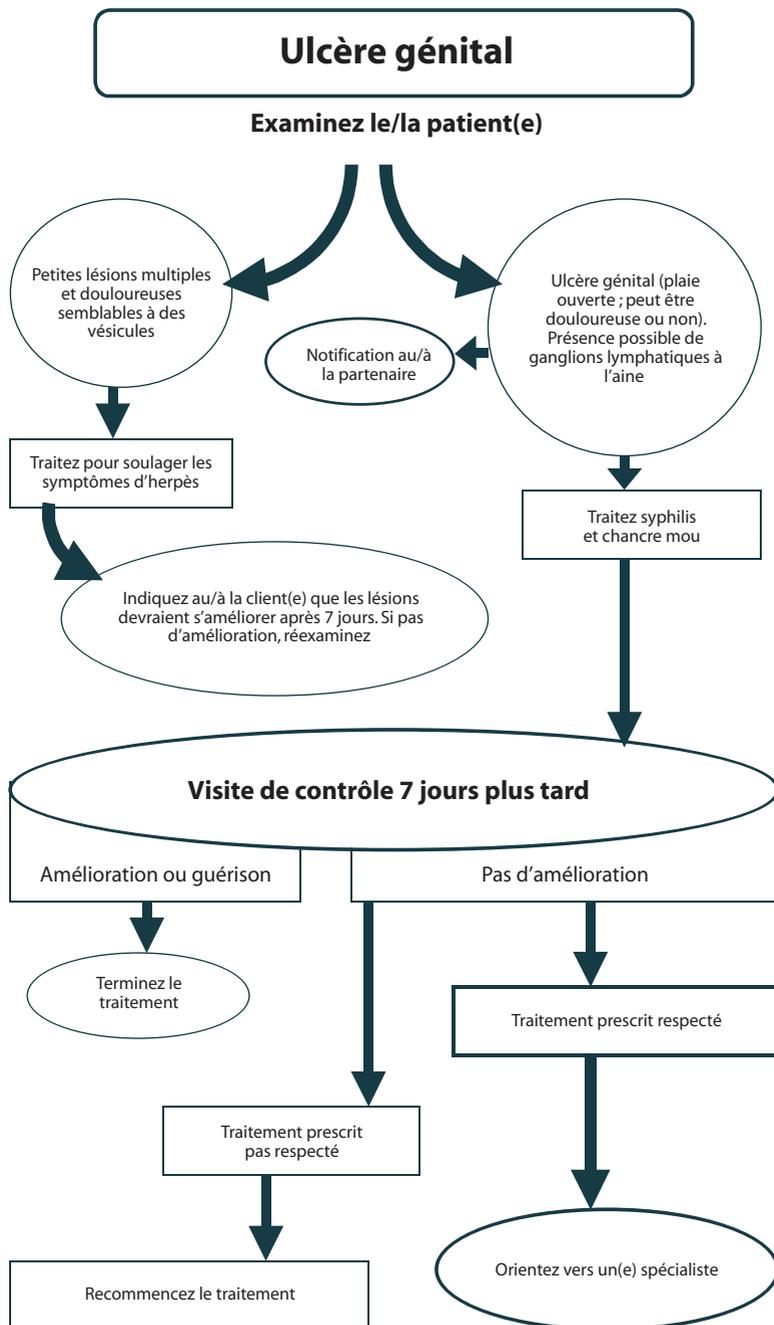
Diagnostic de présomption : herpès génital

Traitement suggéré :

Il n'est pas possible, à proprement parler, de guérir l'herpès génital, mais les symptômes doivent être traités de la façon suivante : conseillez au/à la client(e) de nettoyer régulièrement la zone génitale à l'eau et au savon. Prescrivez du paracétamol (acétaminophène), de l'aspirine, ou un antalgique similaire.

Si vous en disposez, vous pouvez prescrire un traitement à l'acyclovir (voir Tableau 13.5).

Figure 13.2 : Ulcère génital



Encadré 13.4 : Traitement syndromique des écoulements vaginaux

Effectuez une évaluation de risque d'IST et, en fonction du résultat, suivez les instructions de la Figure 13.3. Les directives ci-dessous impliquent qu'un examen au spéculum soit pratiqué. Ce type d'examen doit faire partie de la formation des prestataires de services lorsque le programme propose aux femmes le traitement des IFG/IST.

1. Traitement suggéré pour la candidose :

Clotrimazole, comprimé de 500 mg inséré dans le vagin en une fois ;
 Ou clotrimazole, 2 comprimés de 100 mg insérés dans le vagin une fois par jour pendant 3 jours ;
 Ou miconazole, suppositoire de 200 mg inséré dans le vagin une fois par jour pendant 3 jours.

2. Traitement suggéré pour la trichomonase et la vaginite bactérienne :

Métronidazole, 2 g par voie orale en une fois **pour la trichomonase**, et métronidazole, de 400 à 500 mg par voie orale 2 fois par jour pendant 7 jours **pour la vaginite bactérienne**.

Remarque : Ne prescrivez pas ce traitement pendant les 3 premiers mois de la grossesse ; attendez le quatrième mois. Conseillez à la cliente de ne pas consommer d'alcool pendant le traitement.

3. Traitement suggéré pour la blennorragie et la chlamydiase :

Utilisez l'une ou l'autre des thérapies à dose unique recommandées en cas de blennorragie, en vous fondant sur les données locales relatives à l'efficacité et au prix (voir Tableau 13.1).

Plus : doxycycline, 100 mg par voie orale 2 fois par jour pendant 7 jours ;
 Ou azithromicine, 1g par voie orale en une seule prise ;
 Ou tétracycline, 500 mg par voie orale 4 fois par jour pendant 7 jours **pour la chlamydiase**.

Remarque : Il ne faut pas utiliser la doxycycline et les autres tétracyclines pendant la grossesse et la lactation.

4. Traitement suggéré pour la candidose, la blennorragie et la chlamydiase :

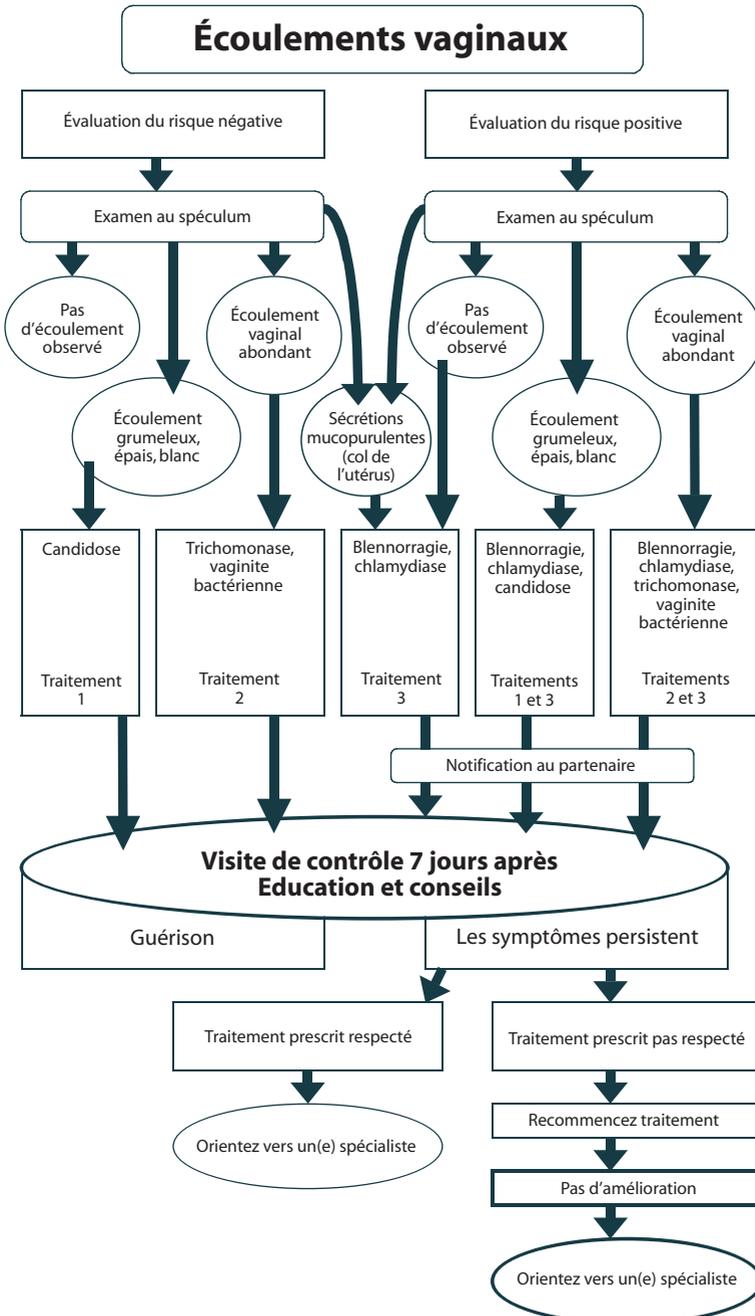
Utilisez ensemble les traitements 1 et 3 ci-dessus.

5. Traitement suggéré pour la trichomonase, la vaginite bactérienne, la blennorragie et la chlamydiase :

Utilisez ensemble les traitements 2 et 3 ci-dessus.

Rappelez combien il est important de suivre le traitement jusqu'à son terme, d'informer le(s) partenaire(s), et de ne pas avoir de rapports sexuels jusqu'à ce que la patiente et son/ses partenaire(s) aient terminé le traitement et jusqu'à ce que les symptômes aient tous disparu.

Figure 13.3 : Écoulements vaginaux



Encadré 13.5 : Traitement syndromique des douleurs abdominales basses

Idéalement, toutes les personnes souffrant de douleurs abdominales devraient être examinées dans un centre médical où toutes les investigations nécessaires peuvent être effectuées sans délai. Il n'est toutefois pas toujours facile ni pratique de les envoyer toutes en consultation dans un centre mieux équipé. Dans ces conditions, l'approche syndromique constitue une pratique raisonnable (voir Figure 13.4).

En règle générale, utilisez l'approche syndromique des douleurs abdominales lorsque la cliente est en mesure d'absorber de la nourriture et des liquides, de marcher sans aide, de prendre son médicament et de revenir pour une consultation de contrôle. Sinon, orientez-la vers un établissement mieux équipé.

Diagnostic de présomption : maladie inflammatoire pelvienne

Traitement suggéré :

Utilisez l'une ou l'autre des thérapies à dose unique recommandée en cas de blennorragie (voir Tableau 13.1), en vous fondant sur les données locales relatives à l'efficacité et au prix de ces thérapies ;

Ou ceftriaxone, 250 mg en dose unique par injection intramusculaire.

Si la thérapie en dose unique pour la blennorragie n'est pas disponible, donnez de la triméthoprime 80 mg/sulfaméthoxazole 400 mg (co-trimoxazole), 10 comprimés par voie orale une fois par jour pendant 3 jours, puis 2 comprimés par voie orale 2 fois par jour pendant 10 jours.

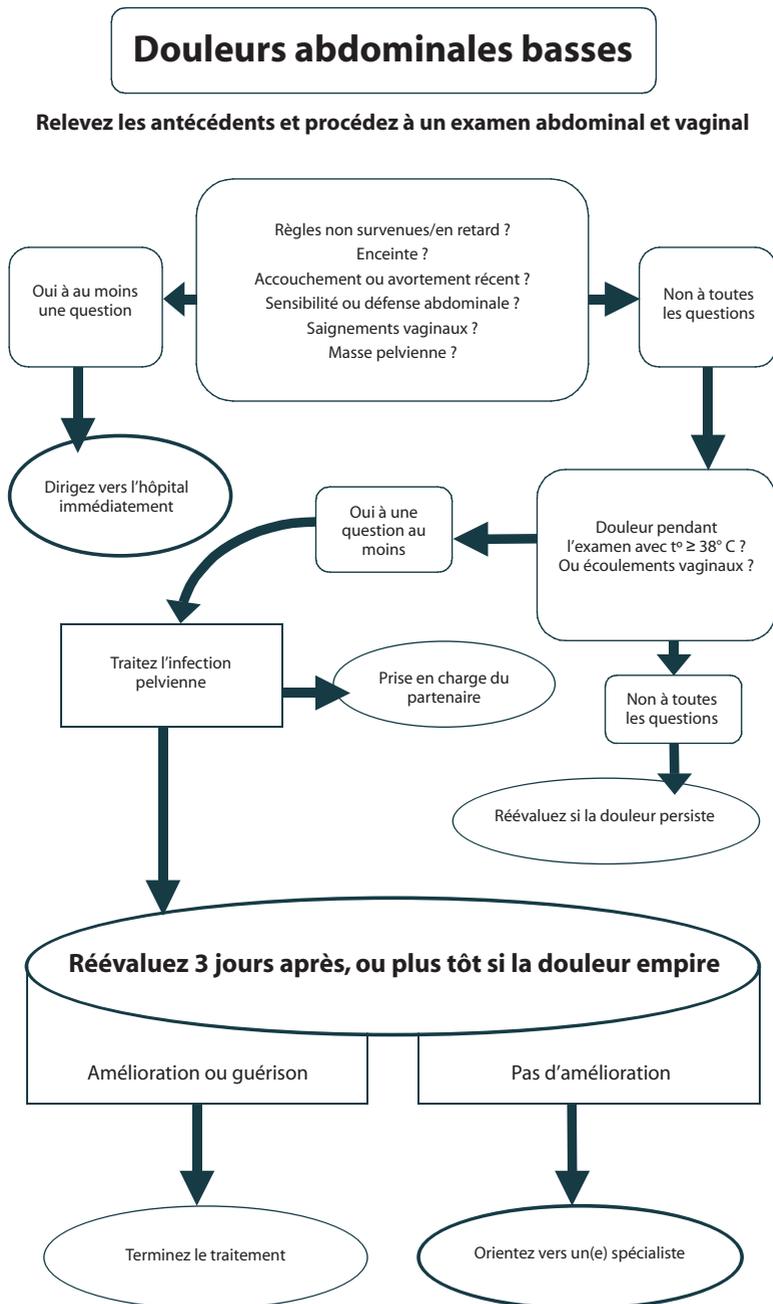
Plus : doxycycline, 100 mg par voie orale 2 fois par jour pendant 14 jours,

Ou tétracycline, 500 mg par voie orale 4 fois par jour pendant 14 jours.

Plus : métronidazole, de 400 à 500 mg par voie orale 2 fois par jour pendant 14 jours.

Rappelez combien il est important de suivre le traitement jusqu'à son terme, d'informer le(s) partenaire(s), et de ne pas avoir de rapport jusqu'à ce que la patiente et son/ses partenaire(s) aient terminé le traitement et jusqu'à ce que les symptômes aient tous disparu.

Figure 13.4 : Douleurs abdominales basses



3.2 Approche syndromique et clinique

En plus de l'approche syndromique, les prestataires peuvent se fier à leur jugement clinique pour exclure certains agents pathogènes à l'origine du syndrome. Cela peut réduire le nombre de médicaments nécessaires pour le traitement. Voir les Tableaux 13.1 à 13.8, qui décrivent les signes cliniques, le diagnostic et le traitement des infections à l'origine des syndromes.

Les prestataires qui ont l'expérience de la gestion des IFG/IST sont parfois en mesure d'éliminer certains agents pathogènes comme cause possible. Toutefois, quand les symptômes et les signes cliniques ne sont pas assez typiques pour qu'on puisse porter un diagnostic clinique, il est préférable de traiter sur la seule base de l'approche syndromique. Quand, par exemple, un clinicien n'est pas sûr de son diagnostic devant un ulcère génital, il est préférable de traiter à la fois pour le chancre mou et la syphilis que pour une seule de ces deux maladies.

3.3 Approche syndromique et clinique avec analyses en laboratoire limitées

Quand des installations limitées de laboratoire sont disponibles, on peut ajouter des analyses à l'approche syndromique et clinique pour éliminer certains agents étiologiques (voir Tableaux 13.1 à 13.8). Cela peut conduire à réduire le nombre de médicaments nécessaires pour le traitement. Dans certains cas, il est possible d'établir un diagnostic spécifique (par exemple en utilisant des tests sérologiques pour la syphilis, ou des tests microscopiques pour le gonocoque).

Pour que le rapport coût-efficacité d'un laboratoire, fût-il de taille limitée, soit satisfaisant, il est impératif que ceux qui effectuent les analyses disposent de toutes les compétences nécessaires. **Il n'est jamais totalement exclu qu'une analyse de laboratoire donne un résultat erroné, mais il y a d'autant moins d'erreurs que le personnel est bien formé. S'il y a des erreurs, la gestion de la maladie sera moins efficace que par l'approche syndromique seule ou renforcée par le diagnostic clinique.**

Lorsqu'ils envisagent de s'équiper d'installations de laboratoire limitées, les responsables de programmes doivent déterminer :

- S'il existe une demande suffisante pour ce type de service.
- Le coût de la formation initiale et de la formation continue du personnel.
- Les investissements nécessaires en matériel et en personnel.

Si la demande n'est pas suffisante, il se peut que l'investissement financier ne soit pas justifié et que le personnel, par manque de pratique, éprouve des difficultés à acquérir et à entretenir les compétences nécessaires.

Lorsqu'elle ne dispose pas d'un laboratoire, la clinique doit déterminer s'il est nécessaire de procéder à des tests sérologiques afin d'identifier la syphilis asymptomatique chez les femmes. Le cas échéant, la clinique peut prélever des échantillons et les adresser à des laboratoires extérieurs. Il est essentiel que tous les échantillons soient prélevés, étiquetés et stockés correctement, puis transportés dans le respect des recommandations émises à ce sujet.

3.4 Approche clinique avec des analyses en laboratoire (diagnostic étiologique)

Lorsque la clinique dispose d'un laboratoire, il est parfois possible d'identifier un agent pathogène spécifique et de délivrer un traitement particulièrement adapté à l'IFG/IST concernée. Des tests de sensibilité peuvent aussi être effectués pour déterminer le traitement le plus adapté (voir Tableaux 13.1 à 13.8).

Certains résultats d'analyses peuvent être obtenus immédiatement, ce qui permet de prescrire sans délai un traitement spécifique. Toutefois, il faut attendre plusieurs jours avant de disposer de certains résultats. Dans cette situation :

- Si les symptômes sont peu prononcés, vous pouvez attendre que les résultats soient disponibles avant d'administrer le traitement.
- Si les symptômes sont modérés à sévères, vous pouvez démarrer le traitement sur les bases d'une approche syndromique et clinique ; par la suite, quand les résultats sont disponibles, revoyez le traitement et modifiez-le, si nécessaire.

Toute clinique envisageant de s'équiper d'un laboratoire complet doit prendre en compte les éléments suivants :

- Le coût d'un diagnostic de laboratoire doit être comparé à celui d'un traitement délivré pour plus d'un agent pathogène possible, ce qui est souvent nécessaire si l'on utilise une approche syndromique. Quand les services de santé disposent de ressources limitées, les responsables de programmes devraient envisager de renvoyer certains clients en consultation dans des cliniques existantes, dotées d'installations de laboratoire complètes.
- Outre le facteur financier, l'aspect pratique pour les clients doit être pris en compte. Le nombre de visites nécessaires dans le cadre du traitement doit être réduit au minimum. Le fait d'imposer aux clients de retourner au site de prestation de services pour obtenir le résultat des analyses de laboratoire avant de recevoir leur traitement peut les décourager ou leur poser des problèmes pratiques. Certains s'abstiennent alors de revenir et demeurent sans traitement.

4 Conseil et information

D'une manière générale, les clients trouvent très difficile d'évoquer une possible IFG/IST et de parler de leur activité sexuelle, en particulier si le prestataire est hésitant ou gêné. Les prestataires doivent posséder les qualités de communication nécessaires et se sentir à l'aise quand ils interrogent les clients au sujet de leur activité sexuelle. Les directives suivantes s'appliquent spécifiquement au conseil en matière d'IFG /IST :

- Être à l'écoute des sentiments des clients et s'abstenir de porter des jugements de valeur.
- Rassurer les clients en ce qui concerne la confidentialité de l'entretien. S'ils doutent que cette dernière sera respectée, ils garderont peut-être pour eux certaines informations, de crainte qu'elles ne soient révélées à des tiers.
- Expliquer aux clients pourquoi vous leur posez ces questions personnelles.
- Prévoir une consultation d'une durée suffisante, en particulier si le/la client(e) est embarrassé(e).

Indiquez aux clients qui souffrent d'une IFG/IST combien il est important de prévenir à l'avenir ce genre d'affection (voir section 2). Il est tout aussi nécessaire d'évoquer la nécessité de traiter leur(s) partenaire(s) sexuel(s) (voir section 5). Etant donné qu'il s'agit d'un problème délicat, et que la plupart des clients trouvent difficile d'aborder cette question avec leur(s) partenaire(s), le sujet doit être traité à fond ; les clients doivent être conscients que toutes les infections de la filière génitale ne sont pas transmises sexuellement, mais que le traitement du/de la partenaire est essentiel si l'on veut éviter une réinfection.

4.1 Instructions aux clients

Donnez ces instructions dans un langage clair et adapté aux clients. Indiquez-leur :

- De prendre tous les médicaments prescrits même si les symptômes ont disparu.
- De ne pas avoir de rapport sexuel avant que le traitement ne soit terminé et que les symptômes aient disparu.
- D'éviter les rapports tant que le/la partenaire n'a pas été traité(e) et, si ce n'est pas possible, d'utiliser un préservatif.
- De retourner à la clinique pour s'assurer de la guérison parfaite.

Si possible, donnez-leur par écrit les informations et les instructions nécessaires.

Encouragez les clients à poser des questions pour lever toutes les incertitudes, et demandez-leur de répéter les instructions de base pour vérifier qu'elles ont été bien comprises.

5 Notification au(x) partenaire(s)

Il est nécessaire d'informer le(s)/la partenaire(s) sexuel(le)s du/de la client(e), afin que des personnes vraisemblablement atteintes de la même IFG/IST soient traitées, et afin d'éviter au/à la client(e) d'être réinfecté(e). Cette notification peut poser des difficultés pour plusieurs raisons :

- Le fait d'avertir sa/son partenaire peut être très inquiétant pour le/la client(e). Il est essentiel de respecter ses souhaits en la matière et de conserver sa confiance. Les prestataires doivent savoir que beaucoup de client(e)s redoutent d'avertir leur partenaire(s), à un point tel que les client(e)s ne donnent aux prestataires les informations nécessaires que si la clinique jouit d'une réputation de confidentialité.
- Beaucoup de clients, spécialement les femmes, trouvent très difficile de discuter de ce problème avec un partenaire.
- Certains partenaires n'admettent pas qu'ils ont (peut-être) contracté une maladie, en particulier s'ils ne présentent aucun symptôme, aussi refusent-ils de solliciter un traitement.
- Il arrive que les clients ne connaissent pas le nom et l'adresse d'un partenaire, voire fournissent (ou se soient fait communiquer) un faux nom et une fausse adresse.
- Certaines adresses sont difficiles à localiser.

Selon les caractéristiques des clients et les circonstances qui entourent la maladie, les prestataires doivent opter pour l'une des approches suivantes :

- *Le/la client(e) informe la/le partenaire et l'oriente vers la clinique :*
 - Certains clients ont suffisamment confiance en leur partenaire pour lui parler directement et l'orienter vers un centre médical qui traitera son IST.
 - Demandez au/à la client(e) d'amener sa/son partenaire à la clinique ou de l'y envoyer. Si possible, donnez-lui une fiche de présentation à remettre à sa/son partenaire.
 - Recommandez une autre clinique si cela est plus pratique pour le/la partenaire.
- *Le/la client(e) prend en charge le traitement :* Certains clients savent que leur

partenaire ne consultera pas pour obtenir un traitement, mais sont d'accord pour lui donner ce traitement. Confiez-leur suffisamment de médicaments et d'ordonnances pour leur(s) partenaire(s) sexuel(s).

- *Le prestataire informe la/le partenaire* : Certains clients préfèrent que la clinique contacte directement leur(s) partenaire(s) sexuel(s). Demandez le nom et l'adresse du /des partenaire(s) et essayez de le(s) contacter par téléphone, par courrier ou en vous rendant à son/leur domicile.
- *Les approches combinées* : Dans bien des cas, on peut avoir recours à plus d'une approche. Par exemple, si un(e) client(e) propose d'avertir sa/son partenaire, vous pouvez laisser s'écouler un délai raisonnable (environ une semaine), puis tenter une autre approche si le/la partenaire ne s'est pas présenté(e) pour un traitement.

Lorsqu'un(e) partenaire vient à la clinique, traitez-le/la pour la même IFG/IST que votre patient(e). Si la clinique a accès à un laboratoire, traitez-le/la pour l'infection initiale et prélevez des échantillons pour déterminer s'il/elle ne souffre pas d'une autre IFG/IST.

Lorsque la notification est effectuée par le prestataire, elle est jusqu'à trois fois plus efficace que si elle est effectuée par le/la patient(e), mais elle est plus coûteuse, et la plupart des cliniques ne disposent pas d'un personnel en nombre suffisant pour effectuer les visites nécessaires. Cette approche peut toutefois être justifiée par la gravité de l'IFG/IST (par exemple, la syphilis ou l'infection à VIH), ou lorsqu'un individu est désigné comme partenaire par de nombreux/ses patient(e)s (on parle parfois de *principaux agents de transmission*).

6 Suivi

Quand les clients reviennent pour une consultation de contrôle, posez-leur les questions suivantes :

- Présentent-ils des symptômes d'IFG/IST ?
- Ont-ils pris leur traitement en totalité ?
- Est-ce que leur(s) partenaire(s) a/ont été traité(s) ?

Recommandez-leur de prendre à l'avenir des mesures de prévention contre les IFG/IST.

6.1 Échec thérapeutique

La prise en charge et le traitement des IFG/IST peuvent se solder par un échec, et ce pour les raisons suivantes :

- Le/la client(e) n'a pas pris la totalité de son traitement.
- Le/la client(e) a été réinfecté(e) au contact de sa/son partenaire non traité(e).
- L'agent pathogène est résistant au traitement.
- Le traitement n'est pas approprié. L'approche syndromique ne permet pas de traiter toutes les causes, comme dans le cas d'infections rares (par exemple, la lymphogranulomatose vénérienne (maladie de Nicolas-Favre) ou le granulome inguinal (Donovanose), qui causent une ulcération).

Si le/la client(e) n'a pas terminé son traitement, délivrez-lui un traitement complémentaire et donnez-lui des conseils.

Si le/la client(e) a été réinfecté(e) par le/la partenaire, délivrez-lui un traitement complémentaire et rappelez-lui combien il est important de traiter sa/son partenaire. Offrez-lui toute l'assistance possible s'il/elle décide de traiter la/le partenaire.

7 Gestion des services

Il revient aux responsables du programme de SSR/planification familiale de décider de la nature et de l'importance de sa contribution à la prévention et au traitement des IFG/IST. Cela dépend pour une large part des ressources financières et humaines dont ils disposent.

Au minimum, une éducation à la prévention et un système de référence en consultation vers des services plus adaptés doivent être en place. Toutefois, le recours à l'approche syndromique permet à n'importe quelle antenne de prestation de services de SSR/planification familiale d'assurer la gestion et le traitement des IFG/IST.

Le succès des activités de prévention et de gestion des IFG/IST repose sur une planification détaillée et sur une gestion efficace. Les aspects suivants devront être pris en compte :

- L'administration.
- La formation.
- Les directives de prestation des services.

- Le système de références.
- La surveillance et la supervision.

7.1 L'administration

Les responsables de programmes doivent s'assurer qu'ils disposent des ressources nécessaires pour assurer la prévention et le traitement des IFG/IST.

Le personnel

Il est nécessaire de déterminer si le personnel existant est en nombre suffisant pour assumer les différentes tâches relatives à la prévention et au traitement des IFG/IST. Ces activités comprennent l'éducation, le conseil, la gestion clinique des cas, le suivi, la recherche des partenaires/contacts et les analyses de laboratoire (ces dernières n'étant pas nécessaires pour les cliniques utilisant l'approche syndromique).

Les installations

Il est nécessaire de s'assurer que l'on dispose d'un espace suffisant pour éventuellement accueillir du personnel, du matériel, et des clients supplémentaires. Dans certains cas, il peut être nécessaire de réorganiser la gestion de l'espace. Il est important de se souvenir que la prévention et le traitement des IFG/IST nécessitent la mise à disposition d'un espace adapté pour les activités d'éducation, ainsi que de lieux où l'intimité est préservée pour les séances de conseil : de tels espaces devraient déjà exister dans les cliniques de SSR/planification familiale correctement organisées.

Il peut s'avérer plus pratique de fournir des services relatifs aux IFG/IST en même temps que les services de planification familiale ou que ceux couvrant d'autres aspects de la santé sexuelle et reproductive. Ainsi, les clients qui consultent pour une IFG/IST peuvent le faire avec l'assurance que la nature de leur consultation ne sera pas identifiée par une tierce personne.

