**REPOBLIKAN'I MADAGASIKARA**

Fitiavana – Tanindrazana – Fandrosoana





NORMES ET PROCEDURES EN SANTE DE LA REPRODUCTION



 3e édition 2017

## PREFACE

Dans le cadre de la mise en œuvre de la Politique Nationale de la Santé et conformément à la Feuille de Route pour l’Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale, les normes et procédures en Santé de la Reproduction ont été réactualisées.

Afin de permettre à chaque individu d’être en bonne santé et de promouvoir le bien être à tout âge, le présent document a été mis à jour tenant comptedes nouvelles normes et des recommandations internationales, des bonnes pratiqueset innovations contribuant à l’atteinte des Objectifs de Développement Durable.

Ce document servira de référence et de cadrage pour tous les acteurs œuvrant dans la Santé de la Reproduction.

Que les intervenants en Santé de la Reproduction à tous les niveauxtels que le Ministère de la Santé Publique, les autres Ministères concernés, les partenaires, les ONGs et la Société Civile aient un élan solidaire et le même dynamisme pour l’application effective de ce document.

Pour terminer, j’adresse toutes mes reconnaissances à tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à l’élaboration du présent document.

J’exhorte tout un chacun à s’en approprier et à contribuer à ladissémination et vulgarisation du document.



## TABLE DES MATIÈRES

[PREFACE 2](#_Toc501699467)

[TABLE DES MATIÈRES 3](#_Toc501699468)

[LISTE DES ABREVIATIONS 5](#_Toc501699469)

[INTRODUCTION 8](#_Toc501699470)

[PREMIERE PARTIE:LES PRESTATIONS DE SERVICES 11](#_Toc501699471)

[DROITS EN SANTE DE LA REPRODUCTION 12](#_Toc501699472)

[MATERNITE A MOINDRE RISQUE 16](#_Toc501699473)

[Soins prénatals 17](#_Toc501699474)

[Surveillance du travail, de l’accouchement et du post partum immédiat : soins périnatals 35](#_Toc501699475)

[Soins Obstétricaux et Néonatals d’Urgence 55](#_Toc501699476)

[Soins après avortement 64](#_Toc501699477)

[Lutte contre la fistule obstétricale 71](#_Toc501699478)

[PLANIFICATION FAMILIALE 75](#_Toc501699479)

[Offre de service de planification familiale 76](#_Toc501699480)

[Prise en charge de l’infertilité 102](#_Toc501699481)

[SANTE DE LA REPRODUCTION DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES 109](#_Toc501699482)

[Santé de la Reproduction des Adolescents et des Jeunes 110](#_Toc501699483)

[VIOLENCE BASEE SUR LE GENRE 125](#_Toc501699484)

[Violence basée sur le genre 126](#_Toc501699485)

[PREVENTION, DEPISTAGE ET PRISE EN CHARGE PRECOCE DU CANCER DU COL UTERIN 139](#_Toc501699486)

[Prévention, dépistage et prise en charge précoce du cancer du col utérin 140](#_Toc501699487)

[DEUXIEME PARTIE : LES EQUIPEMENTS TECHNIQUES, LES MEDICAMENTS ET LES CONSOMMABLES 147](#_Toc501699488)

[Maternité à MoindreRisque 148](#_Toc501699489)

[Planificationfamiliale 155](#_Toc501699490)

[Dépistage et traitement du cancer du col 165](#_Toc501699491)

[Dépistage et prise en charge médicale du Syphilis et du VIH 169](#_Toc501699492)

[Prévention des infections 170](#_Toc501699493)

[TROISIEME PARTIE:L’ORGANISATION DE SERVICE ET LA GESTION DES RESSOURCES 172](#_Toc501699494)

[LA PREVENTION DES INFECTIONS 173](#_Toc501699495)

[LA FORMATION 180](#_Toc501699496)

[LA GESTION 189](#_Toc501699497)

[LA RECHERCHE 196](#_Toc501699498)

[LA SUPERVISION 198](#_Toc501699499)

[LE SUIVI ET L’EVALUATION 202](#_Toc501699500)

[LA REFERENCE ET LA CONTRE–REFERENCE 205](#_Toc501699501)

[CONCLUSION 208](#_Toc501699502)

[ANNEXES : 209](#_Toc501699503)