Il peut s'avérer nécessaire d'aménager les horaires d'ouverture pour répondre aux besoins de certains groupes comme les adolescents ou les hommes. Les adolescents des deux sexes peuvent se sentir intimidés à l'idée de demander conseil ou de solliciter des services relatifs aux IFG/IST dans une clinique de SSR/planification familiale qui fournit habituellement des services aux adultes. Les partenaires/contacts masculins de femmes atteintes d'une IST se rendront plus facilement à la clinique s'ils peuvent le faire à des horaires spécifiques où ils ne sont pas susceptibles de rencontrer des clientes.

Le matériel

Les centres de SSR/planification familiale disposent en général du matériel de base (spéculum, gants, seringues et aiguilles) nécessaire à la gestion des IST, excepté les installations de laboratoire. Les responsables de programmes doivent s'assurer que ce matériel est disponible en quantité suffisante pour répondre aux besoins du programme.

Le matériel éducatif

Les responsables de programmes doivent s'assurer que les documents d'information qu'ils présentent (affiches, tableaux à feuilles mobiles, prospectus et vidéos) ne portent pas seulement sur la SSR/planification familiale, mais aussi sur la prévention des IFG/IST. Il est tout aussi indispensable de disposer de documents, spécifiquement écrits pour les sujets ayant contracté une IFG/IST, qui insistent sur la nécessité de poursuivre le traitement jusqu'à son terme et d'orienter le(s)/la partenaire(s) vers une clinique. Ces documents doivent indiquer aux clients comment se protéger contre la réinfection, et ce qu'il convient de faire si les symptômes persistent. Ils doivent être écrits dans un langage courant que les clients comprennent facilement, et adapté autant que possible à leur origine culturelle.

L'approvisionnement

Les responsables de programmes doivent faire en sorte que les antibiotiques et les autres médicaments utilisés pour le traitement des IFG/IST soient disponibles dans tous les sites de prestation de services qui délivrent ces traitements. Ce qui exige la mise en place d'un système efficace permettant de prévoir les besoins du programme et de déterminer quels antibiotiques doivent être stockés (voir section 3.1 : Le choix des médicaments antimicrobiens).

Le système d'approvisionnement fonctionnera d'autant mieux que seuls les antibiotiques les plus adaptés seront disponibles, plutôt qu'une trop grande variété de ces médicaments. Les procédures utilisées pour prévoir les quantités requises, distribuer les produits et les stocker s'en trouveront simplifiées. Quant aux prestataires de services, ils se familiariseront plus facilement avec un nombre restreint de traitements. Si un traitement particulier ne fonctionne pas dans le cas de telle ou telle IFG/IST, vous avez toujours la possibilité de référer le/la client(e) vers un autre site qui propose des services plus complets ou peut délivrer une ordonnance pour des antibiotiques non disponibles dans votre clinique.

7.2 La formation

Pour garantir l'efficacité et la qualité des services en matière d'IFG/IST, il est essentiel d'assurer aux prestataires de services une formation initiale et une formation continue.

La formation doit avoir pour but d'enseigner les connaissances, les compétences et les modes de comportement nécessaires pour éduquer et prester les services avec sensibilité et bienveillance.

Les aspects de cette formation sont les suivants :

- La communication interpersonnel.
- Les mécanismes de transmission des maladies.
- L'étendue du problème des IFG/IST.
- Les différents types d'IFG/IST.
- Comment traiter.

Selon les caractéristiques du personnel et les ressources du programme, les prestataires de services doivent être formés, à leur niveau, à la prise en charge des IFG/IST (voir section 3). La formation doit être axée sur la qualité des services, afin que les prestataires aient une attitude positive vis-à-vis de chacun des individus qui constituent la communauté à laquelle ils fournissent éducation et services, y compris ceux qui présentent un risque élevé de contracter une IST ou qui en sont déjà atteints (voir chapitre 1 : Les droits des clients et les besoins des prestataires).

7.3 Directives

Des instructions et descriptifs de procédures écrits doivent être établis en matière de prévention et de gestion des IFG/IST. Ils doivent être rédigés dans un langage et sous une forme qui les rendent faciles à comprendre par l'ensemble du personnel concerné.

- Ces directives doivent être accessibles à tous les membres du personnel, et faire l'objet de discussions régulières.
- Elles doivent mettre l'accent sur les agents pathogènes à haute prévalence dans la région, et prendre en compte la sensibilité et les résistances connues des agents pathogènes aux différents types de traitement.
- Certaines des procédures exposées dans les directives (par exemple le tableau consacré à l'approche syndromique des IFG/IST) peuvent être présentées sous forme d'affiches placées aux endroits où ces procédures sont effectuées.
- Ces directives doivent être utilisées ou servir de référence lors des séances de formation et des activités de contrôle.

Les procédures diagnostiques et les divers types de traitement recommandés

devront faire l'objet de révisions périodiques, seul moyen de garantir qu'ils demeurent adéquats.

7.4 Système de référence

Un système de référence efficace est essentiel dans le cadre de tous les programmes de prévention et de gestion des IFG/IST. Les personnes qui souffrent d'une IFG/IST doivent avoir facilement accès aux services, mais il est irréaliste de s'attendre à ce que tous les sites de prestation proposent une gamme complète de services. C'est pourquoi il est nécessaire de mettre en place un système qui oriente les personnes pour lesquelles la seule approche syndromique ne suffit pas vers un service plus spécialisé, qui utilise l'approche clinique avec analyses de laboratoire pour établir un diagnostic et déterminer un traitement approprié.

Le système de référence en consultation doit s'appuyer sur un réseau de connexions entre différents établissements, mais aussi entre services ayant des niveaux de spécialisation différents au sein d'un même établissement. Il appartient au responsable du programme de développer ces liens.

7.5 Surveillance et supervision

Il importe de contrôler et de superviser de façon régulière les activités éducatives et les services, afin de garantir l'efficacité du programme en termes quantitatifs et qualitatifs. Cela permettra en outre d'identifier plus facilement les secteurs sur lesquels il faut mettre l'accent, et devrait encourager l'ensemble du personnel à se montrer novateur et créatif dans l'exercice des tâches liées à la prévention et au traitement des IFG/IST.

Tableau 13.1 : Signes cliniques, diagnostic et traitement de la blennorragie

Agent pathogène	Gonocoque (<i>Neisseria gonorrhoeae</i>).
Durée d'incubation	De 1 à 14 jours. La plupart des signes apparaissent en 2 à 5 jours.
Symptômes et signes chez la femme	Ils sont souvent absents. La femme peut se plaindre d'un écoulement vaginal, de douleurs à la miction, de spotting après les rapports sexuels, de douleurs abdominales basses, ou présenter des symptômes d'une maladie inflammatoire pelvienne. A l'examen, il est possible d'apercevoir l'urètre enflammé et/ou un écoulement vaginal ou cervical.
Symptômes et signes chez l'homme	Écoulement urétral, douleur à la miction.
Modes de transmission	De 50 à 90 % des femmes ayant un partenaire infecté sont infectées après une seule exposition. 20 % des hommes sont infectés après une seule exposition ; 60 à 80 % après 4 expositions. Une fois l'urétrite guérie, la plupart des hommes ne sont plus contagieux. De 2 à 50 % des enfants exposés à la naissance développent une infection oculaire (ophtalmie néonatale).
Diagnostic	Observation de diplocoques intracellulaires Gram négatif lors d'un examen microscopique direct de prélèvements d'écoulement urétral ou endocervical, ou mise en culture des prélèvements.
Traitement	Il est recommandé de prescrire une double thérapie pour la blennorragie et la chlamydiae dans les zones où la prévalence de cette dernière est élevée.

Suite

Tableau 13.1 : Suite

<p>Traitement (suite)</p>	<p>Prise unique : ciprofloxacine, 500 mg par voie orale (contre-indiquée durant la grossesse) ; <i>Ou</i> céfixime, 400 mg par voie orale ; <i>Ou</i> ceftriaxone, 125 mg par voie intramusculaire (une dose de 125 mg de ceftriaxone est plus efficace que 400 mg de céfixime, mais ce dernier produit présente l'avantage d'être administré par voie orale et non intramusculaire) ; <i>Ou</i> spectinomycine, 2 g par voie intramusculaire ; <i>Ou</i> azithromicine, 2 g par voie orale (l'azithromicine présente l'avantage d'être efficace contre la chlamydiae, mais dosée à 2 g et administrée par voie orale, elle cause des troubles gastro-intestinaux et est coûteuse. On ne recommande pas le dosage à 1 g pour la blennorragie) ; <i>Ou</i> kanamycine, 2 g par injection intramusculaire.</p> <p>Prises multiples : triméthoprimé à 80 mg/ sulfaméthoxazole à 400 mg (co-trimoxazole), 10 comprimés par voie orale pendant 3 jours.¹</p>
<p>Complications en cas d'infection non traitée chez la femme</p>	<p>Conduit dans 10 à 20 % des cas à une salpingite qui peut entraîner l'infécondité et un risque plus élevé de grossesse extra-utérine. Les autres complications sont l'endométrite, la cervicite, l'urétrite et la bartholinite. L'infection peut se disséminer dans le sang, avec pour conséquences fièvre, éruption cutanée et arthrite.</p>
<p>Complications en cas d'infection non traitée chez l'homme</p>	<p>Urétrite ou épидидymite. Sans traitement, plus de 20 % des hommes infectés développent une épидидymite pouvant conduire à la stérilité. L'infection peut aussi être la cause d'une sténose urétrale. Elle peut se disséminer dans le sang, avec pour conséquences fièvre, éruption cutanée et arthrite.</p>

¹ À n'utiliser que dans les régions où la possibilité de résistance au médicament peut être exclue.

Tableau 13.2 : Signes cliniques, diagnostic et traitement de la chlamydiae

Agent pathogène	<i>Chlamydia trachomatis</i> (sérotypes D à K).
Durée d'incubation	De 7 à 21 jours.
Symptômes et signes chez la femme	Souvent asymptomatique. La femme peut se plaindre d'écoulement vaginal, de douleurs à la miction, de spotting après les rapports sexuels, de douleurs abdominales basses, ou présenter des symptômes d'une maladie inflammatoire pelvienne. A l'examen, on constate fréquemment un écoulement vaginal ou cervical, et souvent un col enflammé qui saigne facilement.
Symptômes et signes chez l'homme	Écoulement urétral, douleur à la miction. Parfois asymptomatique
Modes de transmission	Que l'infection soit ou non symptomatique, la transmission d'un partenaire à un (ou plusieurs) autre(s) partenaire(s) se produit avec la même fréquence. De 60 à 70 % des enfants exposés à la naissance développent une infection respiratoire, une pneumonie ou une ophtalmie à <i>Chlamydia</i> (infection de l'œil).
Diagnostic	<i>De présomption :</i> La mise en évidence à l'examen clinique d'une cervicite et l'absence de diplocoques Gram négatif à l'examen direct au microscope. <i>De certitude :</i> Tests sérologiques ou mise en culture.

Suite

Tableau 13.2 : Suite

<p>Traitement</p>	<p>Doxycycline, 100 mg par voie orale, 2 fois par jour pendant 7 jours ; <i>Ou</i> azithromicine, 1 g par voie orale en dose unique (bien que la doxycycline soit moins coûteuse que l'azithromicine, cette dernière présente l'avantage d'être administrée en une seule dose, ce qui est un atout important lorsque le prestataire n'est pas sûr que le/la client(e) suivra le traitement) ; <i>Ou</i> tétracycline, 500 mg par voie orale, 4 fois par jour pendant 7 jours ; <i>Ou</i> ofloxacin, 300 mg par voie orale 2 fois par jour pendant 7 jours ; <i>Ou</i> amoxicilline, 500 mg par voie orale 3 fois par jour pendant 7 jours.</p> <p>Remarque : La doxycycline, les autres tétracyclines, et l'ofloxacin sont contre-indiquées pendant la grossesse et la lactation.</p>
<p>Complications en cas d'infection non traitée chez la femme</p>	<p>Elle peut être la cause d'une infection pelvienne, d'une salpingite ou d'une endométrite qui peuvent entraîner l'infécondité ou un risque plus élevé de grossesse extra-utérine. L'infection peut aussi être la cause de cervicite, d'urétrite et de bartholinite (infection des glandes de Bartholin). Chez la femme enceinte, elle peut provoquer une rupture prématurée des membranes et un accouchement avant terme.</p>
<p>Complications en cas d'infection non traitée chez l'homme</p>	<p>L'infection peut provoquer une urétrite et une épидидymite avec risque de stérilité. De 35 à 50 % des urétrites non gonococciques chez les hommes hétérosexuels sont imputables à l'infection à Chlamydia.</p>

Tableau 13.3 : Signes cliniques, diagnostic et traitement de la syphilis

Agent pathogène	Tréponème pâle (<i>Treponema pallidum</i>).
Durée d'incubation	De 10 à 90 jours ; en moyenne 21 jours.
Premiers symptômes et signes chez la femme	Ulcération (ou chancre) indolore à l'endroit qui a été exposé. Il peut s'agir du périnée, de la vulve, du vagin, du col utérin, du nez, de la bouche ou de l'anus. Chez la femme, des lésions internes peuvent demeurer inaperçues et le premier signe visible peut être l'éruption de la syphilis secondaire.
Premiers symptômes et signes chez l'homme	Ulcération indolore sur le pénis, le nez, la bouche, un testicule ou l'anus.
Modes de transmission	De 30 à 60 % des partenaires sexuels sont infectés après une seule exposition. L'infection peut se transmettre de la mère au fœtus via le placenta dès la neuvième semaine de grossesse, ce qui se produit dans les deux tiers des cas, voire davantage, avec pour conséquences dans 40 % des cas un avortement spontané, un enfant mort-né ou un décès néonatal. Sinon, l'infection provoque une syphilis congénitale avec malformations.
Diagnostic	Par l'examen microscopique sur fond noir des sécrétions provenant d'une lésion primaire ou secondaire, ou par des tests sérologiques (RPR – réaction rapide de réagine sur le plasma – ou VDRL).

Suite

Tableau 13.3 : Suite

Traitement de la forme précoce (syphilis primaire)

Benzathine-pénicilline G, 2,4 MUI en deux injections intramusculaires lors d'une seule consultation à la clinique ; pratiquez une injection dans chaque fesse ;
Ou benzathine-pénicilline G plus solution aqueuse de procaïne, 1,2 MUI par jour par injection intramusculaire pendant 10 jours.

*En cas d'allergie à la pénicilline (sauf pour les femmes enceintes) : doxycycline, 100 mg par voie orale 2 fois par jour pendant 15 jours ;
Ou tétracycline, 500 mg par voie orale 4 fois par jour pendant 15 jours.*

Pour les femmes enceintes allergiques à la pénicilline : érythromycine, 500 mg par voie orale 4 fois par jour pendant 15 jours.

Complications si l'infection n'est pas traitée précocement

La syphilis primaire se transforme en syphilis secondaire, puis en syphilis latente précoce. La lésion indolore cicatrise en quelques semaines. Elle est suivie d'une éruption non prurigineuse sur le corps, de sensations de malaise, de fièvre, d'une adénopathie diffuse, d'hépatite, d'arthrite et/ou de chute des cheveux. Ces symptômes font leur apparition quelques jours, quelques semaines ou quelques mois après la disparition des lésions indolores et persistent pendant plusieurs semaines, voire plusieurs mois. En l'absence de traitement, une syphilis tertiaire (non contagieuse) se développe dans environ 25 % des cas : gommès (lésions de grande taille) dans les tissus mous ou les viscères. La neurosyphilis et la syphilis cardiovasculaire apparaissent de 1 à 20 ans plus tard (parfois même 40 ans plus tard). La neurosyphilis et la syphilis cardiovasculaire symptomatiques sont souvent fatales si elles ne sont pas traitées.

Tableau 13.4 : Signes cliniques, diagnostic et traitement du chancre mou

Agent pathogène	<i>Haemophilus ducreyi</i> .
Période d'incubation	Habituellement de 3 à 7 jours ; jusqu'à 10 jours.
Symptômes et signes chez la femme	Ulcérations douloureuses, de forme irrégulière, à l'entrée du vagin et autour de l'anus. Cette infection peut être responsable de douleurs à la miction ou à la défécation, de rectorragies, de dyspareunie ou de leucorrhées. Il existe des formes asymptomatiques.
Symptômes et signes chez l'homme	Ulcérations douloureuses, de forme irrégulière, sur le pénis, et/ou sensibilité au niveau inguinal.
Transmission	Le sujet est contagieux tant que l'ulcération est présente. Pas de transmission de la mère au fœtus, ni pendant l'accouchement.
Diagnostic	<i>De présomption :</i> Signes cliniques, ulcération douloureuse caractéristique (le chancre syphilitique est habituellement indolore) et élimination du diagnostic de syphilis par le laboratoire. <i>De certitude :</i> Observation de cocco-bacilles Gram négatifs disposés en chaînes à l'examen microscopique direct ou mise en culture.

Suite

Tableau 13.4 : Suite

Traitement¹ Ciprofloxacine, 500 mg par voie orale, 2 fois par jour pendant 3 jours (contre-indiquée durant la grossesse, et en période de lactation) ;
Ou ceftriaxone, 250 mg en injection intramusculaire (dose unique) ;
Ou azithromicine, 1 g par voie orale en dose unique ;
Ou érythromycine, 500 g par voie orale, 4 fois par jour pendant 7 jours.

Remarque : L'azithromicine est plus efficace et moins coûteuse que la tétracycline, et elle est administrée en une seule dose.

Complications si l'infection n'est pas traitée

En général, l'ulcération disparaît sans traitement au bout d'environ 1 mois, mais elle peut durer 12 semaines.

Elle peut causer une adénopathie inguinale (les ganglions lymphatiques de l'aîne augmentent de volume) dans plus de la moitié des cas.

¹ Chez les patient(e)s atteint(e)s d'une infection à VIH, les traitements autres que par érythromycine semblent souvent inefficaces et une thérapie sur une période plus longue peut être nécessaire.

Tableau 13.5 : Signes cliniques, diagnostic et traitement de l'herpès

Agent pathogène	Virus de l'herpès simplex de types 1 et 2.
Durée d'incubation	De 1 à 26 jours, en moyenne de 6 à 7 jours.
Symptômes et signes chez la femme	<p>Lésions douloureuses, vésiculaires dans et autour du vagin, autour de l'anus, ou sur les cuisses. La douleur est souvent plus importante que chez l'homme. On peut observer des douleurs à la miction, des pertes vaginales aqueuses, une cervicite, une proctite.</p> <p>Parmi les symptômes généraux, on observe parfois des maux de tête, des courbatures, de la fièvre et une sensation de malaise.</p> <p>Asymptomatique dans plus de 70 % des cas. Le premier épisode dure entre 2 et 4 semaines.</p>
Symptômes et signes chez l'homme	<p>Lésions douloureuses au niveau du pénis. Elles peuvent être responsables d'écoulements urétraux ou de douleurs à la miction. Parmi les symptômes généraux, on retrouve des maux de tête, des courbatures, de la fièvre et une sensation de malaise.</p>
Symptômes secondaires chez la femme et l'homme	<p><i>Épisodes récurrents</i> : des récurrences sont observées chez la moitié des sujets infectés. Comparés à l'épisode initial, les épisodes récurrents comportent des lésions plus petites et moins nombreuses ; les symptômes généraux sont plus rares. Une douleur, une sensation d'engourdissement ou de picotement sur les fesses, les jambes ou les hanches peuvent précéder le début d'une récurrence.</p>

Suite

Tableau 13.5 : Suite

Modes de transmission	<p>La transmission de partenaire à partenaire(s) se produit pendant les périodes symptomatique et asymptomatique, mais plus souvent pendant la période asymptomatique.</p> <p>La transmission de la mère à l'enfant est très probable si la mère présente une primo-infection au moment de l'accouchement. Dans beaucoup de centres, une césarienne est recommandée. Il existe un taux de mortalité élevé chez les nouveau-nés atteints d'une infection par le virus de l'herpès simplex.</p>
Diagnostic	<p><i>De présomption :</i> Par l'examen clinique ; c'est souvent un diagnostic d'exclusion.</p> <p><i>De certitude :</i> Par une culture tissulaire.</p>
Traitement uniquement symptomatique. Il n'existe pas de traitement curatif et les sujets connaissent des épisodes récurrents	<p>Conseiller aux client(e)s de se laver régulièrement la zone génitale avec de l'eau et du savon.</p> <p>Prescrire du paracétamol (acétaminophène), de l'aspirine, ou un antalgique similaire.</p> <p>Quand on dispose d'acyclovir, on peut le prescrire de la façon suivante :</p> <p><i>Premier épisode :</i> acyclovir, 200 mg par voie orale 5 fois par jour pendant 7 jours.</p> <p><i>Épisodes récurrents :</i> acyclovir, 200 mg par voie orale 5 fois par jour pendant 5 jours.</p>

Tableau 13.6 : Signes cliniques, diagnostic et traitement de la trichomonase

Agent pathogène	<i>Trichomonas vaginalis</i> .
Durée d'incubation	De 3 à 28 jours.
Symptômes et signes chez la femme	Écoulement vaginal jaunâtre ou verdâtre, abondant, spumeux, nauséabond, avec un prurit, des douleurs à la miction et lors des rapports sexuels.
Symptômes et signes chez l'homme	Habituellement asymptomatique, mais il peut exister un écoulement urétral, des douleurs à la miction et un prurit.
Modes de transmission	Jusqu'à 85 % des partenaires féminines d'un homme infecté deviennent infectées. De 30 à 40 % des hommes partenaires d'une femme infectée deviennent infectés. Environ 5 % des filles nées d'une mère infectées sont infectées durant l'accouchement.
Diagnostic	Observation du parasite qui se déplace avec un mouvement d'ondulation (grâce à ses flagelles) à l'examen microscopique direct d'un prélèvement vaginal ou urinaire dans une solution saline. Culture des sécrétions vaginales (femmes) ou d'un échantillon d'urine (hommes).

Suite

Tableau 13.6 : Suite

<p>Traitement</p>	<p>Métronidazole, 2 g par voie orale en prise unique ; <i>Ou</i> métronidazole, de 400 à 500 mg par voie orale 2 fois par jour pendant 7 jours.</p> <p>Remarque : Ne pas donner de métronidazole pendant les 3 premiers mois de grossesse ; différer le traitement jusqu'au quatrième mois. Avertir les patient(e)s d'éviter l'alcool, qui entraîne alors des vomissements. Le gel de métronidazole n'est pas recommandé car il est nettement moins efficace que les préparations orales pour le traitement de la trichomonase.</p>
<p>Complications si l'infection n'est pas traitée chez la femme</p>	<p>Sans traitement, les symptômes peuvent persister pendant des années. Les symptômes s'aggravent pendant et après les règles. Dans la plupart des cas, il n'y a ni complications ni séquelles.</p>
<p>Complications si l'infection n'est pas traitée chez l'homme</p>	<p>La plupart des cas rétrocedent spontanément. Les séquelles possibles sont une urétrite, une prostatite, voire la stérilité.</p>

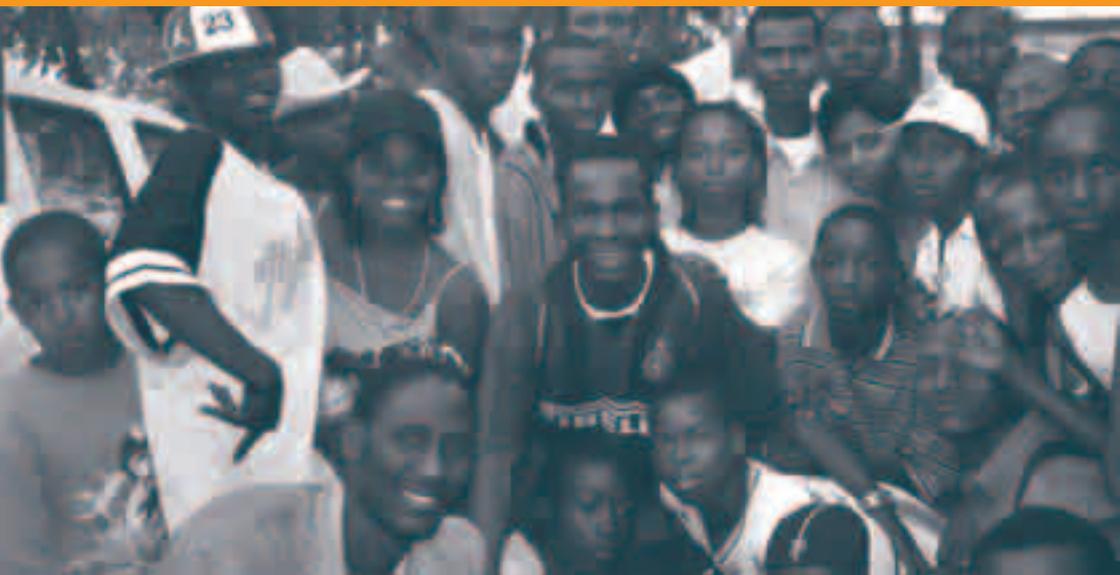
Tableau 13.7 : Signes cliniques, diagnostic et traitement des vaginites bactériennes

Agent pathogène	Prolifération de divers germes habituellement présents dans le vagin.
Symptômes et signes	Vagin irrité et douloureux, leucorrhée (écoulement vaginal) avec odeur de poisson pourri.
Mode de transmission	Habituellement, non sexuellement transmissible.
Diagnostic	Observation de plus de 20 % de cellules de l'épithélium vaginal recouvertes de bactéries (cellules indicatrices – « clue cells ») à l'examen direct en solution saline (ou en coloration de Gram) ; PH vaginal > 5 ; odeur de poisson pourri après addition de 10 % d'hydroxyde de potassium (« sniff test » positif).
Traitement	<p>Métronidazole, 2 g par voie orale en dose unique ; <i>Ou</i> métronidazole, de 400 à 500 mg par voie orale 2 fois par jour pendant 7 jours ; [Remarque : Bien que le métronidazole en dose unique soit moins coûteux, son efficacité est moindre pour le traitement des vaginites bactériennes.] <i>Ou</i> crème vaginale à base de clindamycine à 2 %, 5 g par voie vaginale au coucher pendant 7 jours ; <i>Ou</i> gel de métronidazole à 0,75 %, 5 g par voie vaginale pendant 5 jours ; <i>Ou</i> clindamycine, 300 mg par voie orale 2 fois par jour pendant 7 jours.</p> <p>Remarque : Ne pas donner de métronidazole pendant les 3 premiers mois de grossesse : différer le traitement jusqu'au quatrième mois. Avertir les patientes sous traitement d'éviter l'alcool, qui provoque des vomissements.</p>

Tableau 13.8 : Signes cliniques, diagnostic et traitement des candidoses

Agent pathogène	<i>Candida albicans</i> .
Symptômes et signes chez la femme	Prurit et douleur dans le vagin, avec extension possible autour de la vulve et du périnée. Un écoulement blanchâtre, épais, ressemblant à du lait caillé, est quelquefois observé.
Symptômes et signes chez l'homme	Prurit et douleur au niveau du pénis avec parfois de petites papules et des érosions cutanées. Souvent asymptomatique.
Mode de transmission	Transmission non sexuelle fréquente. Il n'est parfois pas nécessaire de traiter le/la partenaire sexuel(le). En cas de récurrence, il est important de rechercher des causes sous-jacentes.
Diagnostic	Examen microscopique direct avec une solution saline ou une préparation aqueuse d'hydroxyde de potassium.
Traitement	Clotrimazole, 500 mg, comprimé inséré dans le vagin en dose unique ; Ou clotrimazole, 2 comprimés dosés à 100mg, insérés dans le vagin une fois par jour pendant 3 jours ; Ou miconazole, suppositoires dosés à 200 mg insérés dans le vagin une fois par jour pendant 3 jours ; Ou fluconazole, 150 mg par voie orale en dose unique ; Ou nystatine, comprimé dosé à 100 000 UI inséré dans le vagin une fois par jour pendant 14 jours.
	Remarque : Pour les femmes souffrant d'une vulvite candidosique, et pour les hommes souffrant d'une balanite candidosique, on recommande l'application locale d'une crème antifongique, telle qu'une crème à la nystatine.

Photo : Manuelle Hurwitz/Guinée



14 L'INFECTION A VIH ET LE SIDA

1 Introduction

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et le syndrome d'immunodéficience acquise (sida) sont des problèmes de santé majeurs. Le VIH et le sida touchent des personnes de tous âges, les riches comme les pauvres. On estime à quelque 40 millions le nombre de personnes qui vivent avec le VIH ou le sida. La Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF) s'est engagée à intégrer la gestion du VIH/sida aux services de santé sexuelle et reproductive. Les associations membres de l'IPPF et d'autres services de santé sexuelle et reproductive (SSR) et de planification familiale ont la possibilité de jouer un rôle important au service de cet engagement : en effet, ils sont en mesure de proposer des services spécialisés dans le VIH/sida dans le cadre de leurs programmes.

1.1 Définition

Le VIH est la cause du sida. Une personne séropositive développe le sida – la dernière étape de l'évolution de l'infection à VIH – plusieurs années après avoir contracté l'infection. Le sida empêche le système immunitaire de fonctionner parce que les lymphocytes CD4 sont infectés et détruits, ce qui expose le corps à des infections opportunistes (pneumonie à *Pneumocystis carinii*, ou toxoplasmose, par exemple) qui sont généralement pas pathogènes lorsque le système immunitaire fonctionne normalement.

1.2 Modes de transmission

Le VIH se transmet directement d'une personne à une autre, par contact sexuel, par transfusion de sang ou de produits sanguins, pendant la période périnatale ou en cas d'utilisation d'aiguilles et de seringues contaminées.

Les voies de transmission de la mère à l'enfant sont les suivantes :

- In utero par voie transplacentaire.
- Intrapartum pendant le travail et l'accouchement proprement dit, par inoculation ou ingestion de sang ou d'autres fluides.
- Postpartum par ingestion de lait maternel infecté.

1.3 Rôle des services de santé sexuelle et reproductive

Il consiste à :

- Communiquer des informations sur les moyens de prévention et prodiguer des conseils ciblés aux individus infectés comme à ceux qui ne le sont pas.
- Proposer des services de planification familiale.
- Proposer le conseil et dépistage du VIH.

- Proposer un traitement antirétroviral (ARV), contribuer à la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) ainsi qu'à la gestion des infections opportunistes si nécessaire.
- Orienter les clients vers des services spécialisés qui proposent des soins palliatifs et un soutien psychologique, selon les cas.
- Faciliter l'accès des jeunes et des groupes vulnérables à l'information, à l'éducation et aux services.

La gamme de services spécialisés dans le VIH/sida offerte par les cliniques de SSR dépend des ressources disponibles. Selon les cas, il peut s'agir de l'ensemble ou d'une partie des services suivants :

- Education à la prévention intégrée du VIH/sida.
- Conseil et dépistage du VIH.
- Conseils en matière de VIH/sida, notamment sur l'hygiène de vie.
- Conseils en matière de contraception.
- Prévention de la transmission verticale et gestion, y compris traitement, du VIH/sida.
- Traitement ARV, PTME, et gestion des infections opportunistes, si indiqué.
- Orientation vers des services et des réseaux spécialisés.

2 Prévention

En l'absence de traitement curatif, la seule façon d'arrêter la propagation de l'infection est la prévention. Cet objectif ne sera atteint que si des activités d'éducation et de sensibilisation sont mises en place localement et si l'accès aux préservatifs masculins et féminins est développé. La propagation du VIH/sida est influencée par plusieurs facteurs, notamment les comportements et les attitudes en matière de sexualité, et aussi la disponibilité de services proposant diagnostic et traitement précoces. Pour que les programmes de prévention du VIH/sida soient bien conçus et efficaces, tous ces éléments doivent être pris en considération. Les programmes de SSR sont bien placés pour diffuser des informations sur les risques et sur les complications associés au VIH/sida et pour promouvoir des comportements à moindre risque. Ils peuvent également encourager l'utilisation de préservatifs pour prévenir les grossesses non désirées, mais aussi l'infection à VIH.

2.1 Prévention de la transmission par voie sexuelle

La transmission du virus par voie sexuelle peut être prévenue par :

- L'utilisation systématique de préservatifs masculins a chaque fois qu'il y a un risque d'infection au sein des couples sérodiscordants pour protéger le partenaire non infecté et lorsque les deux partenaires sont positifs, pour empêcher la réinfection par des mutations virales différentes, ainsi que l'exposition à de nouvelles infections sexuellement transmissibles (IST).
- L'utilisation de préservatifs féminins si les préservatifs masculins ne peuvent être utilisés dans le cadre d'une relation hétérosexuelle.
- Un traitement rapide et efficace des IST.

2.2 Prévention de la transmission par voie autre que sexuelle

- Les personnes qui ont été ou sont exposées au risque de contracter l'infection à VIH, telles que les travailleuses du sexe, les hommes ayant des rapports sexuelles avec des hommes ou encore les consommateurs de drogues injectables, ne doivent pas faire don de leur sang, de leur sperme, d'organes, ou de tissus en vue d'une transplantation.
- Les programmes d'éducation spécialisés devraient cibler les consommateurs de drogues injectables afin de les sensibiliser aux risques élevés qui sont associés à l'utilisation par plusieurs personnes des mêmes aiguilles et seringues. Des programmes de remplacement de seringues devraient aussi être mis en place.
- Des initiatives devraient être prises afin d'essayer d'empêcher les mutilations génitales féminines, dont la scarification, dans les pays où ces pratiques existent.
- Les pratiques peu hygiéniques telles que l'échange de rasoirs et de brosses à dents doivent être évitées.

2.3 Prévention de la transmission périnatale

Il faut :

- Prévenir l'infection à VIH parmi les femmes.
- Prévenir les grossesses non désirées parmi les femmes séropositives.
- Proposer aux mères séropositives des services de conseil, des procédures d'accouchement sûres, et des médicaments antirétroviraux.

2.4 Prévention de la transmission dans les centres de santé

Les centres de santé doivent appliquer les procédures de prévention des infections lors de la prestation de services (voir chapitre 15 : Prévention des infections).

3 Gestion du VIH/sida

La gestion du VIH s'articule autour des éléments suivants :

- Conseil et dépistage du VIH sur base volontaire.
- Information en matière de prévention destinée aux individus séropositifs et séronégatifs.
- Notification au partenaire.
- Comportement sexuel.
- Décisions de concevoir et de continuation de grossesse.
- Contraception.
- Traitement.
- Soins et soutien aux personnes vivant avec le VIH/sida.

3.1 Services de conseil et de dépistage du VIH sur base volontaire

Les services de conseil et de dépistage du VIH sur base volontaire font partie intégrante des SSR et doivent cibler les groupes à haut risque, vulnérables au VIH. Ils permettent aux individus de connaître leur statut sérologique, puis de bénéficier rapidement de services de conseil, d'un traitement et de soins. Les services de conseil et de dépistage ne doivent pas être offerts isolément les uns des autres, mais faire partie d'un continuum de soins. Ils devraient fonctionner en liaison avec un système de référence vers des services à même de fournir un traitement, d'assurer des soins et d'apporter un soutien de façon appropriée, ce qui contribuerait à lever les obstacles au dépistage.

Les services en question doivent respecter les lois et règlements locaux et nationaux qui régissent les services spécialisés dans le VIH.

Les services de conseil et de dépistage du VIH répondent aux exigences suivantes :

- C'est *volontairement* que les clients cherchent à connaître leur statut sérologique.
- Des conseils sont dispensés avant le test.

- Les clients donnent leur consentement en connaissance de cause.
- Un test sérologique est pratiqué.
- Des conseils sont dispensés après le test et durant le suivi, s'agissant notamment de la prévention positive.

Services de conseil avant le test

Les services de conseil doivent être confidentiels, adaptés aux besoins et à la situation des clients, et les prestataires doivent s'abstenir de tout jugement de valeur. Cela permet aux clients de prendre la décision de déterminer leur sérologie VIH de façon éclairée, puis, le cas échéant, de recourir aux services appropriés (voir chapitre 13 : Infections de la filière génitale et infections sexuellement transmissibles, section 4).

Les clients doivent savoir que ce processus est complètement volontaire et confidentiel. La séance de conseil doit aussi être l'occasion de :

- Fournir des informations précises sur le VIH, la façon dont il se transmet et les différences entre être le VIH et le sida.
- Décrire de façon détaillée et précise les procédures de dépistage.
- S'assurer que les clients comprennent les avantages et les conséquences associés à la connaissance de leur statut sérologique.

Consentement éclairé

Après avoir été informé des avantages et inconvénients du sérodiagnostic du VIH, et seulement à ce moment-là, les clients donnent l'autorisation au prestataire de service de procéder au test. Il est essentiel qu'ils donnent leur consentement en connaissance de cause, car l'infection à VIH constitue une menace pour la vie, peut être une source de tension importante et amener la personne séropositive à subir diverses formes de stigmatisation et de discrimination.

Sérodiagnostic du VIH

Il est pratiqué à l'aide d'un kit homologué et dans le respect des procédures établies. Il n'est pas recommandé de le pratiquer si des services de conseil ne sont pas disponibles, avant et après le test.

Conseil après le test

En cas de résultat négatif

Évoquer avec les clients :

- Les limitations du test et la période de latence sérologique.

- La nécessité de réaliser un nouveau test après trois mois si le client a été exposé au risque d'infection dans les six semaines précédentes.
- Les stratégies de réduction des risques, notamment le comportement sexuel plus sûr et l'utilisation correcte des préservatifs.

En cas de résultat positif

- Rassurer les clients et leur apporter un soutien affectif et psychologique.
- Expliquer la différence entre la séropositivité et le sida, et qu'il est possible de rester longtemps en bonne santé tout en étant séropositif.
- Aider les clients à trouver des sources d'appui, autour d'eux et au sein de leur communauté (traitement et accès aux services, appui psychosocial, réseaux, etc.).
- Discuter avec eux de leurs plans immédiats, de leurs intentions et de leurs actions.
- Déterminer la meilleure façon d'informer leur(s) partenaire(s) et évaluer le risque de violence dans la famille ; si nécessaire, orienter les clients vers des services spécialisés.
- Discuter des risques de la transmission du VIH à des tiers, de la réinfection ou du risque de contracter d'autres IST.
- Discuter des stratégies de réduction des risques.
- Encourager les clients à faire subir le test à leur(s) partenaire(s), ainsi qu'aux enfants susceptibles d'être infectés.
- Établir un plan de suivi avec les clients qui incorpore les éléments suivants : tests complémentaires et numération des lymphocytes CD4, gestion de la séropositivité, accès au traitement adapté, participation à un groupe de soutien, comment mener une vie saine, et les avantages que présente l'accès rapide aux soins, etc.

3.2 Services de conseil à la suite du test

Lorsque la séropositivité a été confirmée, les premières semaines et les mois qui suivent sont les plus importants. Les clients ont besoin :

- De services sociaux et de soutien psychologique.
- De services médicaux afin d'obtenir un traitement.
- D'autres services de soutien qui les aident à modifier de façon durable leur comportement, afin de réduire les risques de transmission du virus aux autres, et à rester en bonne santé, ce qui réduit le risque de réinfection.

Il est important que les personnes séropositives gardent confiance en elles-

mêmes et restent des acteurs productifs de la société. Il arrive qu'elles peuvent parfois « stigmatiser » elles mêmes ce qui peut affecter leur santé mentale et leur bien-être. Certains individus, lorsqu'ils apprennent qu'ils sont séropositifs, peuvent développer rapidement des symptômes dépressifs. Les prestataires de soins doivent être en mesure d'identifier ces symptômes et de fournir le traitement et le soutien requis.

Lors des séances de conseil, les prestataires doivent expliquer qu'un traitement efficace n'empêche pas la transmission du VIH. Les mesures préventives – utilisation de préservatifs, rapports sexuels protégés, utilisation de seringues propres par les consommateurs de drogues injectables – devraient être renforcées. Les femmes séropositives sont souvent aussi celles qui prennent soin des membres de leur famille. Elles ont l'habitude d'aider les autres – enfants, partenaire, parents, etc. – et retardent parfois le moment de se faire soigner elles-mêmes. Les prestataires doivent leur expliquer que « prendre soin de soi » fait partie intégrante d'une gestion efficace du VIH.

3.3 Notification aux partenaires/services de conseil

La notification aux partenaires consiste pour une personne séropositive à prendre contact avec ses partenaires sexuels ou avec les personnes avec lesquelles elle a partagé des seringues afin de les informer qu'ils ont peut-être été exposés au VIH et de les encourager à subir des services de conseil et de dépistage du VIH sur base volontaire et confidentielle.

Les prestataires de services doivent être sensibles au caractère complexe de la notification au partenaire. En effet, cette situation est source de conflit : il faut d'une part respecter le droit à la confidentialité et à la protection de la vie privée de la personne séropositive, et d'autre part respecter le droit du partenaire à la protection contre le risque d'infection. Cette question n'est pas simple, elle n'y a pas de réponse univoque et requiert d'être traitée avec sensibilité. Mais la notification au partenaire est importante et devrait être encouragée. Il faut en discuter avec les clients.

Les prestataires de services doivent expliquer les raisons et les avantages de la notification aux partenaires :

- Elle permet aux individus qui ont été exposés au VIH de connaître les risques de transmission et les encourage à subir un test.
- Si le résultat est positif, ils peuvent apprendre de quelle manière éviter de transmettre le VIH à d'autres personnes **en utilisant une protection lors des rapports sexuels**, ou en ne partageant pas de seringues avec des tiers, et recevoir traitement et soutien.

- Si le résultat est négatif, ils peuvent avoir accès à des informations qui leur permettront de rester séronégatifs.

Fréquemment, les individus ne sont pas informés de la séropositivité de leur partenaire ou, quand ils le sont, ne souhaite pas se soumettre au dépistage. Cela présente une difficulté pour les prestataires de services en raison des répercussions possibles en termes de rapports sexuels non protégés.

Dans certains pays, les prestataires de services de santé sont dans l'obligation d'informer les individus concernés de la séropositivité de leur partenaire s'il/elle refuse de le faire. Dans ces conditions, la possibilité d'actes de violence et de bouleversement de la relation doit être prise en considération et les précautions nécessaires observées. Les conseillers devraient recevoir une formation appropriée afin d'acquérir les compétences nécessaires pour conseiller et informer les clients, surtout s'ils craignent que ceux-ci soient victimes d'actes de violence. Il faut tout faire pour apporter à l'individu séropositif le soutien dont il a besoin.

Les prestataires doivent mettre en place des conditions propices à la révélation d'une telle information.

3.4 Le comportement sexuel

Une fois le diagnostic posé, le client réévalue souvent son comportement sexuel et adopte la pratique des rapports sexuels protégés. Cependant, s'il n'informe pas le partenaire de sa séropositivité, il lui est parfois difficile d'instaurer à long terme des pratiques sexuelles plus sûres. Les clients peuvent avoir besoin de conseils et de soutien intensifs afin de faire face à ces difficultés. Les prestataires doivent à tout moment avoir une attitude positive et neutre.

Les progrès en matière de traitements et de soins pour les individus séropositifs permettent à nombre d'entre eux de voir leur espérance de vie augmenter. Beaucoup éprouvent alors un regain d'intérêt pour l'activité sexuelle. Il est primordial que les personnes séropositives évaluent les risques associés à divers comportements sexuels. Les prestataires doivent expliquer ces risques clairement, en détail et avec franchise. Les clients doivent savoir utiliser correctement les jouets sexuels et connaître les dangers que présentent certaines pratiques telles que les rapports sans lubrifiant, les douches vaginales, l'utilisation d'herbes pour assécher le vagin, etc. Il faut que le client ne se sente ni jugé ni stigmatisé, afin que les échanges puissent se dérouler en toute franchise. Les prestataires doivent être au courant des différentes pratiques sexuelles associées à chaque contexte culturel, et faire en sorte que le client se sente à l'aise pour évoquer ces pratiques.

Un traitement efficace à base d'antirétroviraux peut entraîner une diminution de la virémie du client, mais il ne réduit pas à néant le risque de transmission du virus à un partenaire séronégatif. D'autres facteurs ont une influence sur la transmission du virus, tels que :

- La présence d'autres IST, par exemple, les infections à herpès simplex de type II ou à papillomavirus humain.
- L'inflammation génitale.
- La menstruation.
- La malnutrition et les carences en vitamines et en minéraux.

3.5 Décisions de concevoir et de continuation de grossesse

La séropositivité pose des problèmes délicats en ce qui concerne la contraception et la grossesse. En raison de la situation spécifique qui est celle des clients séropositifs, les séances de conseil doivent être menées avec une sensibilité particulière. Lorsqu'une femme enceinte a pris une décision en ce qui concerne la poursuite de sa grossesse, elle doit être conseillée et informée au sujet des services disponibles en fonction de son choix. Les prestataires en un rôle important à jouer dans ce fait de faciliter la prise de décision par la femme. Chaque fois que c'est possible, les partenaires devraient être conseillés séparément et ensemble.

En cas de séropositivité de l'un des partenaires ou des deux, le couple doit prendre des décisions difficiles s'agissant de la procréation. Il doit déterminer :

- Le désir de grossesse.
- Les méthodes contraceptives qui lui conviennent.
- Ce qu'il souhaite faire en cas de grossesse non désirée.

Les couples séropositifs doivent pouvoir faire des choix éclairés, sans coercition, et avoir accès à des services de qualité qui correspondent à ces choix.

Le désir de grossesse

Les individus ou couples séropositifs qui envisagent une grossesse doivent être avisés des risques de transmission du virus au partenaire séronégatif lors des rapports sexuels sans protection nécessaires à la conception. Si une femme séropositive désire devenir enceinte, il faut lui indiquer quels services de santé reproductive et prénataux sont disponibles localement, ainsi que les types de chimioprophylaxie susceptibles de réduire les risques de transmission à l'enfant.

Prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME)

La transmission du VIH de la mère séropositive à son enfant peut se produire in utero, lors de l'accouchement ou pendant l'allaitement. Afin de réduire les risques de transmission, les prestataires doivent envisager :

- Le recours à un traitement ARV (différents traitements peuvent être utilisés selon les disponibilités et les directives locales).
- L'accouchement par césarienne.
- Les choix en matière d'allaitement.

Le traitement antirétroviral (ARV)

L'utilisation de médicaments antirétroviraux pendant la grossesse et l'accouchement réduit les risques de transmission du VIH de la mère à son enfant. En effet, les ARV diminuent la réplication virale chez la mère et protègent l'enfant de l'infection pendant et après l'exposition au virus. Il en existe plusieurs types de traitement qui se différencient au niveau de l'efficacité, du coût, de l'aspect pratique et de la sécurité. Quelle que soit la formule choisie, celle-ci inclut un traitement intra-partum, avec traitement pré-partum et/ou post-partum de durée variable. Les traitements mis en place au début de la grossesse et qui sont relativement complexes, sont plus efficaces que les traitements plus simples administrés à un stade avancé de la grossesse ou pendant l'accouchement. Cependant, en raison même de leur simplicité, ces derniers sont préférables pour les femmes qui n'obtiennent de soins anténataux que tardivement ou qui ne peuvent pas facilement suivre un traitement ARV. Le choix des traitements prophylactiques antirétroviraux proposés dans les maternités dépend des facteurs suivants: disponibilité, faisabilité et coût au niveau local. Notons qu'il a été montré que la névirapine, utilisée seule pour réduire la transmission mère-enfant, peut induire une résistance ultérieure à cet antirétroviral.

L'accouchement par césarienne

Dans 60% des cas, la transmission du VIH de la mère à l'enfant se produit durant la phase du travail et de l'accouchement. L'accouchement vaginal augmente le risque de transmission, alors que la césarienne, lorsqu'elle est décidée à l'avance, peut le réduire, quelle que soit la charge virale de la femme et qu'elle ait ou non suivi un traitement ARV prophylactique. Cependant, les avantages de cette procédure ne doivent pas éclipser les risques pour la mère. Les césariennes doivent être exécutées dans des conditions de sécurité optimales et lorsque le taux de mortalité maternelle local est faible. Lorsque les installations cliniques ne permettent pas de pratiquer une césarienne, il n'a pas été démontré que la toilette du vagin au moyen d'une solution à 0,25 %

de chlorhexidine, afin de nettoyer la filière pelvienne après chaque examen vaginal et pendant le travail et l'accouchement, réduisait le risque de transmission de la mère à l'enfant.

Les choix en matière d'allaitement

La possibilité de transmission augmente si la mère allaite son nourrisson. La décision d'allaiter devrait être prise en considérant les risques et les avantages de l'allaitement maternel. La meilleure alimentation pour un nouveau-né est le lait maternel car il fournit tous les éléments nutritifs essentiels. Il a aussi des effets protecteurs contre les infections gastro-intestinales et la malnutrition. Dans certaines cultures, l'allaitement maternel est la norme, et le fait de ne pas allaiter peut conduire les membres de sa communauté à faire preuve de discrimination et de stigmatisation, car ils soupçonnent qu'elle est séropositive. Il faut envisager un mode d'alimentation de substitution (lait artificiel) lorsque c'est :

- Acceptable.
- Réalisable.
- Abordable.
- Durable et
- Sans danger.

Les prestataires de services doivent :

- Montrer aux femmes comment préparer le lait artificiel dans le respect des règles d'hygiène, nettoyer les ustensiles et procéder à la stérilisation.
- Surveiller la croissance et le développement de l'enfant afin de lui assurer une alimentation et une nutrition adéquates.
- Montrer à la mère comment examiner la bouche de son enfant afin de repérer la présence éventuelle de muguet et de lacérations de la muqueuse buccale (qui entraînent un risque supplémentaire de transmission du VIH).
- Indiquer à la mère que le risque de transmission du VIH augmente si elle souffre de mastite, d'abcès mammaire, ou si ses mamelons saignent ou sont crevassés.

Si la femme décide d'allaiter son enfant, il faut lui recommander de le nourrir exclusivement au sein pendant les six premiers mois. Elle doit ensuite, si tôt que possible, interrompre l'allaitement. Il faut toutefois tenir compte de la situation locale, de la situation propre à la femme et des risques associés à l'alimentation de substitution pour le nourrisson (notamment celui de contracter des infections autres que le VIH et la malnutrition).

Options en cas de grossesse non désirée

Si la cliente est enceinte mais ne souhaite pas poursuivre sa grossesse, il faut l'orienter vers des services d'avortement sûrs, lorsque la loi le permet. La contraception post-partum doit être proposée aux femmes qui ne souhaitent pas redevenir enceintes.

3.6 Contraception

Si une femme séropositive ou dont le partenaire est séropositif ne veut pas devenir enceinte, elle et son partenaire doivent être informés des méthodes de contraception appropriées ainsi que de la meilleure façon d'éviter la transmission du virus.

Il faut proposer au couple conseils et services en matière de contraception ou l'orienter vers une antenne de SSR/planification familiale. Afin d'optimiser les choix proposés en matière de procréation, les services de conseil et de dépistage sur base volontaire et les services de prévention prénatale et de planification familiale doivent être intégrés.

Des méthodes de contraception hautement efficaces devraient être recommandées. Dans le cas d'un couple sérodiscordant, l'utilisation correcte et systématique de préservatifs est la seule méthode de prévention de la transmission du VIH. Ils devraient être utilisés même si une autre méthode de contraception est employée pour prévenir une grossesse.

En général, les femmes séropositives ont les mêmes options en matière de contraception que les femmes séronégatives. Des critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives ont été développés par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), notamment à l'intention des femmes séropositives. Ils indiquent les situations particulières dans lesquelles l'utilisation de certaines méthodes est assujettie à des restrictions (voir ci-après).

Le préservatif masculin

L'usage correct et systématique du préservatif masculin est très efficace contre les grossesses non désirées et la transmission des IST, dont le VIH. Dans le cas des couples sérodiscordants, l'usage correct du préservatif masculin évite la transmission du VIH. Lorsque le préservatif masculin n'a pas assuré de protection contre une grossesse ou une infection, c'est généralement parce qu'il a été mal utilisé; il est très rare que l'échec soit imputable à une rupture ou à un glissement.

Les clients devraient recevoir des instructions détaillées quant à l'utilisation correcte de la méthode (voir chapitre 7 : Méthodes barrières), avec

démonstration à l'appui, ainsi que des conseils au sujet de la lubrification, a l'entreposage et de la manipulation. Il faut proposer la contraception d'urgence en guise de méthode de dernier recours.

Le préservatif féminin

Le préservatif féminin est disponible dans de nombreux pays et peut se substituer au préservatif masculin. Il permet aux femmes une meilleure maîtrise de la contraception barrière et peut être inséré plusieurs heures avant le rapport sexuel. Son efficacité contraceptive est comparable à celle des autres méthodes barrières, mais inférieure à celle du préservatif masculin.

Bien que les données cliniques dont on dispose soient limitées, des études menées en laboratoire ont démontré que le préservatif féminin constitue une barrière efficace non seulement contre le sperme, mais aussi contre les bactéries et les virus, dont le VIH.

L'utilisation du préservatif féminin demeure limitée en raison de son coût élevé. Idéalement, un nouveau préservatif féminin devrait être utilisé à chaque rapport sexuel, dans certaines circonstances, il peut être sûr, acceptable, et faisable de le réutiliser. La décision d'encourager ou non la réutilisation doit être prise à l'échelon local.

Le diaphragme

L'avantage du diaphragme est le contrôle qu'il permet à la femme d'exercer, du fait qu'il peut être inséré plusieurs heures avant les rapports sexuels. Il offre une protection contraceptive équivalente à celle offerte par les autres méthodes barrières (voir chapitre 7 : Méthodes barrières).

Pour les couples sérodiscordants, et chaque fois qu'il y a risque d'infection, l'utilisation de diaphragmes avec spermicides n'est pas recommandée, parce qu'il est possible que les spermicides contenant du nonoxynol-9 accroissent le risque de transmission de l'infection à VIH. Des études sont en cours afin de déterminer si l'utilisation d'un diaphragme peut réduire le risque de transmission des IST, dont l'infection à VIH.

Les spermicides

Les spermicides, utilisés seuls, sont moins efficaces que les autres méthodes barrières et ne protègent pas contre les IST. Les spermicides contenant du nonoxynol-9 ne protègent pas contre l'infection à VIH et peuvent même augmenter le risque d'infection chez les femmes qui utilisent ces produits fréquemment. Cette méthode n'est donc pas recommandée pour les femmes séronégatives dont le partenaire est séropositif, mais elle peut être utilisée par les femmes séropositives si aucune autre option n'est disponible et acceptable.

Il faut conseiller aux clients qui choisissent une méthode à base de spermicide d'utiliser simultanément une autre méthode barrière.

Les contraceptifs hormonaux

Lorsque les contraceptifs hormonaux sont utilisés correctement, ils sont très efficaces contre la grossesse. Les données disponibles indiquent que les contraceptifs hormonaux sont sûrs et peuvent être utilisés par les femmes séropositives et par les femmes séronégatives dont le partenaire est séropositif. Ils ne protègent pas contre les IST, dont l'infection à VIH, aussi une utilisation correcte et systématique des préservatifs est-elle recommandée.

Les médicaments antirétroviraux (ARV) peuvent faire diminuer ou augmenter la biodisponibilité des hormones stéroïdes dans les contraceptifs hormonaux. Les données limitées dont on dispose indiquent que les interactions médicamenteuses possibles entre de nombreux ARV et les contraceptifs hormonaux sont susceptibles de réduire la sûreté et l'efficacité des uns comme des autres.

Si une femme qui suit un traitement ARV décide de commencer ou de continuer à utiliser la contraception hormonale, il faut lui conseiller d'utiliser systématiquement des préservatifs afin de prévenir la transmission du VIH et de compenser toute diminution éventuelle de l'efficacité de la contraception hormonale.

DIU

Le DIU est une méthode de contraception hautement efficace, qui peut être utilisée par les femmes séropositives qui n'ont pas développé le sida et par les femmes sidéennes qui ne présentent pas de symptômes cliniques et qui suivent un traitement ARV. En règle générale, il ne faut pas procéder à l'insertion d'un DIU chez les femmes atteintes du sida qui présentent des symptômes cliniques, à moins qu'aucune autre méthode ne soit disponible et acceptable (voir chapitre 6 : Dispositifs intra-utérins). Les DIU ne protègent pas contre les IST, dont l'infection à VIH, aussi une utilisation correcte et systématique des préservatifs est-elle recommandée.

La contraception d'urgence

Pour les femmes séropositives qui poursuivent des relations sexuelles sans protection et peuvent devenir enceintes, l'accès à la contraception d'urgence est essentiel. Le DIU peut être utilisé en tant que méthode de contraception d'urgence par une femme séropositive si celle-ci présente le profil médical requis (voir chapitre 6 : Dispositifs intra-utérins).

La stérilisation masculine ou féminine

La stérilisation peut être proposée aux clients séropositifs s'ils font ce choix volontairement et en connaissance de cause (voir chapitre 8 : Stérilisation féminine et masculine). Les procédures appropriées de prévention des infections doivent être soigneusement appliquées (voir chapitre 15 : Prévention des infections). Cependant, cette méthode ne protège pas contre la transmission des IST, dont l'infection à VIH, aussi une utilisation correcte et systématique des préservatifs est-elle recommandée après la stérilisation.

3.7 Traitement

Le traitement antirétroviral

Les médicaments antirétroviraux limitent la réplication du VIH. Lorsqu'ils sont administrés en combinaison, ils peuvent :

- Restreindre la réplication du VIH.
- Retarder la détérioration du système immunitaire.
- Améliorer les chances de survie et la qualité de vie du patient.

Les ARV devraient être intégrés aux services de SSR/planification familiale et être proposés au stade des soins de santé primaires. Ils entraînent une diminution de la morbidité et de la mortalité liées au VIH. La mise en service au plan local de traitements ARV, accompagnée de conseils adéquats, peut entraîner une diminution de la prévalence du VIH dans les communautés grâce à une réduction des cas de comportement à haut risque et du risque de transmission au sein des couples sérodiscordants (grâce à l'utilisation accrue des préservatifs) et mère-enfant. Le traitement ARV aide à :

- Maintenir l'individu dans la phase asymptomatique.
- Atténuer les symptômes.
- Ramener les individus au stade asymptomatique de la maladie.

Bien que, grâce à l'accès au traitement, le VIH puisse ne plus être considéré comme un problème de santé chronique, il est indispensable de souligner qu'il n'y a pas toujours de traitement pour guérir du VIH.

Le traitement du VIH repose sur l'utilisation de médicaments antirétroviraux qui maintiennent en bonne santé les personnes séropositives, à tous les stades de la progression du VIH, en réduisant leur charge virale jusqu'à un niveau indétectable (sous 50 copies) en 16 à 20 semaines.

Les prestataires de services devraient être conscients que le traitement antirétroviral est complexe et que certains effets secondaires négatifs peuvent se manifester, et différemment d'un patient à l'autre. Ils doivent :

- Respecter les directives nationales applicables aux traitements.
- S'assurer que les clients suivent rigoureusement le traitement, car une résistance aux médicaments peut apparaître si des doses sont omises.
- S'assurer que le client respecte la posologie du traitement ARV, de sorte que des résultats optimaux soient obtenus et que la résistance virale soit la plus limitée possible lorsqu'elle apparaît.

Prophylaxie post-exposition (PPE)

La PPE est un traitement antirétroviral à court terme destiné à réduire la probabilité d'infection à VIH après une exposition potentielle dans le milieu professionnel ou pendant un rapport sexuel. La PPE devrait être entamée aussitôt que possible, idéalement pas plus tard que 2 à 4 heures après l'exposition. Un traitement combiné est recommandé : il est plus efficace que l'action d'un seul agent. Cependant, les traitements ARV doivent être administrés dans le respect des protocoles et directives nationaux.

Les infections sexuellement transmissibles (IST)

Dans les populations où la prévalence de l'infection à VIH est élevée, les patients qui ont contracté une IST sont plus susceptibles d'être séropositifs et, si c'est le cas, plus susceptibles aussi de transmettre le VIH à leurs partenaires. Les patients qui ne connaissent pas leur statut sérologique devraient être orientés vers des services de conseil et de dépistage volontaire. Les personnes séropositives, en raison de l'affaiblissement de leur système immunitaire, connaissent des épisodes plus fréquents et plus graves d'IST virales récurrentes. Lorsqu'ils sont disponibles, un traitement ou une prophylaxie doivent être proposés.

Les infections opportunistes

Les personnes séropositives, en raison de l'affaiblissement de leur système immunitaire, sont plus vulnérables aux infections opportunistes (IO), telles que la tuberculose, le paludisme, la candidose, la toxoplasmose, la méningite cryptococcace, la pneumonie à *Pneumocystis carinii* et la diarrhée chronique dans les zones endémiques. Les symptômes de ces infections peuvent se manifester différemment chez les personnes séropositives.

Le risque de contracter une IO augmente lorsque la numération des lymphocytes CD4 est faible. Lorsque c'est possible, un traitement doit être proposé aux patients qui ont atteint le quatrième stade de la maladie ou dont

la numération CD4 est inférieure à 200. Si le traitement n'est pas disponible, les patients doivent être orientés vers des services appropriés. Le traitement doit être conforme aux protocoles nationaux.

Sans traitement, les infections sont plus difficiles à diagnostiquer, ce qui implique le recours à des procédures coûteuses et un séjour en hôpital. Lorsque le traitement ARV, qui renforce le système immunitaire, est proposé en temps opportun, cela peut être évité, d'où des économies de temps et d'argent.

Dans les régions à haut risque s'agissant du VIH, la tuberculose est un marqueur du virus. Une personne atteinte de la tuberculose doit être orientée vers des services de conseil et de dépistage du VIH.

3.8 Les soins et le soutien aux personnes vivant avec le VIH/sida

Conseils en matière d'hygiène et de nutrition

Un style de vie sain est particulièrement important pour une personne séropositive.

Les services d'alimentation et de soutien

L'infection à VIH a des répercussions sur la nutrition. En effet, les personnes séropositives dépensent davantage d'énergie au repos, mangent moins, absorbent mal les nutriments et connaissent des altérations complexes du métabolisme qui aboutissent à une perte de poids et à un amaigrissement typiques du sida. De ce fait, une alimentation équilibrée est une condition essentielle pour que les personnes séropositives mènent une vie saine. Il faut donc leur offrir des conseils en matière de nutrition, des soins, et un soutien, tous éléments qui doivent être intégrés dans le cadre d'une approche compréhensive du VIH. Une alimentation équilibrée :

- Contribue à optimiser les effets du traitement médical.
- Stimule le système immunitaire.
- Réduit les effets secondaires des ARV.
- Améliore la santé physique du patient et lui permet de mieux profiter de la vie.

Les détails du régime alimentaire varient selon les individus. Ils dépendent du stade de la maladie, de sa situation sociale et des problèmes de santé qui lui sont propres. Pour ce qui est du régime alimentaire quotidien recommandé aux personnes séropositives, il est fonction du pays et des directives locales. En règle générale, le régime doit :

- Etre riche en protéines.
- Etre calorique.
- Contenir les apports journaliers en vitamines et en minéraux requis pour que les besoins en micronutriments soient satisfaits.

Les prestataires de services doivent examiner toutes les options possibles au plan local avec les responsables concernés afin de fournir aux patients un régime alimentaire approprié et de les orienter le cas échéant vers des programmes et des services spécialisés en matière alimentaire, en particulier lorsqu'il s'agit de femmes séropositives enceintes ou qui allaitent.

Style de vie

Les clients devraient être encouragés à adopter un style de vie sain. Les programmes devraient inclure des services de conseil au sujet des points suivants :

- L'exercice.
- Le sommeil.
- Les méthodes de réduction du stress.
- Les comportements nuisibles à la santé tels le tabagisme et la consommation excessive d'alcool ; le cas échéant, il faut orienter les patients vers des programmes de prévention et de traitement.

Les prestataires doivent encourager les clients à prendre part à des séances de conseil régulières afin de traiter les nouveaux problèmes au fur et à mesure qu'ils surviennent. Sans assistance, ces problèmes peuvent affecter négativement la santé mentale du client et de l'empêcher d'adhérer pleinement au traitement.

Services de soutien

L'infection à VIH a des répercussions sur tous les aspects de la vie d'une personne : son état physique et psychologique, sa vie sociale et spirituelle. Les services de conseil et d'appui social peuvent aider les patients et ceux qui les soignent à mieux réagir aux différentes étapes de l'évolution de l'infection et à améliorer leur qualité de vie. Avec un soutien approprié, le client est plus susceptible de gérer de façon adéquate le stress associé à la séropositivité, et moins susceptible de développer des problèmes de santé mentale graves.

Il est surtout nécessaire de procéder à des évaluations et d'effectuer des interventions auprès du patient lors de la période extrêmement éprouvante qui suit la notification de la séropositivité et lors de la période d'ajustement qui

s'ensuit, et il faut s'appliquer à accompagner le patient de façon à l'aider à faire face à la forme symptomatique chronique de l'infection à VIH et à la progression de la maladie jusqu'au décès.

L'infection à VIH va souvent de pair, pour les séropositifs comme pour ceux qui prennent soin d'eux, avec des problèmes de stigmatisation et des craintes diverses, qui peuvent rejaillir sur l'ensemble de la famille. L'infection a souvent pour conséquences la perte du statut socioéconomique, de l'emploi, des revenus, du logement, de l'accès aux soins médicaux et de la mobilité. Un soutien psychosocial peut aider les individus, leurs partenaires, et leurs familles, à prendre des décisions en connaissance de cause, à mieux faire face à la maladie et à lutter plus efficacement contre la discrimination dont ils peuvent être ou sont victimes. Leur qualité de vie s'en trouve alors améliorée et ils sont mieux à même de prévenir la transmission de l'infection à d'autres.

Orientation vers des services spécialisés

La bonne gestion des programmes spécialisés dans le VIH/sida passe par la mise en place d'un système efficace d'orientation des clients vers des services spécialisés. Il n'est pas possible pour tous les sites de prestation de services de proposer toute la gamme des services dont ont besoin les personnes qui souffrent du VIH/sida. Il est donc nécessaire de mettre en place un système qui permette aux individus qui en ont besoin d'accéder à des infrastructures spécifiques pour le diagnostic, le traitement et les soins, c'est-à-dire de passer des services de base offerts par les cliniques à des services plus développés qui soient en mesure d'assurer la gestion clinique et de procéder à des examens de laboratoire.

Le système d'orientation vers des services spécialisés devrait reposer sur des liens entre institutions, mais aussi entre les différents niveaux de soins au sein d'une même institution.

Photo : Fatiha Terki/Vietnam



15 PREVENTION DES INFECTIONS

1 Introduction

L'objectif principal de la prévention des infections dans les centres de santé sexuelle et reproductive, qu'ils soient fixes ou mobiles, est de :

- Minimiser les risques de transmission des infections aux clients, aux prestataires et à toutes les personnes susceptibles d'être exposées à des déchets contaminés.

À mesure que la prévalence de l'infection à VIH et du sida s'accroît, de plus en plus de personnes s'inquiètent à l'idée d'être contaminées à leur tour. Il importe au plus haut point de prévenir la transmission du VIH aux clients et aux prestataires de service : ils doivent être assurés que toutes les précautions nécessaires sont prises.

Il est possible de prévenir la propagation de l'infection au cours des examens et interventions cliniques en utilisant des techniques aseptiques, en évitant la transmission de l'infection d'une personne à une autre, en traitant correctement le matériel clinique, et en éliminant les déchets de façon appropriée.

2 Définitions

- L'infection est causée par des **micro-organismes** (bactéries, virus, champignons et parasites). Les bactéries qui produisent des endospores (par exemple le *Clostridium*, qui cause la gangrène et le tétanos) sont les plus difficiles à tuer en raison de leur enveloppe protectrice.
- **Asepsie ou technique aseptique** sont des termes généraux utilisés en milieu médical pour décrire une combinaison d'efforts visant à prévenir l'entrée, durant l'intervention des prestataires de service, de micro-organismes dans toute région du corps où ils sont susceptibles de causer une infection. Le but de l'asepsie est d'éliminer la présence de micro-organismes, ou de la réduire à un niveau acceptable, sur les surfaces animées (vivantes) telles que la peau, les muqueuses et les tissus, ainsi que sur les objets inanimés (par exemple les instruments chirurgicaux).
- **L'antisepsie** consiste à prévenir l'infection en tuant les micro-organismes présents sur la peau et sur les muqueuses, ou à en empêcher le développement, avant l'exécution d'un acte médical qui implique un contact avec des tissus à l'intérieur desquels ces micro-organismes pourraient causer une infection.
- La **décontamination** consiste à rendre plus sûre la manipulation d'objets inanimés (non vivants). Il s'agit de surfaces importantes (par exemple les tables sur lesquelles on procède à l'examen pelvien ou à une opération), d'instruments

chirurgicaux et de gants contaminés par du sang ou d'autres fluides corporels.

- Le **nettoyage** consiste à ôter toute trace visible de sang ou d'autres fluides corporels, de tissus ou de tout autre corps étranger (poussières ou souillures présentes sur la peau, les muqueuses ou les objets inanimés).
- La **désinfection** consiste à éliminer les bactéries, les virus, les champignons et les parasites des objets inanimés, mais elle ne permet pas d'éliminer de façon satisfaisante les endospores bactériennes. Ces dernières années, on a révisé les procédures de **désinfection** afin de garantir leur efficacité contre le VIH et le virus de l'hépatite B. On a dénommé ces procédures révisées **désinfection de haut niveau (DHN)**. À l'heure actuelle la **DHN** constitue le seul niveau de désinfection acceptable. C'est aussi le seul qui soit recommandé dans ces directives.
- La **stérilisation** consiste à éliminer complètement tous les micro-organismes, y compris les endospores bactériennes, des objets inanimés.

3 Antisepsie

L'antisepsie consiste à nettoyer la peau ou les muqueuses du/de la client(e) avec une substance antiseptique afin d'ôter ou d'éliminer autant de micro-organismes que possible, avant toute intervention invasive. Il faut prendre soin de ne pas irriter ni endommager la peau ou les muqueuses.

3.1 Indications

- Préparation de la peau pour la minilaparotomie, la laparoscopie, la vasectomie, l'insertion ou le retrait d'implants, et les injections.
- Préparation du col de l'utérus et du vagin pour l'insertion ou le retrait de DIU, et pour l'insertion d'un élévateur utérin en cas de stérilisation chirurgicale.
- Brossez-vous les mains avant d'enfiler des gants pour pratiquer des opérations telles que la minilaparotomie ou la vasectomie.

3.2 Sélection des antiseptiques

Les antiseptiques sont conçus pour être utilisés sur la peau ou sur les muqueuses, par opposition aux désinfectants, solutions plus puissantes utilisées pour les objets inanimés. C'est pourquoi il ne faut *jamais* utiliser de solutions antiseptiques pour désinfecter des objets inanimés (non vivants), tels que les instruments chirurgicaux et les gants réutilisables. Ne laissez *jamais* tremper dans des solutions antiseptiques des objets tels que forceps (pour élévation utérine), brosses à main chirurgicales, ciseaux ou aiguilles utilisées pour des sutures.

Les solutions antiseptiques suivantes sont sûres et disponibles partout :

- Centrimonium/cétrimide avec de l'alcool éthylique à 70 % (Cetavlon).¹
- Cétrimide et gluconate de chlorhexidine (CHG), à diverses concentrations (ex : Savlon).
- Gluconate de chlorhexidine à 4 % (ex : Hibitane, Hibiscrub).
- Parachlorométaxylénol (PCMX ou chloroxylénol), à diverses concentrations – 0,5 % à 3,75 % – (ex : Dettol).
- Hexachlorophène à 3 % (par ex : pHisoHex).
- Teinture d'iode à 2 % ou 3 %, ¹ solution aqueuse (Lugol).
- Iodophores, à diverses concentrations – 0,5 % à 10 % (par ex : Bétadine).
- Alcools – 60 % à 90 % – éthylique, isopropylique ou méthylique.¹
- Peroxyde d'hydrogène à 3 %.
- Dérivés de l'acridine (acriflavine et proflavine).

Solutions à éviter :

- Le *chlorure de benzalkonium (Zéphiran)* présente plusieurs désavantages :
 - Il met au moins 10 minutes à tuer le VIH.
 - Il a été prouvé à plusieurs reprises que les *Pseudomonas* et autres bactéries communes pouvaient le contaminer.
 - Il est rendu facilement inactif par de la gaze et d'autres matériaux organiques, et il est incompatible avec le savon.
- *Mercryl laurylé et autres dérivés mercuriels* : Bien qu'ils soient fréquemment vendus en tant qu'antiseptiques, il faut éviter d'utiliser les produits chimiques contenant du mercure en raison de leur toxicité élevée.
 - L'exposition de la peau à de faibles doses de mercure entraîne la formation d'ampoules, voire l'apparition d'une dermatite de contact.
 - L'inhalation ou l'ingestion d'une petite quantité de mercure a des effets sur le système nerveux central (engourdissement, difficultés d'élocution, surdité) ; en grande quantité (200 mg), le mercure est mortel.

3.3 Préparation, stockage et distribution des antiseptiques

Les antiseptiques sont commercialisés sous forme de concentrés à partir desquels préparer des solutions, ou sous forme de solutions prêtes à l'emploi. Il est important de manipuler comme il convient les solutions antiseptiques afin d'éviter toute contamination. Les micro-organismes les plus susceptibles

¹ Les solutions contenant de l'alcool (alcool éthylique, teinture d'iode, alcool méthylique, etc) ne doivent pas être appliquées sur des muqueuses telles que le vagin.

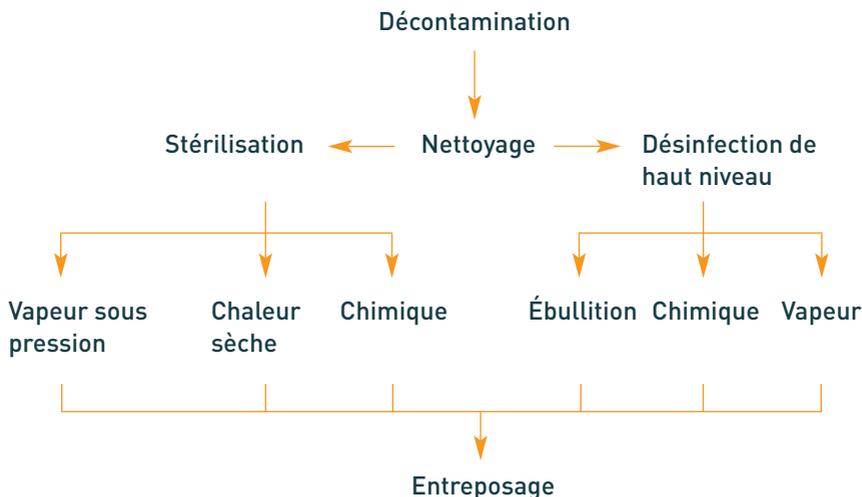
de contaminer les solutions antiseptiques sont les bacilles Gram négatif, l'ensemble des endospores et, plus rarement, le staphylocoque. Ces micro-organismes peuvent être la cause d'une infection lorsque des solutions contaminées sont utilisées pour le lavage des mains, ou appliquées sur la peau ou sur une muqueuse des clients. Afin d'éviter la contamination des solutions antiseptiques :

- Versez l'antiseptique, à moins qu'il ne soit commercialisé en petites quantités, dans de petits récipients réutilisables pour un emploi quotidien. Cela empêche l'évaporation et la contamination qui se produirait en cas d'ouverture trop fréquente d'un grand récipient.
- Préparez les solutions et nettoyez les récipients réutilisables à intervalles réguliers (par exemple chaque semaine). (La contamination des solutions est plus probable lorsqu'une semaine s'est écoulée depuis leur préparation.)
- Ne stockez pas de gaze ou de coton dans des antiseptiques aqueux car cela favorise la contamination.
- Nettoyez avec soin les récipients réutilisables à l'eau et au savon, puis laissez-les sécher avant de les remplir à nouveau. Chaque fois qu'un récipient est lavé, séché et rempli de nouveau, collez dessus une étiquette mentionnant la date de cette manipulation.
- Stockez les antiseptiques dans un endroit frais et sombre. Ne stockez jamais de produits chimiques à la lumière directe du soleil ou dans un endroit trop chaud (par exemple les étagères du haut dans un bâtiment dont la toiture est en tôle).
- Lorsque vous manipulez des solutions antiseptiques, versez toujours la solution directement depuis le récipient. Le contact d'un morceau de gaze, d'une coton tige ou de la main avec le bord du récipient ou avec son contenu a pour effet de contaminer la bouteille d'antiseptique toute entière.

4 Procédures de traitement du matériel et des instruments

Les diverses étapes du traitement sont les suivantes : décontamination, nettoyage, désinfection de haut niveau et stérilisation.

Figure 15.1 : Les étapes du traitement



Extrait de : Infection Prevention : A Reference Booklet for Health Care Providers, EngenderHealth, New York, 2001. Reproduction autorisée.

4.1 Décontamination

La décontamination constitue une étape importante, préalablement au traitement des instruments et des objets susceptibles d'avoir été en contact avec des fluides corporels, pour assurer la protection du personnel chargé de les nettoyer. Il faut toutefois préciser que la pénétration par les désinfectants chimiques du sang, des mucosités, etc. présents sur un objet non nettoyé ne peut être garantie à 100 %. Il importe donc d'observer des précautions très strictes lors du nettoyage d'instruments et d'autres objets : l'utilisation de gants est recommandée, même après décontamination (voir section 4.2). Lors de la décontamination, portez des gants de caoutchouc (de type ménager ou plus épais). Utilisez toujours des récipients en plastique, car les récipients métalliques accélèrent la corrosion des instruments en acier inoxydable, qui sont protégés par une électrodéposition.

Décontamination des instruments et autres objets après utilisation

- Au début de chaque session de travail, ou plus souvent si la solution devient sale, remplissez un seau propre d'une solution chlorée à 0,5 %.
- Immédiatement après chaque opération, placez les objets souillés dans la solution chlorée à 0,5 % et laissez-les tremper pendant 10 minutes. N'attendez pas trop longtemps avant de procéder à la décontamination, car les matériaux organiques sécheraient et deviendraient difficiles à nettoyer.
- Ne laissez pas tremper les instruments trop longtemps (et évitez les solutions à concentration de chlore trop élevée), car cela risque d'endommager les instruments. Rincez les instruments à l'eau froide immédiatement après décontamination afin d'éviter la corrosion et de détacher le plus gros des matériaux organiques avant le nettoyage proprement dit.

Dans les cliniques où plusieurs opérations sont effectuées au cours d'une même session, il n'est pas toujours pratique de décontaminer les instruments immédiatement après chaque utilisation. C'est pourquoi il est possible de suivre une procédure différente :

- Versez dans un seau en plastique la quantité d'eau nécessaire pour préparer une solution chlorée à 0,5 %. Par exemple si le dosage requis est d'un volume d'eau de Javel pour 6 volumes d'eau, versez dans le seau les 6 volumes d'eau nécessaires.
- Immédiatement après chaque utilisation, placez les instruments dans le seau contenant l'eau en vous assurant qu'ils se trouvent au-dessous du niveau de l'eau. Une fois que vous avez plongé dans le seau le nombre maximum d'instruments qu'il vous était possible d'y placer sans le faire déborder, ou à la fin de la session de travail – selon ce qui survient en premier lieu – versez dans le seau la quantité de chlore requise pour obtenir une solution à 0,5 % et remuez bien. Assurez-vous que le seau contenant l'eau n'est pas surchargé d'instruments, afin qu'il reste suffisamment d'espace à l'intérieur pour ajouter le chlore sans faire déborder la solution.
- Laissez tremper les instruments dans la solution chlorée pendant 10 minutes, puis rincez-les immédiatement à l'eau froide.

Décontamination de surfaces importantes

Pour décontaminer des surfaces importantes (par exemple le dessus de la table utilisée pour un examen pelvien), essuyez-les avec une solution chlorée à 0,5 %.

Préparation de solutions chlorées

Il est possible de préparer des solutions chlorées à l'aide d'eau de Javel (hypochlorite de sodium) (voir Tableau 15.1) ou à partir d'autres composés chlorés disponibles en poudre (hypochlorite de calcium ou chaux chlorée) ou sous forme de comprimés (dichloroisocyanurate de sodium). L'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande que les solutions chlorées soient remplacées chaque jour, ou plus souvent si nécessaire, car elles perdent de leur efficacité avec le temps ou après avoir été exposées à la lumière.

Préparer une solution chlorée à partir de poudre :

Pour préparer une solution chlorée, utilisez la formule suivante :

$$\frac{\% \text{ de chlore désiré}}{\% \text{ de chlore dans la poudre}} \times 1000 = \text{grammes de poudre par litre d'eau}$$

Exemples :

Pour préparer une solution chlorée à 0,5 % à partir de poudre d'hypochlorite de calcium chlorée à 35 % :

$$\frac{0,5}{35} \times 1000 = 0,0143 \times 1000 = 14,3$$

Il convient donc de dissoudre 14,3 g de poudre d'hypochlorite de calcium par litre d'eau.

Pour obtenir une solution chlorée à 0,1 % à partir de poudre d'hypochlorite de calcium chlorée à 35 % :

$$\frac{0,1}{35} \times 1000 = 0,0029 \times 1000 = 2,9$$

Il convient donc de dissoudre 2,9 g de poudre d'hypochlorite de calcium par litre d'eau.

Préparation d'une solution chlorée diluée à partir d'eau de Javel :

Pour préparer une solution chlorée diluée, utilisez la formule suivante pour déterminer le nombre de volumes d'eau requis pour chaque volume de solution chlorée concentrée (eau de Javel) :

$$\frac{\% \text{ de chlore en concentré}}{\% \text{ de chlore désiré}} - 1 = \frac{\text{nombre de volumes d'eau nécessaires}}{\text{volume de concentré}}$$

Exemple : Pour obtenir une solution à 0,5 % à partir de concentré à 3,5 %

$$\frac{3,5}{0,5} - 1 = 7 - 1 = 6$$

Il convient donc d'ajouter 6 volumes d'eau à 1 volume de solution chlorée concentrée (voir aussi Tableau 15.1).

Tableau 15.1 : Comment préparer une solution chlorée à 0,5 % à partir d'un liquide détergent (hypochlorite de sodium)

Exemples de marques de liquides détergents (pays)	% de chlore actif disponible	Solution à 0,5 %
ACE (Turquie), Eau de Javel (France) : 15° Chl ¹	5	1 volume de liquide détergent pour 9 volumes d'eau
Lejia (Pérou)	10	1 volume de liquide détergent pour 19 volumes d'eau
JIK (Kenya), Robin Bleach (Népal)	3,5	1 volume de liquide détergent pour 6 volumes d'eau
Blanqueador Cloro (Mexique)	6	1 volume de liquide détergent pour 11 volumes d'eau
Lavandina (Bolivie)	8	1 volume de liquide détergent pour 15 volumes d'eau
Extrait de Javel (France) : 48° Chl ¹	15	1 volume de liquide détergent pour 29 volumes d'eau

¹ Pour convertir en pourcentage les concentrations exprimées en ° Chl, procéder ainsi: 1° Chl équivaut à peu près à 0,3 % de chlore actif. Il suffit donc de multiplier par 0,3 les Chl.

4.2 Nettoyage

Il est essentiel de nettoyer les instruments et autres objets utilisés avant de procéder à la stérilisation et à la désinfection, car cela permet de les débarrasser de matériaux organiques susceptibles :

- D'emprisonner des micro-organismes dans un résidu qui les protégerait pendant la stérilisation et la désinfection.
- De rendre partiellement inactifs les désinfectants et les produits stérilisants chimiques, d'où une diminution de leur efficacité.

Comment procéder au nettoyage

Nettoyez les instruments et les surfaces importantes au détergent et à l'eau. L'eau ne suffit pas à elle seule à éliminer les protéines, les huiles et les graisses. Utilisez un détergent liquide ou en poudre qui se dissout facilement dans l'eau. Évitez d'utiliser des savons ou des détergents qui en contiennent, car les acides gras présents dans le savon réagissent avec les sels minéraux présents dans l'eau « calcaire » (dure) et forment des résidus difficiles à éliminer. N'utilisez pas de produits abrasifs (par exemple Vim ou Comet) car ils risquent d'endommager des instruments.

- Portez des gants de caoutchouc (de type ménager ou plus épais) et, si possible, protégez vos yeux.
- Nettoyez les instruments au détergent et à l'eau en vous servant d'une brosse. Le nettoyage doit s'effectuer sous la surface de l'eau afin d'éviter que des particules infectieuses ne se propagent dans les éclaboussures. Nettoyez avec un soin tout particulier les instruments comportant des dents, des jointures ou des vis.
- Rincez abondamment à l'eau pour éliminer tout résidu de détergent qui pourrait interférer avec la désinfection ou la stérilisation chimiques.
- Laissez sécher à l'air libre ou utilisez une serviette propre. (L'eau présente sur des instruments humides diluerait les produits chimiques utilisés pour la stérilisation ou la désinfection.) Il n'est pas nécessaire de sécher des instruments destinés à être bouillis.

4.3 Désinfection de haut niveau (DHN)

Une désinfection de haut niveau (DHN), si elle est effectuée correctement, détruit les bactéries, les virus, les champignons et les parasites, mais n'élimine pas de façon satisfaisante les endospores bactériennes. Les objets ainsi désinfectés peuvent être mis au contact de la peau abîmée ou de muqueuses intactes. Il est préférable de stériliser les objets qui entrent en contact avec le sang ou les tissus situés sous l'épiderme. Toutefois, lorsqu'il n'est pas possible

de procéder à la stérilisation, une désinfection de haut niveau est indispensable. Deux techniques sont possibles : *plonger les instruments dans de l'eau bouillante* ou *procéder à une désinfection chimique (à froid)*.

Désinfection à l'eau bouillante

- Décontaminez, nettoyez et séchez tous les objets à désinfecter (voir sections 4.1 et 4.2).
- Utilisez un récipient muni d'un couvercle ou un appareil spécifiquement conçu à cet effet.
- Submergez tous les instruments (ils doivent se trouver sous la surface de l'eau). Ouvrez les instruments comportant des jointures (tels que pinces et ciseaux). Désassemblez les appareils composés de plusieurs parties. Assurez-vous que les bols et autres récipients à désinfecter sont remplis d'eau. Les bols ne doivent pas être retournés car de l'air peut se trouver emprisonné à l'intérieur, qui n'atteindra pas la température requise pour l'élimination des micro-organismes.
- Posez ou refermez le couvercle et faites chauffer.
- Laissez bouillir pendant au moins 20 minutes à partir du moment où l'eau est en ébullition.
- Baissez la température pour maintenir l'eau au point d'ébullition, mais pas davantage, afin de ne pas gaspiller d'énergie, d'empêcher que l'eau s'évapore et de ne pas risquer d'endommager le matériel.
- N'ajoutez alors plus rien dans le récipient, même pas de l'eau.
- Immédiatement après les avoir fait bouillir, sortez les instruments du récipient à l'aide d'un forceps stérilisé ou désinfecté. Les instruments sécheront plus rapidement à l'air libre s'ils sont retirés de l'eau encore chauds. Ne les laissez pas dans le récipient après en avoir ôté le couvercle une fois que l'eau a cessé de bouillir. En effet, à mesure que l'eau refroidit, la vapeur se condense : de l'air et des particules de poussière sont alors attirés vers l'intérieur du récipient, ce qui risque de contaminer les instruments. Après avoir sorti ces derniers de l'eau chaude, placez-les dans un récipient ou dans un plat lui aussi préalablement ébouillanté.
- Pour les opérations telles que la stérilisation masculine ou féminine, l'insertion ou le retrait d'implants et l'insertion de DIU, il est possible d'utiliser les instruments encore humides immédiatement après qu'ils ont refroidi, ou bien de les laisser sécher à l'air libre et de les ranger dans un récipient désinfecté et couvert pour utilisation dans les 24 heures.
- Pour les examens pelviens (speculum, toucher vaginal), il n'est pas nécessaire que les instruments soient absolument stériles ou désinfectés à haut niveau

au moment de l'utilisation. Mais ils doivent être stérilisés ou désinfectés à haut niveau après chaque utilisation, et bien sûr entre chaque examen. Ils peuvent être entreposés et manipulés après leur stérilisation ou désinfection à haut niveau de façon à ce qu'ils restent propres, mais pas nécessairement absolument stériles. Avant utilisation ou rangement, faites sécher à l'air libre les instruments stérilisés ou désinfectés ou essuyez-les avec une serviette propre. Dans ce dernier cas, cette serviette ne doit être utilisée qu'à cette fin et remplacée chaque jour, ou plus souvent si nécessaire.

Utilisez la même eau tout au long de la journée, et n'ajoutez que la quantité requise pour que la surface demeure au moins à deux centimètres et demi au-dessus du matériel à désinfecter. Le fait de remplacer l'eau fréquemment favorise les dépôts minéraux.

Désinfection chimique

Sélection du désinfectant

- Glutaraldéhyde à 2 % (par ex. Cidex).
- Formaldéhyde à 8 %.
- Solution chorée à 0,1 % (utilisez de l'eau bouillie pour la dilution).

Bien que les alcools et les iodophores soient peu coûteux et faciles à se procurer, il ne faut pas s'en servir en tant que désinfectants. Les alcools ne tuent pas tous les virus et ne sont pas sporicides, et il a été démontré que le pseudomonas se multiplie dans les iodophores. Le peroxyde d'hydrogène (6 %) permet une désinfection de haut niveau, mais il est extrêmement corrosif et perd rapidement de son efficacité lorsqu'il est exposé à la chaleur et à la lumière.

Précautions

Prenez des précautions particulières lorsque vous utilisez les produits suivants :

- *Formaldéhyde* : Ne le diluez pas dans de l'eau chlorée car cela peut produire une substance carcinogène (l'éther de bischlorométhyle).
- *Formaldéhyde et glutaraldéhyde* : Les vapeurs de ces deux produits chimiques sont toxiques et provoquent une irritation de la peau, des yeux et des voies respiratoires. Portez toujours des gants et utilisez-les dans un endroit bien aéré. Le formaldéhyde est le plus toxique.
- *Solutions chlorées* : Ce type de solutions peut corroder les métaux. Procédez toujours au rinçage rapidement, afin d'éviter la corrosion.

Comment procéder

- Portez des gants ménagers épais.
- Décontaminez, nettoyez et séchez tous les objets qui doivent être désinfectés (voir sections 4.1 et 4.2).
- Utilisez un récipient propre muni d'un couvercle. Ouvrez les instruments comportant des jointures (tels que pinces et ciseaux). Désassemblez les appareils composés de plusieurs parties. Recouvrez complètement de solution désinfectante l'ensemble des objets à traiter.
- Faites tremper dans une solution au glutaraldéhyde, au formaldéhyde ou chlorée à 0,1 % pendant 20 minutes.
- Retirez les objets à l'aide d'un forceps ou de gants désinfectés.
- Rincez bien avec de l'eau stérile ou bouillie.
- Pour les opérations telles que la stérilisation masculine ou féminine, l'insertion ou le retrait d'implants et l'insertion de DIU, la stérilisation est préférable. Il est possible d'utiliser les instruments encore humides immédiatement après qu'ils ont refroidi, ou bien de les laisser sécher à l'air libre et de les ranger dans un récipient désinfecté et couvert pour utilisation dans les 24 heures.
- Pour les examens pelviens (speculum, toucher vaginal), il n'est pas nécessaire que les instruments soient absolument stériles ou désinfectés à haut niveau au moment de l'utilisation. Mais ils doivent être stérilisés ou désinfectés à haut niveau après chaque utilisation, et bien sûr entre chaque examen. Ils peuvent être entreposés et manipulés après leur stérilisation ou désinfection à haut niveau de façon à ce qu'ils restent propres, mais pas nécessairement absolument stériles. Avant utilisation ou rangement, faites sécher à l'air libre les instruments stérilisés ou désinfectés ou essuyez-les avec une serviette propre. Dans ce dernier cas, cette serviette ne doit être utilisée qu'à ce fin et remplacée chaque jour, ou plus souvent si nécessaire.

Il faut éviter de procéder à une désinfection chimique des aiguilles et des seringues, car il est difficile de les rincer convenablement et des résidus chimiques pourraient interférer avec les médicaments injectés.

Préparation et entreposage des solutions

- Le formaldéhyde est commercialisé sous forme de solution à 35-40 %. Diluez un volume de cette solution dans 4 volumes d'eau bouillie pour préparer une solution contenant 8 % de formaldéhyde. Ne le diluez pas dans de l'eau chlorée car cela peut produire une substance carcinogène (l'éther de bischlorométhyle).

- Les solutions au glutaraldéhyde sont disponibles sous forme de solutions aqueuses à 2 %. La plupart doivent être « activées » avant utilisation : il faut ajouter une poudre ou un liquide fourni(e) avec la solution, qui rend cette dernière alcaline. Suivez les instructions fournies par le fabricant.
- Pour plus d'informations sur la préparation d'une solution chlorée, reportez-vous à la section 4.1.

Remplacez les solutions chlorées quotidiennement et les solutions au formaldéhyde et au glutaraldéhyde toutes les deux semaines, ou plus souvent si elles se diluent ou deviennent troubles pendant l'utilisation.

4.4 Stérilisation

La stérilisation garantit la destruction de tous les micro-organismes, y compris les endospores bactériennes. Elle s'effectue à la chaleur (vapeur à haute pression ou chaleur sèche), ou à l'aide de produits chimiques (« stérilisation à froid »).

Une autre technique, pratiquée dans certains pays, est la stérilisation au gaz utilisant de l'oxyde d'éthylène. Mais ce dernier a des effets nocifs sur les êtres humains. Il est toxique, mutagène, inflammable, explosif et peut être cancérigène. Cette technique est en outre coûteuse, et donc à exclure par la majorité des programmes de SSR/planification familiale.

Une nouvelle technique utilisant le paraformaldéhyde a récemment été brevetée. Le paraformaldéhyde est transformé en vapeur par chaleur sèche dans un endroit clos pour désinfecter ou stériliser des objets. Ce procédé est utilisé pour la stérilisation des laparoscopes. Mais ce gaz est extrêmement toxique. La chaleur entraîne sa dilatation et il est difficile d'assurer les conditions de sécurité requises dans un établissement clinique. En conséquence, cette méthode n'est pas recommandée.

Stérilisation à la vapeur (dans un autoclave)

En général, la méthode employée pour stériliser les instruments et autres objets employés dans les centres de SSR/planification familiale et autres établissements médicaux est la vapeur saturante à haute pression. La stérilisation à la vapeur s'effectue de la manière suivante :

- La totalité des objets à stériliser doit être en contact avec la vapeur.
- La température doit être suffisamment élevée.
- Il faut respecter la durée de la stérilisation recommandée.

Les deux stérilisateurs à vapeur les plus couramment utilisés sont l'autoclave à écoulement de vapeur par gravité (*gravity displacement autoclave*) et l'autoclave à dépression (*pre-vacuum sterilizer*).

- *Les autoclaves à écoulement de vapeur par gravité* : Dans ce type d'autoclave, l'eau située au fond du stérilisateur est chauffée et transformée en vapeur. À mesure que la vapeur est produite et remplit l'intérieur de l'autoclave, l'air frais est expulsé à l'extérieur. Il est important d'expulser la totalité de l'air contenu dans l'autoclave pour obtenir une stérilisation complète. Ces autoclaves existent en différentes tailles : les modèles de grande taille (utilisés dans les hôpitaux), les modèles de taille intermédiaire (couramment utilisés dans les cliniques) et les modèles de petite taille. Il existe un stérilisateur de type « cocotte minute » qui peut être utilisé sur un brûleur au kérosène ou sur une plaque électrique. Utilisé pour les programmes d'immunisation, il a été modifié de façon que les instruments stériles puissent être employés pour l'insertion de DIU et pour l'insertion et le retrait d'implants.
- *Les stérilisateurs à dépression* : Ils sont dotés d'une pompe qui permet d'éliminer rapidement l'air contenu à l'intérieur de l'autoclave avant l'entrée de la vapeur. Cela réduit la durée totale du cycle, ainsi que les risques de formation de poches d'air. Ces stérilisateurs sont plus coûteux et d'un fonctionnement et d'un entretien plus complexes. Ils sont en général utilisés dans les grands hôpitaux.

En général, les cliniques de SSR/planification familiale utilisent des autoclaves à écoulement de vapeur par gravité. Les directives suivantes ne s'appliquent donc qu'à ce type d'autoclave.

Préparation des objets à stériliser

Afin d'assurer le bon fonctionnement de l'appareil, consultez le mode d'emploi fourni par le fabricant.

- Décontaminez, nettoyez et séchez tous les objets à stériliser.
- Enveloppez de gaze les bords coupants et les pointes d'aiguille. Les instruments tels que ciseaux, pinces hémostatiques et forceps doivent être en position ouverte, et les instruments comprenant plus d'une partie ou plusieurs parties qui s'emboîtent doivent être désassemblés.
- N'attachez pas les instruments ensemble à l'aide d'un élastique (ou équivalent), car cela empêcherait la vapeur d'entrer en contact avec certaines parties.

Si vous désirez envelopper les instruments à stériliser

Les instruments et autres objets peuvent être stérilisés enveloppés ou non. Si vous stérilisez des instruments enveloppés :

- Enveloppez les instruments et autres objets propres dans un linge en coton ou dans une double épaisseur de toile légère (type mousseline, contexture : 140), dans du papier d'emballage ou dans du papier journal avant de les passer à l'autoclave.

- Le matériau utilisé pour envelopper les objets à stériliser doit :
 - Être suffisamment grand pour envelopper complètement les objets.
 - Être convenablement plié pour assurer la protection des objets.
 - Être assez lâche pour permettre l'évacuation de l'air et la pénétration de la vapeur.
 - Permettre l'entreposage des objets à l'abri de toute atteinte extérieure et leur présentation aseptique à l'endroit de leur utilisation.
- Placez les instruments enveloppés sur des plateaux à mailles ou à fond perforé.
- Lorsque vous utilisez un récipient de type lessiveuse en guise d'autoclave, assurez-vous que :
 - Il n'est pas surchargé.
 - Les trous sont en position ouverte.

Chargement

- Ne surchargez pas l'appareil. Laissez suffisamment d'espace entre les objets pour assurer l'évacuation de l'air, ainsi que la pénétration puis l'évacuation correctes de la vapeur.
- Assurez-vous que tous les objets sont secs avant de procéder au chargement de l'appareil.
- Ne stérilisez pas les linges et les gants en même temps que les objets durs. Ils doivent être stérilisés séparément. Si ce n'est pas possible, placez les linges et/ou les gants sur la clayette supérieure et les objets durs sur la clayette inférieure. Cela empêchera les linges ou les gants de s'humidifier au contact de la condensation qui se forme sur les objets durs.
- Disposez les plateaux contenant les instruments enveloppés de sorte que les instruments soient bien répartis à l'intérieur de l'appareil : cela facilitera le drainage. Si le fond du plateau est muni de trous, installez-le à plat. Si le fond du plateau ne comporte pas de trous, inclinez-le sur le côté.
- Les ustensiles, bassines et plateaux doivent être en position verticale.
- Faites en sorte que les paquets de linge soient disposés à la verticale (et non pas à plat les uns sur les autres) : cela facilitera l'évacuation de l'air, la pénétration de la vapeur, puis son évacuation pour le séchage.
- Les objets ne doivent pas être en contact avec les parois car de la condensation pourrait se former et ils pourraient devenir humides, ou chauffer excessivement et brûler.
- Placez les petits objets dans des paniers stérilisables avant de les introduire dans le stérilisateur.

- Le poids des instruments emballés ne doit pas dépasser 8 kg. Le poids des bassines ne doit pas dépasser 3 kg. La taille des paquets de linge ne doit pas dépasser 30 x 30 x 50 cm et leur poids ne doit pas excéder 5 kg, sinon la pénétration de la vapeur n'est pas garantie.

Température, pression et durée du cycle de stérilisation

- La stérilisation doit s'effectuer à une température de 121 °C (250 °F) et à une pression de 106 kPa pendant 20 minutes (objets non enveloppés) ou 30 minutes (objets enveloppés). En cas de stérilisation conjointe d'objets enveloppés et non enveloppés, la durée du cycle est de 30 minutes. Commencez à minuter à partir du moment où la température et la pression requises sont atteintes.
- Une fois atteinte la durée requise, éteignez la source de chaleur et libérez la valve qui maintient la pression. Attendez que l'indicateur de pression indique 0 (cela prend entre 20 et 30 minutes) : vous éviterez ainsi que la vapeur s'échappe brutalement lors de l'ouverture du couvercle ou de la porte, et donc tout risque de brûlure pour la personne qui effectue l'opération.
- Lorsque l'indicateur de pression indique 0, entrouvrez la porte ou le couvercle de 12 à 14 cm. Tenez-vous en retrait lors de l'ouverture de la porte afin d'éviter tout risque de brûlure lorsque la vapeur s'échappera.

Si vous utilisez un autoclave de type « cocotte minute », amenez l'eau à ébullition sur un brûleur au kérosène ou sur une plaque électrique jusqu'à ce que de la vapeur s'échappe par la valve de surpression ; diminuez l'intensité de la source de chaleur de sorte que seul un filet de vapeur s'échappe par la valve. Assurez-vous que la vapeur ne s'échappe que par la valve de surpression, et non par la soupape de sûreté ou à la jointure du couvercle. Assurez-vous qu'il reste toujours de l'eau dans l'autoclave.

Déchargement

- Avant de retirer les objets, assurez-vous qu'ils sont complètement secs (comptez au moins 30 minutes après l'ouverture de la porte). Les paquets humides attirent les bactéries, les virus et les champignons présents dans l'air ambiant. Si des gouttelettes ou de l'humidité sont visibles sur les matériaux d'emballage au moment de la sortie de l'autoclave, on considère que la stérilisation n'est pas satisfaisante.
- Ne placez pas de plateau stérile sur une surface froide et n'empilez pas plusieurs plateaux les uns sur les autres tant qu'ils n'ont pas complètement refroidi, car de la condensation pourrait apparaître au-dessous ou entre les plateaux. Placez-les sur des surfaces recouvertes de papier ou de tissu.

Les objets emballés peuvent être entreposés jusqu'à 7 jours à condition qu'ils restent secs. Les objets non emballés doivent être utilisés immédiatement, ou placés dans un récipient stérile et hermétique : ils peuvent alors être utilisés dans les 7 jours qui suivent. Mais en cas d'ouverture du récipient stérile, ils doivent être utilisés dans les 24 heures.

Stérilisation à la chaleur sèche

Il est recommandé d'utiliser un stérilisateur commercial muni d'un ventilateur pour effectuer la stérilisation à la chaleur sèche, mais il est possible d'utiliser un four domestique ordinaire, électrique, à gaz, ou autre. La stérilisation à la chaleur sèche est idéale pour les aiguilles et les seringues réutilisables, car elle n'émousse pas autant les pointes et les parties tranchantes que le passage en autoclave. Elle convient tout particulièrement dans les climats humides car elle élimine les problèmes liés aux emballages humides. Cette technique constitue une option pour la stérilisation des objets métalliques ou en verre. Elle ne doit pas être utilisée pour la stérilisation de linge, de plastique ou de caoutchouc. Ces derniers risqueraient de brûler ou de fondre.

- Décontaminez, nettoyez et séchez tous les instruments à stériliser.
- Si nécessaire, enveloppez les instruments dans une toile de coton légère ou dans du papier d'aluminium. La température à l'intérieur du four ne doit pas dépasser 204 °C (399 °F) si vous utilisez de la toile de coton (de type mousseline). Si vous ne pouvez contrôler adéquatement la température, n'utilisez pas de mousseline.
- Stérilisez à 170 °C (340 °F) pendant une heure. Commencez à minuter une fois que la température du four atteint 170 °C. (La durée du cycle varie entre 2 heures et 2 heures 30 ; cette durée se décompose comme suit : installation des instruments dans le four, temps mis pour obtenir une température de 170 °C, une heure pour la stérilisation proprement dite, durée du refroidissement.)
- Les aiguilles et les instruments comportant des bords tranchants doivent être stérilisés à 160 °C (320 °F) pendant 2 heures (la durée totale du cycle varie entre 3 heures et 3 heures 30) car les températures élevées ont tendance à émousser les pointes et les parties tranchantes.
- Une fois qu'ils auront refroidi, retirez les instruments enveloppés : vous pourrez les entreposer jusqu'à 7 jours dans des récipients stérilisés et couverts (les objets non enveloppés doivent être retirés avec un forceps ou un instrument similaire stérile) ou les placer dans un récipient stérile et hermétique pour une utilisation dans les 7 jours. Mais en cas d'ouverture du récipient stérile, ils devront être utilisés dans les 24 heures.

Stérilisation chimique

La stérilisation chimique est aussi appelée « stérilisation à froid ». Pour la réaliser, on utilise des désinfectants tels que la glutaraldéhyde à 2 % et le formaldéhyde à 8 %. Le fait de laisser tremper les instruments dans ce type de solution pendant une longue période (de 10 à 24 heures) tue les endospores.

Attention : les vapeurs de ces deux produits chimiques irritent la peau, les yeux et les voies respiratoires. Le formaldéhyde est plus toxique, mais moins coûteux, que le glutaraldéhyde. Il faut les utiliser dans un endroit bien ventilé.

Indications

- Vous ne disposez pas du matériel nécessaire pour la stérilisation à la vapeur ou à la chaleur sèche.
- La stérilisation à la vapeur ou à la chaleur sèche endommagerait les instruments (par ex. laparoscope).

Procédure

- Portez des gants ménagers épais.
- Décontaminez, nettoyez et séchez tous les objets à stériliser.
- Utilisez un récipient propre muni d'un couvercle. Ouvrez les instruments comportant des jointures tels que ciseaux et forceps et désassemblez les instruments comportant plusieurs parties. Recouvrez entièrement les instruments de la solution.
- Laissez tremper les instruments dans une solution de glutaraldéhyde à 2 % pendant au moins 10 heures ou dans une solution de formaldéhyde à 8 % pendant au moins 24 heures.
- Retirez les instruments de la solution avec un forceps ou un instrument similaire stérile.
- Rincez abondamment à l'eau stérile car les deux produits chimiques laissent un dépôt sur les instruments traités. N'utilisez pas d'eau bouillie, car elle ne permet pas une désactivation systématique des endospores et peut contaminer de nouveau les instruments stériles.
- Pour les opérations telles que la stérilisation masculine ou féminine, l'insertion ou le retrait d'implants et l'insertion de DIU, il est possible d'utiliser les instruments encore humides immédiatement après qu'ils ont refroidi, ou bien de les laisser sécher à l'air libre et de les ranger dans un récipient désinfecté et couvert pour utilisation dans les 24 heures.
- Pour les examens pelviens (speculum, toucher vaginal), il n'est pas nécessaire que les instruments soient absolument stériles ou désinfectés à haut niveau au moment de l'utilisation. Mais ils doivent être stérilisés ou désinfectés à

haut niveau après chaque utilisation, et bien sûr entre chaque examen. Ils peuvent être entreposés et manipulés après leur stérilisation ou désinfection à haut niveau de façon à ce qu'ils restent propres, mais pas nécessairement absolument stériles. Avant utilisation ou rangement, faites sécher à l'air libre les instruments stérilisés ou désinfectés ou essuyez-les avec une serviette propre. Dans ce dernier cas, cette serviette ne doit être utilisée qu'à cette fin et remplacée chaque jour, ou plus souvent si nécessaire.

5 Traitement d'objets spécifiques

5.1 Dessus de table ou autre surface de grande taille pour l'examen pelvien

- Lavez chaque jour avec de l'eau et du détergent. Assurez-vous qu'il ne reste aucun résidu organique.
- Chaque fois que des fluides corporels (par ex. du sang) entrent en contact avec la table, décontaminez et nettoyez après chaque examen en essuyant avec un chiffon imbibé d'une solution chlorée à 0,5 %, puis lavez.

5.2 Linges pour opérations chirurgicales (bonnets, masques, blouses et compresses)

- Portez des gants pour manipuler les linges souillés.
- Décontaminez en laissant tremper tous les linges dans une solution décontaminante (voir section 4.1).
- Lavez à l'eau et au détergent.
- Faites sécher à l'air libre ou en machine.

Aucune autre mesure n'est nécessaire pour les bonnets et les masques.

- Une fois qu'ils sont complètement secs, vérifiez que les blouses et les champs opératoires ne sont pas troués. Si vous apercevez des trous, il faut les réparer avant l'utilisation suivante ou vous débarrasser de l'article troué.
- Enveloppez le linge dans deux doubles épaisseurs de toile de coton (de type mousseline, texture : 140) ou dans deux épaisseurs de papier journal. **La taille des paquets de linge ne doit pas excéder 30 x 30 x 50 cm et leur poids ne doit pas dépasser 5 kg, sinon la pénétration de la vapeur n'est pas garantie.** Une autre solution consiste à placer le linge non enveloppé à l'intérieur de l'autoclave.
- Procédez à la stérilisation en autoclave.

- Il est possible de conserver à l'intérieur de l'autoclave pendant une semaine avant utilisation le linge enveloppé dans de la toile de coton ou du papier, ainsi que le linge non enveloppé placé directement dans l'autoclave. Toutefois, si le tambour contenant le linge non enveloppé est ouvert, ce linge devra être utilisé dans les 24 heures. Rangez le linge stérile dans un endroit sec de préférence dans un placard ou dans un réceptacle prévu à cet effet. Afin de protéger le linge, ne le rangez pas à proximité de zones où l'on passe fréquemment la serpillière, ni à proximité d'un évier.

Si le linge devient humide ou s'il n'a pas été utilisé dans la semaine qui suit, il doit de nouveau être stérilisé en autoclave.

5.3 Gants (en caoutchouc ou en plastique)

Pour les opérations chirurgicales

Il est préférable d'utiliser des gants stériles pour les opérations invasives (par exemple : stérilisation, insertion ou retrait d'implants). Si vous ne disposez pas de gants stériles, la seule autre option acceptable consiste à utiliser des gants ayant subi une désinfection de haut niveau.

N'utilisez pas de poudre lorsque vous enflez des gants stériles ou ayant subi une désinfection de haut niveau, car les minuscules granulés (talc) tombés sur le site d'insertion/incision peuvent causer une réaction fibreuse.

Pour les opérations non invasives

Il n'est pas nécessaire d'utiliser des gants stériles ou désinfectés pour réaliser les opérations non invasives (par exemple : examen pelvien, technique sans toucher pour l'insertion ou le retrait de DIU). Des gants neufs, non stériles, pour une utilisation unique (jetables) conviennent. Toutefois, **si vous utilisez des gants réutilisables il est nécessaire de leur faire subir une stérilisation ou une désinfection de haut niveau après chaque opération afin d'éviter les infections croisées.** Vous pouvez alors ranger ces gants de sorte qu'ils restent propres, mais pas nécessairement stériles ni désinfectés.

Traitement des gants réutilisables

- Après une procédure clinique, il est nécessaire de décontaminer les gants dans une solution chlorée à 0,5 %.
- Lavez à l'eau et au détergent.
- Rincez à l'eau claire et vérifiez que les gants ne sont pas troués en les remplissant d'eau et en recherchant une éventuelle fuite.

Stérilisation

Le moyen le plus pratique de stériliser des gants consiste à les passer en autoclave.

- Faites sécher l'intérieur et l'extérieur des gants et repliez les manchettes de sorte que les gants stérilisés puissent être enfilés sans contamination. Glissez de la gaze à l'intérieur de chaque gant et sous le pli de la manchette de sorte que la vapeur entre en contact avec la totalité du gant pendant la stérilisation et pour empêcher que certaines parties n'adhèrent les unes aux autres.
- Enveloppez les gants dans une double épaisseur de toile de coton (type mousseline, texture : 140), dans du papier d'emballage ou dans du papier journal. Si vous utilisez une lessiveuse, ne placez pas trop de gants à l'intérieur.
- Stérilisez à la vapeur en suivant les instructions fournies à la section 4.4.
- N'utilisez pas les gants dans les 24 à 48 heures qui suivent la stérilisation, afin qu'ils retrouvent leur élasticité.

Désinfection de haut niveau (DHN)

Pour obtenir une DHN, plongez les gants dans l'eau bouillante.

- Après désinfection, retirez les gants de l'eau à l'aide d'un forceps désinfecté et secouez-les pour en éliminer les gouttes. Ne laissez jamais des gants qui ont bouilli dans de l'eau qui n'est plus en ébullition. À mesure que l'eau refroidit, de la condensation se produit et des particules d'air et de poussière risquent de pénétrer dans le récipient et de contaminer les gants.
- Placez les gants dans un réceptacle désinfecté. Couvrez-le et laissez refroidir avant utilisation.
- Utilisez un forceps désinfecté pour sortir les gants du réceptacle.
- Pour les opérations invasives, utilisez les gants humides immédiatement. Ne les rangez pas, car il est difficile d'éviter la contamination pendant le séchage.
- Les gants destinés à être utilisés pour des procédés d'exploration non invasifs et qui ne doivent pas nécessairement demeurer désinfectés peuvent être séchés à l'aide d'une serviette propre utilisée uniquement à cette fin et remplacée quotidiennement, ou plus souvent si nécessaire. Ces gants peuvent être rangés dans un réceptacle propre.

5.4 Instruments utilisés pour les examens pelviens

Il n'est pas nécessaire que les instruments employés pour l'examen pelvien soient stériles ou désinfectés au moment de leur utilisation. Toutefois, ces instruments doivent être stérilisés ou désinfectés après chaque utilisation.

- Décontaminez et nettoyez (voir sections 4.1 et 4.2).
- Stérilisez ou désinfectez (voir sections 4.3 et 4.4). Si vous procédez à une désinfection, séchez les instruments avant de les utiliser ou de les ranger.

- Ils doivent être entreposés et manipulés de façon qu'ils restent propres, mais pas nécessairement stériles ou désinfectés.

5.5 Instruments utilisés pour la stérilisation masculine et féminine (à l'exception du laparoscope) l'insertion et le retrait d'implants et la pose de DIU

- Décontaminez et nettoyez (voir sections 4.1 et 4.2).
- La stérilisation est recommandée (voir section 4.4).
- S'il ne vous est pas possible de les stériliser, il est impératif de procéder à une désinfection de haut niveau en les faisant bouillir ou en ayant recours à une méthode chimique (voir section 4.3). Si les instruments sont désinfectés, utilisez-les encore humides immédiatement après qu'ils ont refroidi, ou laissez-les sécher à l'air libre et rangez-les dans un réceptacle désinfecté et couvert pour utilisation dans les 24 heures.

5.6 Endoscope (laparoscope)

Nettoyez le matériel endoscopique immédiatement après utilisation.

- Enfilez des gants ménagers, désassemblez et placez toutes les parties dans une bassine remplie d'un mélange d'eau propre et de détergent doux et non abrasif. Lavez toutes les surfaces externes en utilisant un chiffon de coton doux. Nettoyez les canaux internes à l'aide de la brosse de nettoyage fournie avec le laparoscope.
- Rincez abondamment à l'eau afin d'éliminer toute trace de détergent, qui risquerait d'interférer avec la désinfection ou la stérilisation chimique.
- Faites sécher à l'air libre ou utilisez une serviette sèche (l'eau présente sur les instruments humides aurait pour effet de diluer les produits chimiques utilisés pour la désinfection ou la stérilisation).

Après nettoyage, le laparoscope peut être désinfecté ou stérilisé chimiquement. En règle générale, il suffit, entre deux utilisations le même jour ou pendant la même session de travail, de procéder à une DHN. Il est recommandé de procéder à une stérilisation à la fin de la journée ou de la session de travail.

- Pour désinfecter chimiquement, faites tremper pendant 20 minutes dans du glutaraldéhyde à 2 % ou du formaldéhyde à 8 %.
- Pour stériliser, laissez tremper pendant 10 heures dans une solution de glutaraldéhyde à 2 % ou 24 heures dans une solution de formaldéhyde à 8 %.

S'il ne vous est pas possible d'effectuer une stérilisation à la fin de la journée, nettoyez le laparoscope et lavez le canal intérieur avec de l'alcool pour faciliter

le séchage. Rangez-le jusqu'au jour où vous l'utiliserez de nouveau : il devra alors être désinfecté chimiquement avant utilisation.

5.7 Aiguilles et seringues

Dans l'idéal, il faut utiliser des aiguilles et des seringues jetables. Il ne faut pas les traiter et les réutiliser de nouveau. Vous devez vous en débarrasser après la première utilisation (voir section 8.5).

Toutefois, dans le cadre de certains programmes, il est difficile d'obtenir un approvisionnement régulier en seringues et aiguilles jetables, et les prestataires doivent avoir recours aux modèles réutilisables.

Traitement des seringues réutilisables et des aiguilles réutilisables

- Portez des gants ménagers.
- Décontaminez immédiatement après utilisation :
 - Assemblez les seringues et les aiguilles et trempez-les dans une solution chlorée à 0,5 % pendant 10 minutes ;
 - Rincez en remplissant 3 fois d'eau propre.
- Désassemblez, puis lavez à l'eau et au détergent de façon à éliminer toutes les particules.
- Rincez à l'eau.
- Avant de procéder à la stérilisation, laissez sécher les seringues à l'air libre ou utilisez une serviette et laissez sécher les aiguilles à l'air libre. Si le procédé de désinfection employé est l'eau bouillante, le séchage n'est pas nécessaire.
- Stérilisez les seringues en verre à la chaleur sèche ou en autoclave (pour plus de détails, reportez-vous à la section 4.4).
- S'il ne vous est pas possible de procéder à la stérilisation, désinfectez à l'eau bouillante (pour plus de détails, reportez-vous à la section 4.3).

5.8 Entreposage des instruments

- Si un réceptacle (boîte, récipient, etc.) est contaminé par du sang ou des fluides corporels, décontaminez-le en le laissant tremper pendant 10 minutes dans une solution chlorée à 0,5 % et rincez-le immédiatement après décontamination.
- Lavez-le avec de l'eau et du détergent, en prenant soin d'enlever toutes les particules.
- Stérilisez à la chaleur sèche ou à l'autoclave, OU
- Désinfectez :

- Faites bouillir le récipient et le couvercle.
- Si le récipient est trop grand, désinfectez-le chimiquement en le remplissant d'une solution chlorée à 0,5 % que vous laisserez agir pendant 20 minutes.
- Stérilisez ou désinfectez de nouveau chaque semaine, ou dès que le récipient est vide ou contaminé.

5.9 Eau

Désinfection de haut niveau (DHN)

Il est possible de désinfecter de l'eau en la faisant bouillir. Si elle contient un grand nombre d'impuretés, il est préférable de la filtrer au préalable. On peut avoir besoin d'eau bouillie pour rincer des instruments ayant subi une DHN chimique.

6 Entreposage du matériel stérile ou désinfecté

Le matériel stérilisé ou désinfecté doit être entreposé dans un placard ou dans des réceptacles couverts afin qu'il soit protégé de l'humidité, de la poussière et d'éventuels débris. Le lieu d'entreposage doit être d'un accès facile, mais à l'écart de la circulation du matériel contaminé et des personnes qui ne sont pas impliquées dans la préparation ou la manipulation de l'équipement ou du matériel. Il doit également se trouver à l'écart de la zone où le matériel contaminé est nettoyé et préparé en vue de la stérilisation ou de la désinfection.

- Attendez que les emballages contenant des instruments stérilisés ou désinfectés soient à température ambiante avant de les entreposer (cela prend en général une heure).
- Ne recouvrez pas de housses de plastique antipoussière des emballages encore chauds. L'humidité qui y serait enfermée y demeurerait jusqu'à l'ouverture.
- Si l'emballage tombe par terre, s'il est déchiré ou s'il devient humide, considérez qu'il est contaminé.
- Inscrivez la date limite d'utilisation, le détail du contenu et le nom de la personne qui a stérilisé ou désinfecté le matériel sur les emballages et sur les réceptacles utilisés pour entreposer des instruments stériles ou désinfectés. Vous pouvez entreposer des emballages et des réceptacles (tambours) stériles pendant une semaine.
- N'entrezposez pas les emballages et réceptacles contenant des instruments stériles sur le sol.
- Traitez de nouveau les objets qui n'ont pas été utilisés dans la semaine

suivant la stérilisation ou la désinfection. Le linge doit être humide avant tout nouveau passage dans l'autoclave. Il est nécessaire de l'humidifier de nouveau, car les fibres desséchées diminuent la capacité du tissu de former une barrière contre les micro-organismes.

- Si des articles stériles ou désinfectés sont acheminés depuis une source d'approvisionnement centrale vers les divers secteurs de prestation de services d'un établissement de grande taille, depuis un secteur de prestation de services vers un autre, ou s'ils sont utilisés dans des cliniques mobiles, recouvrez-les correctement pendant le transport.
- Retirez le matériel des cartons et des boîtes avant de l'entreposer avec d'autres instruments stériles ou de l'acheminer vers la salle d'opération. Les cartons disséminent de la poussière et des débris, et il arrive que des insectes se trouvent à l'intérieur.
- Utilisez immédiatement les instruments non emballés ou placez-les dans un réceptacle hermétique stérile ou ayant subi une DHN : vous pourrez alors les utiliser dans la semaine qui suit. Toutefois, dès que le réceptacle est de nouveau ouvert, tous les articles qu'il contient doivent être utilisés dans les 24 heures. Sinon, ils doivent subir une stérilisation ou une DHN.

7 Précautions à prendre pendant les interventions

7.1 Lavage des mains

Le meilleur moyen de prévenir les infections consiste sans doute à se laver les mains.

Indications

- Avant et après examen d'un(e) client(e), en particulier en cas de contact avec une muqueuse.
- Avant d'enfiler des gants stériles ou ayant subi une désinfection de haut niveau pour une intervention chirurgicale (procéder à un brossage des mains de type chirurgical).
- Après avoir retiré les gants, en raison de la présence éventuelle de trous ou de déchirures invisibles.
- Après avoir manipulé des objets contaminés, tels que des instruments utilisés (souillés), (bien que des gants doivent être utilisés).
- Lorsque vous avez touché accidentellement du sang ou d'autres fluides corporels (par exemple lorsque vous collectez des spécimens de laboratoire).

Le personnel chargé de pratiquer des injections doit avoir les mains propres, mais il n'est pas toujours nécessaire de se laver les mains entre deux injections.

Assurez-vous que les articles suivants sont toujours disponibles :

- *Savon* : Utilisez du savon ordinaire pour un lavage de mains courant. Si du savon solide est utilisé, fournissez de petits blocs que vous placerez sur des égouttoirs à savon. En effet, les micro-organismes se multiplient à l'humidité et dans l'eau immobile.
- *À l'eau courante propre* : Si vous ne disposez pas de l'eau courante, servez-vous d'un seau avec un robinet ou d'un seau et d'un broc. Si l'eau dont vous disposez n'est pas propre, filtrez-la à travers un torchon ou faites-la bouillir.
- *Élimination des eaux usées* : Si vous ne disposez pas d'un système d'évacuation, recueillez les eaux usées dans une bassine et jetez-les dans les toilettes.
- *Serviettes propres et sèches.*

Pour un brossage des mains de type chirurgical, les articles suivants sont également requis :

- Serviettes stériles.
- Cure-ongles ou brosse pour le dessous des ongles.
- Brosse douce ou éponge pour nettoyer la peau.
- Savon antiseptique.

Technique

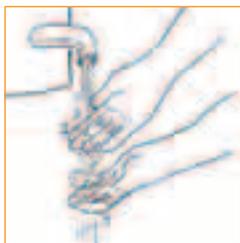
Pour les procédures non chirurgicales [examen d'un(e) client(e), examen pelvien, insertion ou retrait de DIU] :

- Lavez-vous les mains brièvement au savon ordinaire pendant 15 à 30 secondes ; puis rincez-les à l'eau courante. Séchez-vous les mains avec une serviette propre, au séchoir à mains ou à l'air libre. Les serviettes utilisées par plusieurs personnes sont rapidement contaminées.

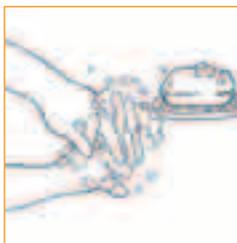
Pour les procédures chirurgicales (laparoscopie, minilaparotomie, vasectomie, insertion et retrait d'implants) :

- Ôtez tous vos bijoux, ainsi que votre montre.
- Lavez-vous les mains avec un savon antiseptique pendant 3 à 5 minutes.
 - Nettoyez vos ongles avec une brosse ou un cure-ongles.
 - Frottez vos mains avec une brosse douce ou une éponge. Commencez par

Figure 15.2 : Lavage des mains pour les procédures non chirurgicales



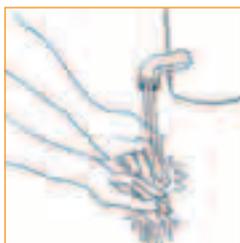
Passez-vous les mains sous l'eau.



Frottez-les l'une contre l'autre avec du savon en l'étalant bien et en prenant soin de frictionner la totalité des mains.



Emboîtez vigoureusement les uns dans les autres les doigts des deux mains et faites un mouvement de va-et-vient doigts joints pendant 15 à 30 secondes (davantage si les mains sont visiblement souillées).



Rincez vos mains sous l'eau courante propre jusqu'à ce que tout le savon ait disparu.



Séchez vos mains avec une serviette sèche ou laissez-les sécher à l'air libre.

l'extrémité des doigts, nettoyez entre les doigts et remontez vers le coude.

- Procédez de même pour l'autre main.
- Rincez chaque bras séparément, en commençant par l'extrémité des doigts et en tenant les mains au-dessus du niveau des coudes afin d'éviter que l'eau coule depuis les coudes vers les mains.
- Séchez-vous les mains avec une serviette stérile.
- Après vous être lavé les mains, tenez-les en l'air (au-dessus de la taille).
- Si vos mains entrent en contact avec un objet non stérile avant que vous ayez enfilé des gants, procédez à un nouveau nettoyage. Toutefois, si cela se produit une fois que vous avez enfilé les gants, contentez-vous de changer de gants.

Si vous ne disposez pas de savon antiseptique, lavez-vous les mains au savon ordinaire et à l'eau, puis frottez-les pendant deux minutes avec une solution à l'alcool contenant un émollient. L'alcool doit avoir séché pour que l'effet antiseptique fonctionne. Cette procédure est particulièrement indiquée pour le personnel souffrant d'allergies aux antiseptiques ou aux détergents.

Cette solution peut être préparée en ajoutant 2 ml de glycérine, de propylèneglycol ou de sorbitol à 100 ml d'alcool à 60 % ou à 90 %.

7.2 Traitement des gants

L'ensemble du personnel doit porter des gants avant tout contact avec du sang ou des fluides corporels, que ce soit durant les soins dispensés à un/une client(e) ou lors de la manipulation d'équipements ou de matériel contaminés. Il existe des gants en latex ou en matériaux synthétiques tel que le vinyle. Les gants en vinyle sont moins résistants et se déchirent plus facilement que les gants en latex, mais lorsque l'on ne dispose pas de gants en latex, on peut les utiliser pour les procédures non invasives.

Indications

Gants stériles : Il est préférable d'employer des gants stériles pour les opérations chirurgicales.

Gants désinfectés : Lorsqu'on ne dispose pas de gants stériles, on peut utiliser les gants désinfectés encore humides, juste après désinfection, pour des opérations chirurgicales.

Gants non stériles : On peut utiliser des gants propres non stériles pour des interventions non chirurgicales telles que :

- Insertion de DIU (quand la technique sans toucher est utilisée).
- Retrait de DIU.

Figure 15.3 : Comment enfiler des gants chirurgicaux



Préparez une vaste surface propre et sèche pour ouvrir le sachet de gants. Vous pouvez alors soit ouvrir le sachet et procéder à un brossage chirurgical, soit effectuer un brossage chirurgical et demander à quelqu'un d'ouvrir le sachet de gants pour vous.



Sortez alors les gants de leur emballage individuel, paumes vers le haut.



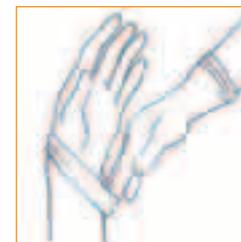
Saisissez le premier gant par la manchette, en ne touchant que la partie intérieure de la manchette (c'est en effet l'intérieur qui sera au contact de votre peau une fois le gant enfilé).



Tout en tenant la manchette d'une main, glissez l'autre main dans le gant. (Si vous pointez les doigts vers le sol, ils resteront écartés.) Ne touchez rien, et tenez les gants à la hauteur de votre ventre.



Prenez le deuxième gant en glissant les doigts de la main déjà gantée sous la manchette du deuxième gant. Prenez garde de ne pas contaminer la main gantée avec l'autre main au moment où vous enfiler le deuxième gant.



Mettez en place le deuxième gant en glissant les doigts de la main déjà gantée sous la manchette du deuxième gant. Prenez garde de ne pas contaminer la main gantée avec l'autre main au moment où vous enfiler le deuxième gant.

- Examen pelvien.

On peut utiliser des gants non stériles jetables ou des gants réutilisables. Si des gants réutilisables sont employés pour les interventions mentionnées ci-dessus, il est nécessaire de les stériliser ou de les désinfecter entre les clients afin d'éviter les infections croisées. Toutefois, il n'est pas nécessaire qu'ils soient encore stériles ou désinfectés au moment de l'utilisation.

Pour plus de détails à propos des procédures de désinfection et de stérilisation, reportez-vous aux sections 4.3 et 4.4.

Gants ménagers

Ces gants de caoutchouc épais sont spécialement conçus pour résister à un usage fréquent et intensif. En général, ils sont peu coûteux. Ils sont souvent utilisés pour des travaux ménagers.

Indications

- Manipulation d'instruments déjà utilisés (décontamination, transport, nettoyage).
- Nettoyage de taches de sang ou de fluides corporels.
- Manipulation d'objets destinés à être jetés.

N'utilisez pas de gants craquelés, usés, ou visiblement percés ou déchirés.

7.3 Procédures à respecter pour les injections

- Nettoyez-vous soigneusement les mains à l'eau et au savon.
- Utilisez de préférence une aiguille et une seringue à utilisation unique (jetables). Si c'est impossible, vous pouvez utiliser ou une aiguille et une seringue réutilisables à condition qu'elles aient été convenablement stérilisées ou désinfectées par ébullition.
- Si vous utilisez une aiguille et une seringue bouillies, enlevez l'aiguille et la seringue du récipient couvert avec un forceps (ou un instrument équivalent) sec et désinfecté.
- Changez d'aiguille et de seringue pour chaque client(e). Le fait de ne changer que d'aiguille, mais pas de seringue, entre les clients peut entraîner la transmission d'une infection (hépatite B, VIH et autres).
- Chaque fois que c'est possible, utilisez une ampoule à dose unique. Si vous employez une ampoule contenant plusieurs doses :
 - Évitez de laisser la même aiguille insérée dans le capuchon de l'ampoule

pour plusieurs utilisations. Cette pratique dangereuse favorise l'entrée de micro-organismes dans l'ampoule et la contamination du fluide entre deux utilisations.

- Essayez le haut de l'ampoule avec un morceau de coton imbibé d'alcool à 60 % ou à 90 % et laissez sécher avant d'extraire chaque dose.
- Faites pénétrer le fluide dans la seringue. Utilisez l'aiguille que vous emploieriez pour l'injection.

8 Environnement

Il est important de freiner le développement des microbes et la contamination à l'intérieur de la clinique, en particulier dans les zones suivantes :

- *Lieux où sont pratiquées les interventions suivants* : examen des clients, insertion/retrait de DIU, insertion/retrait d'implants, vasectomie.
- *Salles d'opération* : lieux où sont pratiquées les minilaparotomies, les laparoscopies, et autres opérations de chirurgie ambulatoire.
- *Zones de travail* : lieux où les instruments, le linge, les gants et autres équipements sont nettoyés, désinfectés ou stérilisés, et entreposés.

Pour ce faire :

- Veillez à ce que ces lieux soient toujours propres.
- Évitez les passages trop nombreux.
- Appliquez les consignes de sécurité appropriées lors de la manipulation et de l'élimination des déchets.

8.1 Nettoyage des zones d'activité

Le nettoyage de la plupart des zones d'activité s'effectue à l'eau et au détergent.

Pour les salles d'opération, les zones dont vous présumez qu'elles sont fortement contaminées (comme les toilettes) et les sites où demeurent des traces de sang ou de fluides corporels, il faut également employer une solution désinfectante pour procéder au nettoyage.

Voici comment préparer une solution désinfectante :

- Ajoutez suffisamment de détergent liquide à une solution chlorée à 0,5 % pour obtenir une solution savonneuse non abrasive.

Attention : N'utilisez pas de solution nettoyante ou de détergent qui contient un acide (par exemple l'acide phosphorique), de l'ammoniaque ou du chlorure

d'ammonium : en effet, lorsqu'ils sont mélangés à une solution chlorée, ces composés produisent des gaz qui peuvent créer des malaises temporaires chez les personnes qui y sont exposées.

Directives générales

- Portez toujours des gants ménagers, surtout pour nettoyer des zones fortement contaminées, telles que les toilettes, les taches de sang, et les fluides corporels. Si vous ne disposez pas de gants, enfiler vos mains dans un sac en plastique, ou évitez tout contact direct.
- Un bon récurage est le meilleur moyen d'ôter la saleté et les micro-organismes.
- Pour les murs, les sols et les couloirs, utilisez un chiffon humide ou une serpillière. Évitez de balayer à sec car cela aura pour effet de disséminer la poussière et les micro-organismes dans l'air et sur les surfaces propres.
- Utilisez un matériel distinct (brosses, chiffons) pour les salles d'opération.
- Utilisez également un matériel distinct (brosses, chiffons) pour les zones qui sont probablement contaminées (par exemple les toilettes).
- Changez les solutions nettoyantes lorsqu'elles sont sales.
- Nettoyez et séchez les serpillières et les chiffons après chaque utilisation.
- Lorsque vous nettoyez, commencez par le haut et finissez par le bas de sorte que les débris qui tombent sur le sol soient nettoyés en dernier.

Ne pratiquez pas la désinfection par fumigation avec du formol pour réduire la contamination microbienne de surfaces telles que murs, plafonds et sols. La fumigation avec du formol ou d'autres produits chimiques est inefficace et produit des vapeurs toxiques. De plus, cette pratique demande du temps (24 heures), ce qui rend des zones d'activités telles que les salles d'opération ou de traitement inutilisables. Le récurage à l'eau et au savon est une méthode sûre, rapide et efficace de réduire la contamination microbienne de ces surfaces.

Nettoyage des zones non chirurgicales

Murs, plafonds, mobilier et matériel

Pour les zones telles que les salles d'examen et de traitement, les laboratoires, etc., il suffit de nettoyer les murs et les plafonds avec un chiffon humide tout les mois. Les chaises, les lampes, le dessus des tables et les paillasses doivent être nettoyés quotidiennement. Toute surface ou pièce de mobilier ou d'équipement particulièrement sale doit être nettoyée à l'eau et au détergent. Lorsqu'une contamination est possible, par exemple si vous apercevez des taches de sang, utilisez un désinfectant (solution chlorée à 0,5 %).

Sols

Nettoyez les sols au moins deux fois par jour (ou plus si nécessaire) avec une serpillière humide, de l'eau et du détergent. Lorsqu'une contamination est possible, par exemple si vous apercevez des taches de sang, utilisez un désinfectant (solution chlorée à 0,5 %).

Éviers

Utilisez une solution désinfectante. Récurvez quotidiennement ou plus souvent si nécessaire avec un chiffon ou une brosse que vous n'utiliserez que pour les éviers. Rincez à l'eau.

Toilettes et latrines

Portez des gants. Nettoyez quotidiennement ou plus souvent si nécessaire avec une solution désinfectante. Utilisez un chiffon ou une brosse réservés à cet usage.

Récipients à déchets

Portez des gants. Utilisez des solutions désinfectantes. Récurvez pour ôter toute trace de saleté ou de matière organique. Nettoyez les récipients contaminés chaque fois que vous les videz. Nettoyez les récipients non contaminés au moins une fois par semaine ou plus souvent s'ils vous paraissent sales. Utilisez une brosse munie d'un manche pour éviter de vous blesser au cas où des matériaux coupants se trouveraient à l'intérieur du récipient.

Nettoyage des salles d'opération

Nettoyage quotidien

Au début de chaque journée de travail, nettoyez toutes les surfaces horizontales (tables, éclairages, chariots, etc.) avec un chiffon humide afin d'ôter la poussière qui s'y est déposée pendant la nuit.

À la fin de chaque journée de travail, récurvez toutes les surfaces :

- Nettoyez toute trace de saleté visible sur les murs et les plafonds avec un chiffon humide trempé dans un mélange d'eau et de détergent.
- Nettoyez les éclairages, les chaises, les éviers, les dessus de tables, les paillasses avec un chiffon humide et une solution désinfectante.
- Décontaminez le dessus des tables d'opération avec une solution chlorée à 0,5 %. Nettoyez les côtés, le dessous, le socle et les pieds avec un chiffon humide et une solution désinfectante.
- Nettoyez les sols avec une serpillière humide, du détergent et de l'eau.

Évitez de balayer ou de passer une serpillière sèche dans les salles d'opération. Cela a pour effet de soulever la poussière, les débris et les micro-organismes, qui contaminent alors les surfaces propres.

Entre deux interventions :

- Décontaminez systématiquement la table d'opération, le chariot sur lequel sont posés les instruments et toute autre surface potentiellement contaminée avec un chiffon humidifié avec une solution chlorée à 0,5 %, puis rincez à l'eau propre.
- Nettoyez les taches de sang ou de fluides corporels avec une solution chlorée à 0,5 %. Pour les taches importantes, aspergez avec une solution chlorée à 0,5 %, passez la serpillière, puis nettoyez à l'eau et au détergent.

Nettoyage du matériel de nettoyage souillé et contaminé

- Portez des gants ménagers.

8.2 Circulation des personnes

Zones où sont pratiqués examens et interventions non chirurgicales

- En toute circonstance, limitez l'accès au personnel autorisé et aux clients.
- Fermez les portes et tirez les rideaux au cours de toute procédure.

Zones où sont pratiquées les interventions chirurgicales

- Les salles d'opération doivent être situées à l'écart des zones de la clinique où circulent régulièrement les membres du personnel et les clients.
- Fermez toutes les portes de la salle d'opération et de la zone d'appui chirurgical.

Lorsqu'elle n'est pas utilisée, une salle d'opération doit être fermée à clef. Ne vous en servez jamais comme d'un lieu d'entreposage.

- En toutes circonstances, seuls les membres du personnel autorisés et les patients peuvent y accéder.
- Chaque fois que c'est possible, obtenez des membres du personnel qui pénètrent dans la zone d'intervention chirurgicale qu'ils passent par le vestiaire.
- Le personnel doit porter une blouse chirurgicale, un bonnet, des protections

pour les chaussures ou des chaussures qui n'ont pas été portées en dehors de la zone d'intervention chirurgicale.

- Pendant les interventions chirurgicales, n'autorisez l'accès qu'aux personnes qui participent à l'intervention et limitez le nombre de stagiaires présents.
- Limitez au strict minimum le nombre de personnes présentes et leurs mouvements.

8.3 Zones de traitement des instruments et autres objets

- Ne laissez entrer que le personnel autorisé.
- Séparez la zone de nettoyage des instruments de la zone de travail propre par un mur et une porte, ou par un écran. Si ce n'est pas possible, la zone de nettoyage des instruments doit être bien à l'écart de celle où il est procédé à la stérilisation et à la désinfection.
- Les objets sales ne doivent jamais se trouver à proximité d'objets propres et ayant subi un traitement complet.

Zones de nettoyage des instruments : matériel nécessaire

- Une paillasse où déposer les objets utilisés (sales).
- Idéalement, deux éviers (un pour nettoyer et un autre pour rincer) avec accès adéquat à de l'eau propre.
- Une paillasse où déposer les objets propres.

Zones où sont effectuées la stérilisation et la désinfection : matériel nécessaire

- Une grande table de travail.
- Des étagères où déposer les objets propres et emballés.
- Un autoclave ou un four à air chaud, un récipient où faire bouillir les instruments et/ou les produits nécessaires à la désinfection ou à la stérilisation chimiques.

NOTE : Pour les directives relatives à l'entreposage du matériel stérile ou désinfecté, reportez-vous à la section 6.

8.4 Transport des objets propres, désinfectés, stériles et souillés

- Conservez les instruments propres, désinfectés et stériles à l'écart du matériel souillé et des déchets. (Ne les transportez pas ni ne les entreposez ensemble).
- Lorsque vous transportez les instruments, le matériel et le linge désinfectés

et stériles jusqu'aux salles d'examen et d'opération, couvrez-les pour empêcher toute contamination.

- Lorsque des fournitures sont apportées en zone d'intervention chirurgicale, la personne qui les apporte doit se tenir à l'extérieur et les passer à une personne qui se trouve à l'intérieur.
- Déballez les fournitures avant de les apporter en salle d'examen ou d'opération, dans une zone où se pratiquent la stérilisation ou la désinfection, ou dans un lieu d'entreposage. Les cartons d'emballage répandent de la poussière, abritent parfois des insectes et risquent de contaminer ces zones.
- Transportez les fournitures et les instruments souillés (utilisés) jusqu'à la zone de nettoyage dans des seaux couverts et dépourvus de fuites.

8.5 Élimination des déchets

Les déchets en provenance des cliniques de SSR/planification familiale et autres centres médicaux peuvent être contaminés par des matériaux organiques susceptibles d'être porteurs d'organismes qui risquent d'infecter les personnes qui les manipulent et constituent un risque pour la communauté dans son ensemble. Il faut appliquer des mesures de sécurité adéquates au moment de l'élimination de tels déchets. La population avoisinante est exposée car elle peut entrer en contact avec eux ; les enfants peuvent les ramasser dans les décharges ; il se peut même que des adultes les utilisent ou les revendent.

Il faut éliminer convenablement les déchets cliniques afin de :

- Protéger le personnel qui les manipule et la population avoisinante contre la propagation des infections ;
- Protéger ceux qui manipulent ces déchets contre une blessure accidentelle ;
- Préserver la propreté et l'esthétique des lieux.

Les personnes qui manipulent les déchets doivent porter des gants ménagers épais

Transportez les déchets contaminés dans des réceptacles couverts et dépourvus de fuites jusqu'à leur destination finale. Les déchets cliniques contaminés doivent être incinérés (brûlés) et/ou enterrés.

La haute température produite par l'incinération détruit les micro-organismes. C'est donc la meilleure méthode d'élimination pour les déchets contaminés. L'incinération permet également de réduire le volume des déchets. S'il ne vous est pas possible de procéder à une incinération, enterrez tous les déchets contaminés afin d'éviter qu'ils s'éparpillent.

N'entassez pas les déchets contaminés derrière la clinique : cette pratique dangereuse ferait courir des risques au personnel et à la population avoisinante.

Manipulation et traitement des récipients destinés aux déchets

- Placez les déchets contaminés dans des récipients lavables et qui ne se corrodent pas (en plastique ou en métal galvanisé) munis d'un couvercle.
- Placez les récipients dans des endroits facilement accessibles par les utilisateurs. Le fait de transporter des déchets d'un endroit à un autre accroît le risque d'infection pour ceux qui les manipulent.
- Le matériel contenant les déchets ou utilisés pour les transporter ne doit être utilisé qu'à ces fins à l'intérieur du périmètre de la clinique.
- Nettoyez tous les récipients utilisés pour les déchets avec une solution désinfectante (solution chlorée à 0,5 %) et rincez-les à l'eau. Nettoyez les récipients contaminés chaque fois qu'ils sont vidés. Nettoyez les récipients non contaminés dès qu'ils vous paraissent sales.
- Si possible, utilisez des récipients distincts pour les déchets combustibles et les déchets non combustibles. Cela évite ensuite de devoir les manipuler et les trier à la main.
 - *Déchets combustibles (qu'il est possible de brûler)* : papier, carton et déchets contaminés tels que pansements et gaze.
 - *Déchets non combustibles* : verre, métaux et plastiques.
- Lorsque vous manipulez des déchets, portez des gants ménagers épais.
- Lavez-vous les mains après avoir manipulé des déchets.

Élimination des objets pointus ou coupants (aiguilles, rasoirs, lames de scalpels)

Les objets pointus ou coupants constituent le type le plus dangereux de déchets cliniques. Ils doivent être manipulés et éliminés dans le respect de strictes consignes de sécurité.

- Lorsque vous manipulez ce type d'objets, portez des gants ménagers épais.
- Placez tous les objets pointus ou coupants dans des récipients qui ne risquent pas d'être percés, par exemple des cartons épais, des boîtes métalliques munies d'un couvercle, ou des bouteilles en plastique épaisses. Les formateurs et les superviseurs du programme doivent aider les prestataires de service à identifier des récipients adéquats, qu'il est possible de se procurer localement.
- Placez les récipients à proximité de l'endroit où travaillent ceux qui les utilisent, afin qu'ils n'aient pas à transporter d'objets pointus ou coupants sur de longues distances.
- Évitez tout accident durant la manipulation des aiguilles. Il ne faut ni les

tordre ni les briser, ni replacer dessus le capuchon protecteur avant de les éliminer. Placez la seringue jetable dans un réceptacle qui ne risque pas d'être percé – l'aiguille, sans son capuchon, doit encore être sur la seringue. (Pour plus de détails sur le traitement des seringues réutilisables et sur l'élimination des aiguilles jetables, reportez-vous à la section 5.7.) Faites tout votre possible pour procurer au personnel des réceptacles adaptés. Toutefois, si cela s'avérait impossible, il serait nécessaire de replacer le capuchon sur les aiguilles. Il faudrait alors employer la méthode suivante :

- Commencez par placer le capuchon horizontalement sur une surface plane et dure. Puis ôtez votre main.
- Ensuite, d'une seule main, prenez la seringue et faites glisser l'aiguille à l'intérieur du capuchon. Puis placez la seringue à la verticale, le capuchon en haut.
- Enfin, lorsque le capuchon recouvre complètement l'aiguille, enfoncez-le complètement en prenant appui sur une surface dure.
- Lorsque le réceptacle destiné aux objets pointus ou coupants est aux trois quarts plein, refermez-le à l'aide du couvercle ou du bouchon prévu à cet effet, ou scellez-le à l'aide d'une bande adhésive.
- Vous devez vous débarrasser du réceptacle dès qu'il est aux trois quarts plein. La meilleure méthode consiste à l'incinérer (le faire brûler).

Lorsque vous ne disposez pas d'incinérateur, vous pouvez avoir recours aux méthodes suivantes :

- Utilisez un petit récipient métallique (par exemple, un seau). Lorsqu'il est à moitié plein, versez une petite quantité d'essence sur les objets pointus ou coupants et brûlez-les. Les seringues en plastique fondent et les aiguilles et autres objets s'amalgament au plastique fondu pour former une boule solide qu'il est ensuite facile d'enlever du seau et d'enterrer ou de jeter dans une poubelle avec précautions.

Lorsque vous ne jetez pas de seringues en plastique dans le réceptacle (c'est-à-dire quand vous n'employez que des seringues réutilisables), placez des morceaux de plastique (bouteilles vides, cathéters, etc.) dans le réceptacle par-dessus les objets pointus ou coupants afin qu'une boule de plastique se forme lorsque vous brûlerez les déchets.

- Si vous utilisez des réceptacles en plastique ou en carton (qui ne risquent pas d'être percés), couvrez-les ou bouchez-les et placez-les à l'intérieur d'un grand récipient métallique, versez de l'essence dessus et procédez comme indiqué ci-dessus.

Élimination des déchets contaminés liquides et semi-solides (sang, excréments, urine et autres fluides corporels)

- Portez des gants ménagers épais lorsque vous manipulez et transportez ces déchets.
- Versez avec soin les excréments et l'urine dans des toilettes ou des latrines équipés d'une chasse d'eau. Versez le sang et les autres déchets liquides dans un évier (où ne sont pas préparés de denrées alimentaires) ou dans des toilettes ou dans des latrines équipées d'une chasse d'eau. Évitez les éclaboussures.
- Décontaminez l'évier ou les toilettes avec une solution chlorée à 0,5 %.
- Nettoyez avec soin l'évier ou les toilettes avec de l'eau pour évacuer toute trace de déchets. Évitez les éclaboussures.
- Décontaminez les récipients en les faisant tremper dans une solution chlorée à 0,5 % pendant 10 minutes avant de les laver.
- Lavez-vous les mains après avoir manipulé les déchets liquides ; décontaminez et lavez vos gants.

Élimination des déchets solides (pansements utilisés et autres objets contaminés par du sang et d'autres matériaux organiques)

- Portez des gants ménagers épais lorsque vous manipulez ou transportez ces déchets.
- Placez les déchets solides dans des récipients lavables et qui ne risquent pas de se corroder (en plastique ou en métal galvanisé) et munis d'un couvercle hermétique.
- Collectez les récipients à déchets et transportez les déchets combustibles jusqu'à l'incinérateur. Si vous ne disposez pas d'un incinérateur, enterrez-les. De même, enterrez les déchets non combustibles.
- Avec une solution désinfectante (voir section 8.1), nettoyez systématiquement les récipients à déchets après les avoir vidés.
- Lavez-vous systématiquement les mains après avoir manipulé des déchets ; décontaminez et lavez vos gants.
- Brûlez ou enterrez les déchets immédiatement, avant qu'ils n'aient le temps de contaminer l'environnement. Le meilleur moyen de tuer les organismes infectieux consiste à les incinérer.

Élimination des récipients ayant contenu des produits chimiques

Récipients en verre

Rincez abondamment les récipients en verre. Vous pouvez les laver avec un détergent, les rincer et les réutiliser.

Récipients en plastique

Les récipients en plastique ayant contenu des substances telles que des solutions antiseptiques ou désinfectantes peuvent être lavés et réemployés comme réceptacles pour les déchets pointus ou coupants.

Ceux qui ont contenu des substances irritantes telles que le glutaraldéhyde (par exemple, Cidex ou Sporicidine) doivent être brûlés ou enterrés. Si cela ne vous est pas possible, rendez-les inutilisables par d'autres personnes (par exemple, brisez le fond).

9 Antibiothérapie prophylactique

Il n'est pas nécessaire d'avoir systématiquement recours à l'antibiothérapie prophylactique lors de la stérilisation contraceptive, de l'insertion de DIU ou de l'insertion d'implants quand les pratiques de prévention des infections recommandées sont scrupuleusement observées. L'utilisation inappropriée des antibiotiques accroît la prévalence de micro-organismes résistants aux antibiotiques susceptibles de causer une infection. De surcroît, c'est une pratique coûteuse.

Toutefois, le recours à l'antibiothérapie prophylactique est indiqué dans certaines situations :

- Pour les clients sujets aux infections, comme les personnes qui souffrent de diabète ou qui ont contracté l'infection à VIH, ou celles qui suivent un traitement à base de stéroïdes.
- Pour les clients exposés à l'endocardite bactérienne, par exemple les personnes souffrant d'affections cardiaques structurelles.

10 Gestion

Le succès des mesures de prévention des infections dans les cliniques de SSR/planification familiale et autres centres médicaux repose sur une planification avisée et sur une gestion efficace. Les efforts doivent porter sur quatre secteurs :

- L'administration.
- La fourniture de directives.
- La formation.
- La surveillance et la supervision.

10.1 Administration

Les responsables de programme doivent faire en sorte qu'un système de prévention des infections soit en place. Pour ce faire, ils doivent :

- Prendre des décisions relatives au matériel et aux fournitures nécessaires pour que soient respectées des normes de sécurité acceptables. Lorsqu'ils prennent ces décisions, ils doivent prendre en considération leur coût, ainsi que leurs implications en matière de formation et de logistique. Par exemple :
 - Sélectionner les gants, aiguilles et seringues les plus appropriés (jetables ou réutilisables) et prévoir les installations nécessaires au traitement du matériel réutilisable.
 - Prévoir les installations nécessaires pour la stérilisation et/ou la désinfection de l'équipement et du matériel sur la base du type d'interventions pratiquées et de la charge de travail. Les sites de prestation de services où sont régulièrement pratiquées des interventions invasives doivent disposer d'installations appropriées pour la stérilisation du matériel, ou d'un accès à de telles installations.
- Faire en sorte que soient disponibles :
 - Eau propre.
 - Electricité et/ou combustible.
 - Antiseptiques et décontaminants.
 - Gants (d'examen, chirurgicaux et/ou ménagers).
- S'assurer que le personnel de remplacement est disponible et a reçu la formation nécessaire pour remplacer les membres du personnel qui sont en congé ou souffrent d'une incapacité temporaire (par exemple, le personnel de salle d'opération ayant contracté un rhume ou une autre infection, les membres du personnel responsables de la stérilisation qui présentent des coupures ou des plaies sur les mains ou sur les avant-bras) ; assigner

d'autres tâches aux membres du personnel souffrant d'une incapacité temporaire jusqu'à leur rétablissement.

- Faire en sorte que les procédures usuelles de nettoyage (et de décontamination, selon les cas) des installations (salles d'opérations et salles d'examen) soient en place et appliquées.
- S'assurer que le matériel, par exemple les autoclaves, est convenablement utilisé et entretenu.
- S'assurer que le matériel contaminé est éliminé dans le respect des règles de sécurité. Pour ce faire, ils doivent :
 - Fournir des récipients qui ne risquent pas d'être percés pour les aiguilles jetables utilisées et les autres objets pointus ou coupants.
 - S'assurer de l'existence d'un site et du matériel nécessaire pour l'incinération et/ou l'enterrement du matériel contaminé ; si c'est impossible, s'assurer que le matériel est décontaminé avant élimination.
 - S'assurer que les règles de sécurité sont respectées lors de l'enlèvement du matériel contaminé et de son transport vers sa destination finale.
 - S'assurer que les instruments et autres objets jetables (gants, seringues et aiguilles) ne sont pas réutilisés.
- Effectuer toutes les réparations requises pour assurer la prévention des infections (par exemple, traiter les murs humides).
- Établir de bonnes relations avec le personnel à tous les niveaux : communication, échange d'idées, écoute des points de vue exprimés.

10.2 Directives

La prévention des infections nécessite que des politiques et des procédures écrites soient adoptées. Ces dernières doivent ensuite être communiquées à l'ensemble du personnel concerné, dans un langage et sous une forme qui les rendent facilement compréhensibles.

- Tous les membres du personnel doivent avoir accès à ces directives. Elles doivent faire l'objet de discussions régulières.
- Des extraits pertinents de ces directives peuvent être fournis aux personnes chargées d'exécuter des tâches spécifiques. Certaines informations peuvent être affichées dans les endroits où ces tâches sont exécutées.
- Il faut utiliser ces directives lors des activités de formation et de supervision, ou y faire référence.
- Ces directives doivent être réexaminées régulièrement afin de vérifier leur pertinence et de répondre aux préoccupations qu'elles suscitent parmi le personnel.

10.3 Formation

Il est important, lors de la formation du personnel de santé, de lui faire comprendre la nature des risques de transmission d'infections (à eux-mêmes ou aux clients) et l'importance du rôle que les barrières protectrices et les pratiques de prévention préalable des infections peuvent jouer pour empêcher leur transmission. Si le personnel mesure l'importance de ces procédures et s'il comprend qu'elles sont justifiées, il adoptera des habitudes de travail appropriées.

Par formation, on entend formation préalable pour les nouveaux employés et formation continue pour le personnel en place.

Formation préalable

Le programme de formation doit être conçu de façon à répondre aux besoins des participants et du programme. Il doit porter sur :

- *Les aspects généraux de la prévention des infections, à destination de tous les nouveaux membres du personnel.* Les points suivants doivent être abordés :
 - Les mécanismes de transmission des infections en milieu clinique.
 - Le rôle joué par chaque membre du personnel en matière de prévention de la transmission des infections.
 - Les méthodes employées pour minimiser les risques de transmission des maladies. Il faut mettre l'accent sur les connaissances relatives à la transmission de l'infection à VIH et du virus de l'hépatite B. S'ils ne disposent pas d'informations suffisantes, les membres du personnel sont plus susceptibles de prendre des risques évitables (par exemple, ne pas observer de façon adéquate les directives en matière de décontamination, de nettoyage, et de stérilisation des aiguilles et des seringues) ou, au contraire, de prendre des précautions excessives (par exemple se laver les mains après avoir serré la main d'une personne qu'ils estiment susceptible d'être séropositive).
- *Les aspects spécifiques de la prévention des infections, en fonction des tâches dont chaque membre du personnel est chargé.* Par exemple, il faut enseigner au personnel chargé de la décontamination et de la stérilisation du matériel les procédures adéquates ; le personnel chargé d'insérer les DIU doit être formé aux techniques aseptiques.

À la fin de la période de formation, le formateur doit évaluer la performance de chaque stagiaire. Les objectifs de la formation doivent être atteints par chacun d'entre eux.

Formation continue

Une formation continue doit être dispensée aux fins suivantes :

- Rappeler au personnel l'importance et la nature des procédures nécessaires pour prévenir les infections.
- Présenter les modifications de politiques et de pratiques et en débattre (par exemple lorsque le programme se dote de nouveaux équipements, il est essentiel d'assurer la formation des personnes qui en auront la charge).
- Remédier aux carences identifiées lors de la surveillance et de la supervision.

10.4 Contrôle et supervision

Il est important de s'assurer régulièrement que les mesures de prévention des infections sont exécutées correctement et de déterminer les secteurs où des améliorations sont nécessaires. Il convient de :

- Procéder à des contrôles au hasard afin de déterminer si les directives en matière de prévention des infections sont appliquées. Les superviseurs doivent être en mesure d'aider les prestataires à pallier les manquements et à régler les problèmes qu'ils ont décelés.
- Vérifier l'état et l'adéquation des installations et déterminer si le matériel et les fournitures nécessaires sont disponibles et utilisés correctement.

SUGGESTIONS DE LECTURE

1) Les droits des clients et les besoins des prestataires

a) International Planned Parenthood Federation, World Health Organization, AVSC International¹. Medical and service delivery guidelines for family planning, 2nd edition. London: IPPF, 1997.

2) Le conseil

a) EngenderHealth. Counseling, informed choice, and informed consent: WHO and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programmes – INFO Project, 2004.

b) EngenderHealth. Comprehensive counseling for reproductive health: an integrated curriculum. New York: EngenderHealth, 2003.

c) International Planned Parenthood Federation. Programme guidance on counselling for STI/HIV prevention in sexual and reproductive health settings. London: IPPF, 2002.

d) World Health Organization. Decision making tool for family planning clients and providers. WHO and Johns Hopkins University Bloomberg Schools of Communication Programmes – INFO Project, 2004.

e) Information & Knowledge for Optimal Health (INFO) Project, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programmes. Improving client-provider interaction. Baltimore, MD: INFO Project Population Reports, Series Q, Number 01 Vol. 31, Number 4, Fall 2003.

3) Le cycle menstruel normal

a) Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, et al. Contraceptive technology, 17th edition, September 1998.

4) Examens recommandés aux femmes bien portantes dans le domaine de la santé reproductive

a) International Planned Parenthood Federation. International Medical Advisory Panel (IMAP) update on breast and cervical cancer screening. *IPPF Med Bull* 2004: **38(2)**; 4.

- b) Olsen O, Gøtzsche PC. Screening for breast cancer with mammography (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2. Chichester, UK: John Wiley, 2004.
- c) World Health Organization. Screening for breast cancer. Geneva: WHO, 2003.
- d) US Preventive Services Task Force. Cervical cancer screening: summary of recommendations released on January 2003. Washington DC: USPSTF, 2003.
- e) World Health Organization. Cervical cancer screening in developing countries: report of a WHO consultation. Geneva: WHO, 2002.
- f) US Preventive Services Task Force. Breast cancer: screening: summary of recommendations released on September 2002. Washington DC: USPSTF, 2002.

5) Contraception hormonale

- a) International Planned Parenthood Federation. International Medical Advisory Panel (IMAP) statement on hormonal methods of contraception. *IPPF Med Bull* 2002; **36(5)**: 1-8.
- b) Family Health International. Advances in hormonal contraception. *Network* 2003; **22(3)**.
- c) Family Health International. Hormonal contraceptive methods. *Network* 2002; **21(3)**.
- d) World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Third edition. Geneva: WHO, 2004.
- e) World Health Organization. Selected practice recommendations for contraceptive use. Second edition. Geneva: WHO, 2004.
- f) Population Reports. Oral contraceptives: an update. *Pop Rep Series A- 9* Vol. 28-1, Spring 2000.
- g) Family Health International. Hormonal contraceptive methods. *Network* 2003; **22(3)**.

6) Dispositifs intra-utérins

- a) International Planned Parenthood Federation. International Medical Advisory Panel (IMAP) statement on intrauterine devices. *IPPF Med Bull* 2003; **37(2)**: 1-4.
- b) World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Third edition. Geneva: WHO, 2004.

¹ Maintenant 'EngenderHealth'.

- c) World Health Organization. Selected practice recommendations for contraceptive use. Second edition. Geneva: WHO, 2004.
- d) World Health Organization. "The intrauterine device (IUD) worth singing about" *Progress in Reproductive Health Research*, 2002 no. 60.

7) Méthodes barrières

- a) International Planned Parenthood Federation. International Medical Advisory Panel (IMAP) statement on barrier methods of contraception. *IPPF Med Bull* 2001; **35(4)**: 1-3.
- b) World Health Organization. Considerations regarding reuse of the female condom: *Reproductive Health Matters*. Geneva: WHO, July 2002.
- c) Population Reports. Closing the condom gap. *Pop Rep* Volume XXVII, no. 1, *Series H- 9*, April 1999.

8) Stérilisation féminine et masculine

- a) EngenderHealth. No-scalpel vasectomy: an illustrated guide for surgeons. Third edition. New York: EngenderHealth, 2003.
- b) Family Health International. Contraceptive update: technique modification may improve vasectomy effectiveness. *Network* 2002; **21(3)**.
- c) EngenderHealth. Contraceptive sterilization: global issues and trends. New York: EngenderHealth, 2002.

9) Méthodes fondées sur l'observation des signes de fécondité

- a) International Planned Parenthood Federation, World Health Organization, AVSC International². Medical and service delivery guidelines for family planning, 2nd edition. London: IPPF, 1997.
- b) Institute for Reproductive Health. Standard days method of family planning: reference guide for counseling clients. Washington DC: Institute for Reproductive Health, 2002.
- c) Institute for Reproductive Health. CycleBeads: natural, effective family planning (brochure). Washington DC: Institute for Reproductive Health, 2002.

10) La contraception d'urgence

- a) International Planned Parenthood Federation. Improving access to emergency contraception: Policy statement: international consortium for emergency contraception, July 2003.
http://www.ippfwhr.org/publications/download/monographs/EC_Access.pdf
- b) International Planned Parenthood Federation. International Medical Advisory Panel (IMAP) statement on emergency contraception. *IPPF Med Bull* 2004; **34(3)**.
- c) International Consortium for Emergency Contraception. Emergency contraceptive pills: medical and service delivery guidelines, 2nd edition. New York: ICEC, 2003.
- d) World Health Organization. Selected practice recommendations for contraceptive use. Second edition. Geneva: WHO, 2004.
- e) Gainer E, Blum J, Toverud EL, et al. Bringing emergency contraception over the counter: experiences of nonprescription users in France, Norway, Sweden and Portugal. *Contraception* 2003; **68(2)**: 117-24.
- f) Rodrigues I, Grou F, Joly J. Effectiveness of emergency contraceptive pills between 72 and 120 hours after unprotected sexual intercourse. *Am J Obstet Gynecol* 2001; **184 (4)**: 531-7.
- g) Gemzell-Danielsson K, Marions L. Mechanisms of action of mifepristone and levonorgestrel when used for emergency contraception. *Human Reproduction Update* 2004; **10(4)**: 341-8.

11) Diagnostic de grossesse

- a) International Planned Parenthood Federation, World Health Organization, AVSC International³. Medical and service delivery guidelines for family planning, 2nd edition. London: IPPF, 1997.

12) Avortement fait dans des bonnes conditions (sûr)

- a) World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Geneva: WHO, 2003.
- b) World Health Organization. Post-abortion family planning: a practical guide for programme managers, division of reproductive health (technical support), family and reproductive health. Geneva: WHO, 1997.

- c) Ipas. 5 portraits, many lives: how unsafe abortion affects women everywhere. Chapel Hill, NC: Ipas 2003:
http://www.ipas.org/publications/en/5_Portraits.pdf
- d) Ipas. Information and training guide for medical abortion counselling. Chapel Hill, NC: Ipas, 2003:
http://www.ipas.org/publications/en/Medical_Abortion/med_ab_counseling_training_guide_en.pdf
- e) Ipas. Making safe abortion accessible: a guide for advocates. Chapel Hill, NC: IPAS, 2001:
http://www.ipas.org/publications/en/making_safe_abortion_accessible.pdf
- f) United Nations. Abortion policies: a global review:
<http://www.un.org/esa/population/publications/abortion/profiles.htm>

13) Infections de la filière génitale et infections sexuellement transmissibles

- a) World Health Organization. Guidelines for the management of sexually transmitted infections. Geneva: WHO, 2003.
- b) Dallabetta G, Laga M, Lamptey P, eds. Control of sexually transmitted diseases: a handbook for the design and management of programs. Arlington VA: AIDSCAP/Family Health International, 1997.
- c) International Planned Parenthood Federation. International Medical Advisory Panel (IMAP) statement on sexually transmitted infections and reproductive health. *IPPF Med Bull* 1997; **31(6)**: 1-2.

14) L'infection à VIH et le sida

- a) World Health Organization. Perspectives and practices in antiretroviral treatment: saving mothers, saving families: the MTCT-Plus initiative. Geneva: WHO, 2003.
- b) World Health Organization. Handbook on access to HIV/AIDS-related treatment: a collection of information, tools and resources for NGOs, CBOs and PLWHA groups. Geneva: WHO, 2003.
- c) World Health Organization, UNAIDS. Report on the global AIDS epidemic 2004, 4th global report. Geneva: UNAIDS/WHO, 2004.
- d) World Health Organization. World Health Report 2004. HIV/AIDS: changing history. Geneva: WHO, 2004.
- e) World Health Organization. Scaling up antiretroviral therapy in resource-limited settings: treatment guidelines or a public health approach, 2003

Revision. Geneva: WHO, 2004.

- h) de Bruyn M. Reproductive choice and women living with AIDS. Chapel Hill, NC: Ipas, December 2002.
- i) World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Third edition. Geneva: WHO, 2004.
- j) World Health Organization. Selected practice recommendations for contraceptive use. Second edition. Geneva: WHO, 2004.

15) Prévention des infections

- a) EngenderHealth. Infection prevention: a reference booklet for health care providers. New York: EngenderHealth, 2001.
- b) JHPIEGO. Infection prevention guidelines for healthcare facilities with limited resources. JHPIEGO, 2003.

Matériel de lecture général

- a) EngenderHealth. Client-oriented provider-efficient services (COPE). New York: AVSC International, 1995.- mis à jour 2004.
- b) Evans I, Huezco C, eds. Family planning handbook for health professionals: London: International Planned Parenthood Federation, 1997.
- c) Hatcher R, Rinehart W, Blackburn R, Geller J. The essentials of contraceptive technology. Baltimore: Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, 1997.
- d) World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Third edition. Geneva: WHO, 2004.
- e) World Health Organization. Selected practice recommendations for contraceptive use. Second edition. Geneva: WHO, 2004.
- f) World Health Organization. Research on reproductive health at WHO: pushing the frontiers of knowledge: biennial report 2002-2003. Geneva: WHO, 2004.

INDEX THEMATIQUE

Abstinence périodique

voir Méthodes fondées sur l'observation des signes de fécondité

Accès

contraception d'urgence 267
droit des clients 12, 13

Adolescents

centres de conseil pour les jeunes 268
et contraceptifs injectables aux progestatifs seuls 110
et contraceptifs injectables combinés 123
et contraceptifs oraux aux progestatifs seuls 98
et contraceptifs oraux combinés 81
contraception d'urgence 268
méthodes fondées sur l'observation des signes de fécondité 233

Aiguilles et seringues

élimination 402–403
gestion des services 129–130
stérilisation 382
traitement des aiguilles réutilisables 388

Allaitement

et contraceptifs injectables aux progestatifs seuls 109, 110
et contraceptifs injectables combinés 120, 121, 122, 123, 125
et contraceptifs oraux combinés 81–2, 88
et méthode de la glaire cervicale 241
et méthode du calendrier/rythme 245
et pilules aux progestatifs seuls 96, 98, 100
transmission du VIH 354

Aménorrhée

contraceptifs injectables aux progestatifs seuls 112, 113, 118
et contraceptifs injectables combinés 125, 129
et contraceptifs oraux aux progestatifs seuls 99–100, 101
contraceptifs oraux combinés 88, 94
et implants sous-cutanés 141
ménopause 70

Anesthésie

avortement 289, 296
stérilisation 202, 205
stérilisation féminine 221–222
stérilisation masculine 211

Anneau vaginal

143

Antibiothérapie prophylactique

405

Antisepsie

367–369

définition 366, 367
indications 367

préparation et stockage des antiseptiques	368–369
sélection des antiseptiques	367–368
solutions à éviter	368
Asepsie	366
Aspiration, avortement	290–291
Autoclaves	379, 381
Avortement	280–297
analyses de laboratoire	285
anesthésie	289, 296
antécédents médicaux	283–284
aspiration	290–291
complications	293–296
confidentialité	283
conseil	35, 281–283
consentement éclairé	283
contraception après avortement	296–297
définition	280–281
dilatation et curetage	290, 291
dilatation et évacuation	290, 291
échec	295
effets secondaires	288
examens physiques	284–285
examens post-opératoires des tissus	291
formation	281
gestion de la douleur	289
hémorragies	295
hystérotomie abdominale	291
incomplet	295
indications générales	281
infections	294–295
information	281–283
instillation intra-amniotique	291
instructions	294
instruments et fournitures	292–293
intimité	283
médicaments	292
méthodes	285–293
méthodes chirurgicales	288–293
méthodes médicales	286–288
perforation utérine	295, 296
principes chirurgicaux	289–290
signes alarmants	293
soins préalables	283–285
suivi	293–294
Axe-hypothalamique-hypophysaire-ovarien	40

Bactéries	366
Besoins des prestataires	
approvisionnement	18
appui	19
commentaires sur le travail accompli	19–20
conseils	18
encouragement	19
formation <i>voir</i> Formation	
information	18
infrastructures	18
liberté d'expression	20
respect	19
sécurité	19
Blennorragie	313, 327–328
Billings <i>voir</i> Méthode de la glaire cervicale	
Biopsies de l'endomètre	59
Cancer de l'endomètre	
et dispositifs intra-utérins	150
et DIU au cuivre	263
facteurs de risque	52
Cancer du col utérin	
cytologie cervicale	60–68
dépistage	60–69
et dispositifs intra-utérins	150
et DIU au cuivre	263
facteurs de risque	52
inspection visuelle	68–69
Cancer du sein	
auto-examen	55
et contraceptifs injectables aux progestatifs seuls	108
et contraceptifs injectables combinés	121
et contraceptifs oraux aux progestatifs seuls	96
dépistage	54–56
et dispositifs intra-utérins	151
et DIU au cuivre	263
facteurs de risque	52
et implants sous-cutanés	132
Cancer ovarien	
et dispositifs intra-utérins	151
facteurs de risque	53
Candidose	313, 340, 359
Centres de conseil pour les jeunes	268
Césariennes, et VIH	353–354
Chancre mou	333–334
Chlamydiae	313, 329–330

Choix	
droit des clients	12, 13-14
méthodes contraceptives	30-32
Clients, définition	12
Conception	44
Confidentialité	
avortement	283
droit des clients	15-16
examens de dépistage sanitaire	50
infections à VIH	348
Confort des clients	16
Conseil	22-36
approche globale	25
avortement	35, 281-283
besoin des prestataires	18
cadre propice	27-29
caractéristiques du bon conseiller	26-27
centres de santé sexuelle et reproductive	24-25
contraception <i>voir</i> Conseil en matière de contraception	
définition	24
démarche du conseiller	27-29
diagnostic de grossesse	275
éducation et information	29-30
groupes avec besoins spécifiques	36
infections à VIH	35, 347-350, 360-362
infections sexuellement transmissibles	35, 319-320
ménopause	69-71
et normes culturelles	30
objectifs	24-25
séances de conseil de groupe	29-30
stérilisation masculine	210
Conseil sur la contraception	
choix de méthode	30-32
contraceptifs injectables aux progestatifs seuls	112
contraceptifs injectables combinés	124
contraceptifs oraux aux progestatifs seuls	98
contraceptifs oraux combinés	84
contraception d'urgence	266-267
contre-indications	31
diaphragmes	183
dispositifs intra-utérins	154-155
DIU au cuivre	264
échec d'une méthode	34-35
explication des modes d'emploi	32-33
implants sous-cutanés	134-135
infections à VIH	355-358

intégration des IST et VIH/sida aux séances de conseil	35
méthode de la glaire cervicale	241–242
méthode de la température	235
méthode du calendrier	245
méthode sympto-thermique	246
méthodes fondées sur l'observation des signes de fécondité	233–234
objectifs	24
pilules contraceptives d'urgence	258–259
post-avortement	296–297
préservatifs	178–179
problèmes d'utilisation des méthodes	34
spermicides	191–192
stérilisation	199–200
stérilisation féminine	218
suivi	33–34
<i>voir aussi</i> Conseil	
Consentement éclairé	
avortement	283
sérodiagnostic du VIH	348
stérilisation	198, 201
stérilisation féminine	218
stérilisation masculine	210
Contraceptifs hormonaux	76–144
et infections VIH/sida	357
types	76
<i>voir aussi</i> Méthodes spécifiques	
Contraceptifs injectables	
aiguilles et seringues	129–130
CIC <i>voir</i> Contraceptifs injectables combinés	
CIP <i>voir</i> Contraceptifs injectables aux progestatifs seuls	
dossiers des clients	129
entreposage et conservation	130
formation	130
gestion des services	129–130
stocks d'injectables	129
Contraceptifs injectables aux progestatifs seuls (CIP)	107–119
adolescentes	110
et allaitement	109, 110
bilan de santé	113
choix	112
conseil	112
contre-indications	108–110
critères de recevabilité médicale	108
définition	107
drépanocytose	108, 112
effets secondaires	117, 118–119
femmes de plus de 35 ans	111

fourniture	113
indications	108
infections sexuellement transmissibles	112
information	112
injections multiples	116–117
injections ultérieures	115–116
instructions aux clientes	116
interactions médicamenteuses	111
mécanisme contraceptif	107
mode d'emploi	113–116
premières injections	113–15
retour de fécondité	117
saignements vaginaux excessifs	111, 118–119
suivi	117–118
symptômes alarmants	117
technique de l'injection	116
tumeur maligne des voies génitales	111
Contraceptifs injectables combinés (CIC)	119–129
adolescentes	123
et allaitement	120, 121, 122, 123, 125
bilan de santé	125
choix	124
conseil	124
contre-indications	120–123
critères de recevabilité médicale	120–123
définition	119–20
drépanocytose	122, 124
effets secondaires	127, 128–129
femmes de plus de 35 ans	123
fournisseurs	125
gestion des services	129–130
indications	120
information	124
injections initiales	125–126
injections tardives	127
injections ultérieures	127
instructions	127–128
interventions chirurgicales	123–124
mécanisme contraceptif	120
mode d'emploi	124, 125–127
retour de fécondité	128
suivi	128
symptômes alarmants	128
Contraceptifs oraux	
approvisionnement	104, 106–107
COC <i>voir</i> Contraceptifs oraux combinés	
COP <i>voir</i> Contraceptifs aux progestatifs seuls	

distribution des pilules	106
formation	104-105, 105-106
gestion des services	103-107
listes de contrôle	103
relevé de distribution	144
services à bases communautaires	103-105
services cliniques	105-106
stockage	106-107
systèmes de référence	104
urgence <i>voir</i> Pilules contraceptives d'urgence	
Contraceptifs oraux aux progestatifs seuls (COP)	95-103
adolescentes	98
et allaitement	96, 98, 100
approvisionnement	102
bilan de santé	99
choix	98-99
conseil	98
contre-indications	96-98
critères de recevabilité médicale	96
définition	95
durée d'utilisation	102
effets secondaires	102, 103
femmes de plus de 35 ans	98
fourniture	99
indications	96
information	98
instructions	99-101
interactions médicamenteuses	102
mécanisme contraceptif	95
mode d'emploi	101
oubli de pilules	101
pilules contraceptives d'urgence	255
première prise	99-101
suivi	102
utilisation pendant le post-partum	98
varices	98
<i>voir aussi</i> Contraceptifs oraux	
Contraceptifs oraux combinés	76-95
adolescentes	81, 82
et allaitement	81-82, 88
approvisionnement	93-94
bilan de santé	85-86
choix	84, 87
conseil	84
contraception d'urgence	255-256
contre-indications	78-81

critères de recevabilité médicale	78-81
définitions	76-77
diarrhée	91
drépanocytose	83
effets secondaires	94
femmes de plus de 35 ans	81, 82
formation	85
fourniture	84-85
indications	77-78
et infections sexuellement transmissibles	83
information	84
instructions	87-90
interactions médicamenteuses	82, 91
et interventions chirurgicales non-urgentes	82
maladies parasitaires	83
mécanisme contraceptif	77
mode d'emploi de la pilule	84
monophasiques	76
multiphasiques	77
oubli de pilules	90-91
première prise	88-89
saignements vaginaux anormaux	80, 82
services cliniques	85-86
suivi	81, 92-93
symptômes alarmants	92
tumeurs malignes des voies génitales	83
utilisation pendant le post-partum	81
varices	83
VIH/sida	84, 357
vomissements	91
<i>voir aussi</i> Contraceptifs oraux	
Contraception d'urgence	254-268
accessibilité	267
adolescents	268
définition	254
DIU au cuivre <i>voir</i> DIU au cuivre	
gestion des services	266-268
indications générales	254
et infections à VIH	357
information	266-267
pilules <i>voir</i> Pilules contraceptives d'urgence	
points de distribution	267-268
sensibilisation	266
types	254-255
Culture, normes culturelles	30, 199
Cycle menstruel	38-44

collier du cycle	249
conception	44
cycle de l'endomètre	43
cycle du col de l'utérus	43-4
cycle ovarien	41-43
Cycle ovarien	
phase folliculaire	41-42
phase lutéale	43
Cytologie	
cellules exfoliées	60-61
cervicale	60-68
Déchets	
déchets contaminés liquides	404
déchets contaminés solides	404
élimination	401-407
objets pointus	402-403
port de gants	401-402
réipients	398, 402
réipients de produits chimiques	405
Décontamination	
définition	366-367
instruments	370-371
linges chirurgicaux	384
préparation des solutions chlorées	372-373
surfaces importantes	371, 384
tables d'opération	399
Densitométrie osseuse	59
Dépistage sanitaire voir Examens de dépistage sanitaire	
Désinfection	
définition	367
désinfection à haut niveau	367, 374-378
dispositifs intra-utérins	156
Désinfection de haut niveau	
chimique	376-378
eau	389
ébullition	375-376
entreposage des solutions	377-378
gants	386
précautions	376-377
procédures	377
sélection des désinfectants	376
Diagnostic de grossesse	272-275
conseil	275
diagnostic clinique	272-273
diagnostic en laboratoire	273-275

dosages radioimmunologiques	274–275
écarter la possibilité de grossesse	275
signes	273
symptômes	273
tests d'inhibition de l'agglutination	274
tests immunologiques	274
Diaphragmes	
bilan de santé	184
choix	183, 184
conseil	183
contre-indications	182
critères de recevabilité médicale	182–183
définition	181
effets secondaires	183, 188–189
formation	190
fournisseurs	184
gestion des services	189–190
indications	182
et infections à VIH	356
information	183
instructions	187–188
matériel nécessaire à la pose	189–190
nettoyage	187
pose	184–186
protection contre les IST	305
remplacement	187
ressort à boudin	184
ressort à lame	184
ressort en arceau	184
stockage et approvisionnement	189
suiwi	187–188
<i>voir aussi</i> Méthodes barrières	
Diarrhée	
personnes séropositives	359
et pilules contraceptives	91
Dignité	16
Dilatation et curetage (D&C)	290, 291
Dilatation et évacuation (D&E)	290, 291
Directives	
objectifs	2–3
prévention des infections	407
stérilisation	206
utilisation	6–7
Discrimination, et droit d'accès	13
Dispositifs intra-utérins (DIU)	
absence des fils témoins	161, 166–167
antibiothérapie prophylactique	160

approvisionnement	167-168
bilan de santé	155-156
complications	163-165
conseil	154-155
contraception d'urgence <i>voir</i> DIU au cuivre	
contre-indications	150-153
critères de recevabilité médicale	150-153
définition	148-149
dossiers des clientes	167
douleurs abdominales	160-161, 162-163
durée d'utilisation	148
effets secondaires	161, 162-163
formation	157, 168
gestion des services	167-168
et grossesse	150, 165-166
indications	149
infections sexuellement transmissibles	150, 154, 165
infections VIH	154, 357
information	154-155
insertion	158-160
instructions	160-162
maladie inflammatoire pelvienne	165
mécanisme contraceptif	149
mise en place correcte	160-161
moment de l'insertion	157
nulliparité	152, 153-154
perforation	163-164, 168
praticiens	155
retrait	167
saignements vaginaux anormaux	154, 161, 164-165
sélection	154-155, 156
signes alarmants	161
suivi	161-162
DIU au cuivre	262-266
bilan de santé	264-265
conseil	264
contre-indications	263
critères de recevabilité médicale	263
effets secondaires	266
efficacité	262
gestion des services	266-268
illustrations	148
indications	262
et infections sexuellement transmissibles	263, 264
information	264
instructions	265

pose	265
praticiens	264
suivi	265-266
viol et	264
<i>voir aussi</i> Contraception d'urgence ; Dispositifs intra-utérins	
Douleurs abdominales	
avortements	289
et dispositifs intra-utérins	160-161, 162-163
traitement des infections	315-316
Drépanocytose	83, 98, 108, 112, 122, 124
Droit des clients	12-17
accès	13
choix	12, 13-14
confidentialité	15-16
confort	16
continuité des services	16
dignité	16
droit international	12-13
information	13, 15
intimité	15
liberté d'expression	16-17
sécurité	14-15
Eau	389
Ébullition	375-376
Echographie	59, 285
Écoulements urétraux	307
Écoulements vaginaux	
et dispositifs intra-utérins	161
traitement	311-312
Éducation <i>voir</i> Information	
Endomètre	
biopsies	59
cancer	52, 59, 150, 263
Endoscopes	387-388
Entreposage du matériel	388-389
Examens	
et avortement	284-285
DIU au cuivre	265
pelviens	56-58, 386-387, 391-393, 395
pre-opératoires	198-199
pré-stérilisation	198-199, 202
stérilisation féminine	219-220
stérilisation masculine	210
Examens de dépistage sanitaire	46-71
affections ciblées	48

analyses d'urine	58
analyses en laboratoire	58
antécédents médicaux et sociaux	51
auto-examens des seins	55
bénéfices	49
biochimie	58
biopsies de l'endomètre	59
cancer du col de l'utérus	52, 60-69
cancer du sein	52, 54-56
cancer ovarien	53
conditions de succès des programmes	49-50
confidentialité	50
cytologie cervicale	60-68
densitométrie osseuse	59
droit d'information	15, 50
échographie	59
examens physiques	53-58
fréquence	59-60
hématologie	58
histoire du patient	50-51
immunochimie	59
inspection des seins	54-55
ménopause	69-71
microbiologie	59
objectifs	48
palpation des seins	55
pelvis	56-58
praticiens	49
Femmes de plus de 35 ans	
contraceptifs injectables aux progestatifs seuls	111
contraceptifs injectables combinés	123
contraceptifs oraux aux progestatifs seuls	98
contraceptifs oraux combinés	81, 82
Fertilisation	44
Formation	
agents communautaires	104-105
avortement	281
besoin des prestataires	17-18
contraceptifs injectables	130
contraceptifs oraux	104-105, 105-106
et contraceptifs oraux combinés	85
diaphragmes	190
implants sous-cutanés	142
infections sexuellement transmissibles	324-325
méthodes barrières	175
prévention des infections	408-409

services cliniques	105–106
stérilisation	206, 208
stérilisation féminine	226
stérilisation masculine	214
utilisation des dispositifs intra-utérins	157, 168
Gants	
élimination des déchets	401–402
enfiler	394
examens pelviens	395
gants ménagers	395
gants réutilisables	385–386
procédures chirurgicales	385
procédures non-invasives	385
utilisation	393–395
Gestion des services	
continuité	16
contraceptifs injectables	129–130
contraceptifs oraux	103–107
contraception d'urgence	266–268
diaphragmes	189–190
dispositifs intra-utérins (DIU)	166
implants sous-cutanés	141–142
infections sexuellement transmissibles	322–326
méthodes barrières	174–175
préservatifs	180–181
prévention des infections	406–409
qualité	12
spermicides	193
stérilisation	204–208
Gonadolibérine (Gn-RH)	40
Gonadotrophine chorionique humaine (HGG)	
dosages radioimmunologiques	274–275
tests d'inhibition de l'agglutination	274
tests immunologiques	274
Grossesse	
diagnostic	272–274
et dispositifs intra-utérins	150, 165–166
échec de méthode de contraception	33–34
extra-utérine	166
et implants sous-cutanés	138
et infections à VIH	352–355
Hématologie	58
Hémorragies, avortement	295
Herpès	335–336
Hormones	

folliculo-stimulantes (FSH)	40, 41, 42
lutéinisantes (HL)	40, 42
Hystérotomie abdominale	291
Immunochimie	59
Implanon	131, 140
Implants sous-cutanés	130-143
approvisionnement	142
bilan médical	135
choix	134-135, 136
conseil	134-135
contre-indications	132-134
critères de recevabilité médicale	132-134
définition	130-131
dossiers des clientes	142
effets secondaires	139, 140-141
formation	142
gestion des services	141-142
indications	132
information	134-135
insertion	136-138
installations cliniques	142
instructions	138-139
mécanisme contraceptif	131-132
praticiens	135
retrait	138, 140
signes alarmants	139
stockage	142
suivi	139-140
Infections	
appareil génital <i>voir</i> Infections de la filière génital	
avortement	295-296
définitions	302
incidence	302
IST <i>voir</i> Infections sexuellement transmissibles	
opportunistes	359-360
prévention <i>voir</i> Prévention des infections	
types	302
VIH <i>voir</i> Infections à VIH	
voies urinaires, diaphragmes	188
Infections à VIH	344-362
alimentation	360-361
allaitement	354
comportement sexuel	351-352
confidentialité	348
conseil et dépistage	35, 347-350

conseils d'hygiène	360–362
consentement éclairé	348
et contraceptifs hormonaux	357
et contraception	355–358
définition	344
et diaphragmes	356
et dispositifs intra-utérins	154, 357
et grossesse	352–355
infections opportunistes	359–360
et infections sexuellement transmissibles	359
modes de transmission	344, 346–347
notification et conseil des partenaires	350–351
et préservatifs	177, 355–356
prévention	345–347
prophylaxie post-exposition (PPE)	359
rôle des services de santé sexuelle	35, 344–345
sérodiagnostic	348
services de soutien	361–362
services spécialisés	345, 362
et spermicides	356–357
et stérilisation	200, 358
style de vie	361
traitement	358–360
traitement antirétroviral	353, 358–359
transmission en centre de santé	347
transmission par voie sexuelle	346
transmission périnatale	346, 353–354
Infections de la filière génital	302–340
approche clinique	317–318
approche syndromique	306–317
approvisionnement	324
conseil	319–320
définition	302
directives	325–326
douleurs abdominales basses	315–316
échec thérapeutique	322
écoulements urétraux	309–310
évaluation des risques	307
formation	324–325
information	319–320
installations	323
instructions	319–320
matériel	324
médicaments antimicrobiens	308
et méthodes contraceptives	305
notification des partenaires	320–321

personnel	323
prévention	304–306
référence aux services spécialisés	326
rôle des services de santé sexuelle	303–304
suivi	321–322
supervision	326
syndromes	307
traitement	306–318
ulcères génitaux	311–312
Infections sexuellement transmissibles (IST)	
approche clinique	317–318
approche syndromique	306–317
approvisionnement	324
conseil	35, 319–320
conseil post-avortement	297
et contraceptifs injectables aux progestatifs	112
et contraceptifs oraux combinés	83
définition	302
directives	325–326
et dispositifs intra-utérins	150, 154, 165
et DIU au cuivre	263, 264
douleurs abdominales basses	315–316
échec du traitement	322
écoulements urétraux	309–310
évaluation des risques	307
formation	324–325
gestion des services	322–326
et infections à VIH	359
information	319–320
installations	323
instructions	319–320
matériel	324
médicaments antimicrobiens	308
et méthodes contraceptives	305
notification des partenaires	320–321
personnel	323
et préservatifs	177
prévention	304–306
référence aux services spécialisés	326
rôle des services de santé sexuelle	303–304
et spermicides	305
suivi	321–322
supervision	326
syndromes	307
traitement	306–318
ulcères génitaux	311–312

Information

avortement	281–283
conseil et	29–30
contraceptifs injectables aux progestatifs seuls	112
contraceptifs injectables combinés	124
contraceptifs oraux aux progestatifs seuls	98, 99–101
contraceptifs oraux combinés	84
contraception d'urgence	266–267
diaphragmes	183
dispositifs intra-utérins	154–155
DIU au cuivre	264
droit des clients	13, 15
examens	15, 50, 60
implants sous-cutanés	134–135
infections sexuellement transmissibles	319–320
méthode de la glaire cervicale	241–242
méthode de la température	235
méthode du calendrier	245
méthode sympto-thermique	246
méthodes fondées sur l'observation des signes de fécondité	233–234
pilules contraceptives d'urgence	258–259
préservatifs	178–179
prestataires de service	18
salles d'attente	29
spermicides	191–192
stérilisation	199–200
stérilisation féminine	218
stérilisation masculine	210

Injections

technique	395–396
<i>voir aussi</i> Contraceptifs injectables	

Instillation intra-amniotique

291

Instruments

avortement	292–293
décontamination	370–373
désinfection à haut niveau	374–378
entreposage	388–389
examens pelviens	377, 386–387
instruments pour la stérilisation	387
nettoyage	374
prévention des infections	370–389
zones de traitement	400

Interactions médicamenteuses

contraceptifs injectables aux progestatifs seuls	111
contraceptifs oraux combinés	82, 91
pilules aux progestatifs seuls	102
pilules contraceptives d'urgence	257–258

Interventions chirurgicales

circulation des personnes	399-400
et contraceptifs injectables combinés	123-124
et contraceptifs oraux combinés	82
nettoyage des salles d'opération	398-399
traitement des linges	384-385

Intimité

avortement	283
droit des clients	15
pose de diaphragme	186

Jadelle

131, 140

Lactation *voir* Allaitement**Laparoscopes**

387-388

Laparoscopie

223, 391

Laparotomie

223

Lavage, mains

390-392

Liberté d'expression

clients	16-17
prestataires	20

Maladie inflammatoire pelvienne

315

Maladies parasitaires, et pilules contraceptives

83

Mammographie

54

Médicaments antimicrobiens

308

Ménopause

conseil	69-71
et dispositifs intra-utérins	167
et méthodes fondées sur l'observation des signes de fécondité	233
ostéoporose	70, 71

Méthode de la glaire cervicale (Billings)

240-246

et allaitement

241

conseil

241-242

définition

240

facteurs d'évolution de la glaire

244

indications

241

et infections vaginales

241

information

241-242

instructions

242-244

méthode modifiée

244-245

moment de rapports sexuels

244

phase post-ovulatoire

241

phase pre-ovulatoire

240-241

suivre l'évolution de la glaire

242-243

voir aussi Méthodes fondées sur l'observation des signes de fécondité

Méthode de la température	235–240
conseil	235
définition	235
enregistrement de la température	237
facteurs affectant la température	240
indications	235
information	235
instructions	236–240
interprétation des courbes de température	237–239
moment des rapports sexuels	239
relevé de température	236–237
<i>voir aussi</i> Méthodes fondées sur l'observation des signes de fécondité	
Méthode des jours fixes	247–249
collier du cycle	249
définition	247
indications	248
instructions	248–249
<i>voir aussi</i> Méthodes fondées sur l'observation des signes de fécondité	
Méthode du calendrier/rythme	245–246
et allaitement	245
conseil	246
cycles irréguliers	245
définition	245
indications	245
information	245
instructions	245–246
<i>voir aussi</i> Méthodes fondées sur l'observation des signes de fécondité	
Méthode Ogino-Knaus <i>voir</i> Méthode du calendrier	
Méthode sympto-thermique	247–248
conseil	246
indications	246
information	246
instructions	245–246
<i>voir aussi</i> Méthodes fondées sur l'observation des signes de fécondité	
Méthodes barrières	172–175
avantages	172
bilan de santé	174
contre-indications	174
critères de recevabilité médicale	173–174
diaphragmes <i>voir</i> Diaphragmes	
entreposage et approvisionnement	174–175
formation	175
gestion des services	174–175
inconvenients	172
indications générales	172–173
préservatifs <i>voir</i> Préservatifs	
spermicides <i>voir</i> Spermicides	

Méthodes fondées sur l'observation des signes de fécondité	230–248
adolescents	233
avantages	231, 232
bilan de santé	234
conditions	230
conseil	233–234
conseillers	234
enseignement des méthodes	234–235
inconvénients	231–232
indications générales	232
information	233–234
post-partum	233
pré-ménopause	233
suivi	235
techniques	230
<i>voir aussi</i> Méthodes spécifiques	
Métrorragie	
contraceptifs injectables aux progestatifs seuls	118
implants sous-cutanés	141
Micro-organismes	366
Minilaparatomie	222–223, 391
Nettoyage	
définition	367
instruments	374
salles d'opération	398–399
zones non-chirurgicales	397–398
Norplant	131, 140
Notification des partenaires	
infections à VIH	350–351
infections sexuellement transmissibles	320–321
Objets pointus	402–403
Oestrogènes	40, 41, 44
Orientation <i>voir</i> Services spécialisés	
Ostéoporose	70–71
Oubli de pilules	
contraceptifs oraux combinés	90–91
pilules aux progestatifs seuls	101
Papanicolaou, Test de	61, 68
Parasites	366
Patch contraceptif transdermique	143
Perforation utérine	
avortement	295, 296
dispositifs intra-utérins	163–164

Pilules *voir* Contraceptifs oraux

Pilules contraceptives d'urgence	255-262
bilan médical	260
conseil	258-259
contraception régulière après	261
critères de recevabilité médicale	257-258
échec	261
effets secondaires	256-257
efficacité	256
fournisseurs	258
indications	257
information	258-259
instructions	260
interactions médicamenteuses	257-258
mécanisme contraceptif	256
pilules aux progestatifs seuls	255
pilules combinées	255-256
suivi	260-261
types	255
<i>voir aussi</i> Contraception d'urgence	

Pilules du lendemain *voir* Pilules contraceptives d'urgence

Post-partum

et contraceptifs oraux aux progestatifs seuls	98
et contraceptifs oraux combinés	81
et méthodes fondées sur l'observation des signes de fécondité	233
et stérilisation féminine	220

Préservatifs

choix	179
conseil	178-179
critères de recevabilité médicale	178
définition	175
distribution	181
durée de conservation	180
effets secondaires	180
essais sur échantillons	181
gestion des services	180-181
indications	177
information	178-179
instructions	179-180
préservatifs féminins	176-177
préservatifs masculins	175-176
prévention des IST	177, 305
prévention du VIH	177, 355-356
stockage	180-181
<i>voir aussi</i> Méthodes barrières	

Prestataires *voir* Besoin des prestataires

Prévention des infections	366-409
aiguilles et seringues <i>voir</i> Aiguilles	
antibiothérapie prophylactique	405
antisepsie <i>voir</i> Antisepsie	
asepsie	366
circulation des personnes	399-400
contrôle et supervision	409
décontamination <i>voir</i> Décontamination	
définitions	366-367
désinfection <i>voir</i> Désinfection	
dessus de tables	384
directives	407
eau	389
élimination des déchets	401-407
endoscopes	387-388
entreposage du matériel	388-390
environnement	396-405
étapes de traitement	370
examens pelviens	377, 386-387, 391-393, 395
formation	408-409
gants	385-386, 393-395
gestion	406-409
injections	395-396
instruments pour stérilisation	387
lavage de mains	390-392
linges chirurgicaux	384-385
nettoyage <i>voir</i> Nettoyage	
précautions pendant interventions	390-396
salles d'opération	398-399
stérilisation <i>voir</i> Stérilisation du matériel	
traitement du matériel	370-389
transport des objets	400-401
VIH	345-347
zone de traitement des instruments	400
zones non-chirurgicales	397-398
Progestatifs	76, 77, 87
Progestérone	40, 41, 43, 44
Respect	19
Saignements vaginaux anormaux	
contraceptifs injectables aux progestatifs seuls	109, 111, 118-119
contraceptifs oraux aux progestatifs seuls	97
contraceptifs oraux combinés	80, 82
dispositifs intra-utérins	154, 161, 164-165
DIU au cuivre	263

implants sous-cutanés	139
pilules contraceptives d'urgence	257
<i>voir aussi</i> Métrorragie	
Salles d'attente, information	29
Sécurité	
besoins des prestataires	19
droit des clients	14–15
Seringues <i>voir</i> Aiguilles et seringues	
Services <i>voir</i> Gestion des services	
Services à base communautaire (SBC)	
contraceptifs d'urgence	267
contraceptifs oraux	103–105
contraceptifs oraux combinés	85
formation <i>voir</i> Formation	
orientation vers des services spécialisés	29, 104
relevé de provision des contraceptifs oraux	144
stocks de pilules	104
Services cliniques	
approvisionnement	105
contraceptifs oraux combinés	85–86
dossiers des clients	105
formation	105–106
issue de pilules	106
matériel	106
provision de contraceptifs oraux	103, 105–106
stocks de pilules	105
Services spécialisés, orientation vers	
devoir des conseillers	29, 104
infections sexuellement transmissibles	326
stérilisation	207
VIH/sida	345, 362
Sida	
conseil	35
et contraceptifs oraux combinés	84
définition	344
et dispositifs intra-utérins	151
rôle des services de santé sexuelle	35
<i>voir aussi</i> Infections à VIH	
Spermicides	190–193
approvisionnement	193
choix	192
conseil	191–192
critères de recevabilité médicale	191–192
définition	190
effets secondaires	193
gestion des services	193

indications	191
et infections à VIH	356–357
information	191–192
instructions	192–193
et IST	305
<i>voir aussi</i> Méthodes barrières	
Stérilets <i>voir</i> Dispositifs intra-utérins	
Stérilisation	196–208
anesthésie	202, 205
antécédents médicaux	202
bilans de santé	202
chirurgiens	207
complications	203–204
conseil	199–200
consentement éclairé	198, 201
définition	198
dossiers cliniques	206
équipes mobiles	206–207
examens pré-opératoires	198–199, 202
féminine <i>voir</i> Stérilisation féminine	
formation	206, 208
gestion des services	204–208
indications générales	198
et infections à VIH	200, 358
information	199–200
installations et matériel	204–206
instructions post-opératoires	203
masculine <i>voir</i> Stérilisation masculine	
orientation vers des services spécialisés	207
politiques et directives	206
post-avortement	297
prévention des infections	377
principes chirurgicaux	202–203
promotion	207
réversibilité	200, 204
Stérilisation du matériel	378–384
autoclaves	379
chargement	380–381
déchargement	381–382
durée du cycle	381
gants	386
préparation des objets	379–380
pression	381
stérilisation à chaleur sèche	382
stérilisation à la vapeur	378–382
stérilisation chimique	383–384

techniques	378
température	381
Stérilisation féminine	215–226
anesthésie	221–222
bilans de santé	219–220
complications	226
conseil	218
consentement éclairé	218
critères de recevabilité médicale	215–218
définition	215
formation	226
indications	215
et infections à VIH	200, 358
information	218
instructions post-opératoires	224–225
laparoscopie	223
laparotomie	223
méthodes d'occlusion des trompes	223–224
minilaparotomie	222–223
moment de l'intervention	220–221
praticiens	219
préparatifs opératoires	221
procédures opératoires	222–224
promotion	207
soins post-opératoires	224
suivi	225–226
<i>voir aussi</i> Stérilisation	
Stérilisation masculine	208–214
analyse du sperme	214
analyses pré-opératoires	211
anesthésie	211
bilans médicaux	210–211
complications	214
conseil	210
consentement éclairé	210
critères de recevabilité médicale	208–210
définition	208
formation	214
indications	208
et infections à VIH	200, 358
information	210
instructions post-opératoires	213
praticiens	210
préparatifs	211
prévention des affections	391
principes chirurgicaux	202–203

promotion	207
soins post-opératoires	213
suivi	214
technique opératoire	211–213
<i>voir aussi</i> Stérilisation	
Sureté 14–15, 19	
Syndrome d'immunodéficience acquise <i>voir</i> Sida	
Syphilis	331–332
Traitement hormonal antirétroviral (ARV)	358–359
prévention de transmission périnatale	353
prophylaxie post-exposition (PPE)	359
Traitement hormonal de substitution (THS)	71
Trichomonase	313, 337–338
Tuberculose	359
Tumeur maligne des voies génitales	
et contraceptifs injectables aux progestatifs seuls	111
et dispositifs intra-utérins	150
et DIU au cuivre	263
Ulcères génitaux	311–312
Vaginites bactériennes	313, 339
Varices	83, 98
Vasectomie <i>voir</i> Stérilisation masculine	
Viol et contraception d'urgence	264
Virus	366
Virus de l'immunodéficience humaine <i>voir</i> Infections à VIH	
Vomissements, et pilules contraceptives	91, 257–258



**Fédération
internationale pour
la planification
familiale**

**Fédération internationale pour
la planification familiale**

4 Newhams Row,
London SE1 3UZ,
Royaume-Uni.

Téléphone +44 (0)20 7939 8200

Télécopie +44 (0)20 7939 8300

Adresse électronique medtech@ippf.org

www.ippf.org

La Fédération Internationale pour la Planification Familiale est la plus grande organisation
bénévole du monde dans le domaine des droits et de la santé sexuelle et reproductive