## LISTE DES ABREVIATIONS

**ACT** Traitement Combiné à l’Artésunate

**AC** Agents Communautaires

**AG** A Griffes

**AgNO3** Nitrate d’Argent

**AMPE** Allaitement Maternel Précoce et Exclusif

**AMIU** Aspiration Manuelle Intra Utérine

**APQ** Amélioration des Performances et de la Qualité

**ARV** AntiRétroViraux

**AS** Agent de Santé

**AT** Accoucheuse Traditionnelle

**BCG** Bacille de Calmette et Guérin

**BdCF** Bruits du Cœur Fœtal

**BERCER** Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix,

Explication, Retour

**CCC** Communication pour un Changement de

Comportement

**CCV** ContraceptionChirurgicale Volontaire

**CCVF** Contraception Chirurgicale Volontaire Féminine

**CCVM** Contraception Chirurgicale Volontaire Masculine

**CDV** Centre de Dépistage Volontaire

**CHRD** Centre Hospitalier de Référence du District

**CHRR** Centre Hospitalier Régional de Référence

**CHU** Centre Hospitalier Universitaire

**CI** Contraceptif Injectable

**CMM** Consommation Moyenne Mensuelle

**CO** Contraceptif Oral

**COC** Contraceptif Oral Combiné

**COGES** Comité de Gestion

**COP** Contraceptif Oral Progestatif

**CPN** Consultation Prénatale

**CPoN** Consultation Postnatale

**CSB** Centre de Santé de Base

**CU** Contraception d’Urgence

**CVS** Comité Villageois de Santé

**DDR** Date des Dernières Règles

**DHQ** Désinfection de Haute Qualité

**DIU** Dispositif Intra Utérin

**DRS** Direction Régionale de la Santé Publique

**EMAD** Equipe de Management de District

**EVF** Education à la Vie Familiale

**EP** Educateur Pair

**FAF** Fer Acide Folique

**FANOME** Fandraisana Anjara NOMba Entiko

**FR** Fréquence Respiratoire

**FS** Formation Sanitaire

**FSSMN** Fiche de Surveillance de la Santé de la Mère et du Nouveau-né

**GM** Grand Modèle

**ID** Intradermique

**IEC** Information Education Communication

**IFP** Institut de Formation des Paramédicaux

**IM** Intramusculaire

**IST** Infections Sexuellement Transmissibles

**IV** Intraveineuse

**IVA** Inspection Visuelle à l’Acide acétique

**IVL** Inspection Visuelle au Lugol

**MAMA** Méthode d’Allaitement Maternel et d’Aménorrhée

**MII** Moustiquaire Imprégné d’Insecticide

**MID** Moustiquaire à Imprégnation Durable

**MJF** Méthode des Jours Fixes

**MLD** Méthode Contraceptive de Longue Durée

**MM** Moyen Modèle

**MMR** Maternité à Moindre Risque

**PEC** Prise En Charge

**PC** Partenaire Communautaire

**PF** Planification Familiale

**PFI** Planification Familiale Intégrée

**PFN** Planification Familiale Naturelle

**PHAGECOM** PHArmacie à GEstion COmmunautaire

**PHAGDIS** PHArmacie de Gros de DIStrict

**PI** Prévention des Infections

**Polio** Poliomyélite

**PM** Petit Modèle

**PMA** Paquet Minimum d’Activités

**PTA** Plan de Travail Annuel

**PTME** Prévention de Transmission Mère Enfant

**OC** Opération Césarienne

**OMS** Organisation Mondiale de la Santé

**ONG** Organisme Non Gouvernemental

**RAD** Résection à l’Anse Diathermique

**RH** Ressources Humaines

**SA** Semaine d’Aménorrhée

**SAA** Soins Après Avortement

**SBC** Service à Base Communautaire

**SFP** Service de la Formation et du Perfectionnement

**SGI** Sérum Glucosé Isotonique

**SIDA** Syndrome d’Immuno - Déficience Acquise

**SIG** Système d’Information pour la Gestion

**SMI** Santé Maternelle et Infantile

**SONU** Soins Obstétricaux et Néonatals d’Urgence

**SONUB** Soins Obstétricaux et Néonatals d’Urgence de Base

**SONUC** Soins Obstétricaux et Néonatals d’Urgence Complets

**SP** SulfadoxinePyriméthamine

**SR** Santé de la Reproduction

**SRAJ** Santé de la Reproduction des Adolescents et des

 Jeunes

**SDSP** Service de District de la Santé Publique

**MSR** MaternitéSans Risque

**SSSD** Service des Statistiques Sanitaires et Démographique

**T°** Température

**TA** Tension Artérielle

**TAR** Traitement Anti-Retroviral

**TPI** Traitement Préventif Intermittent

**TV** Toucher Vaginal

**UR** Utilisateur Régulier

**VAD** Visite A Domicile

**VAT** VaccinAnti-Tétanique

**VIH** Virus de l’Immunodéficience Humaine

## INTRODUCTION

La Santé de la Reproduction est définie comme un état de bien-être généralet dynamique tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l’appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement, et non pas seulement l’absence de maladie ou d’infirmité (OMS).

Les composantes prioritaires de la Santé de la Reproduction (SR) sont les suivantes :

* la Maternité à Moindre Risque (MMR) et les soins du nouveau-né,
* la Planification Familiale (PF) etla prise en charge de l’infertilité,
* la Santé de la Reproduction des Adolescents et des Jeunes (SRAJ),
* les violences sexuelles et domestiques,
* la lutte contre les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et l’infection à VIH/Sida, l’hépatite,
* la prévention, le dépistage et la prise en charge précoce du cancer du col utérin.

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

* du plaidoyer et de la mobilisation sociale,
* de la promotion de comportements favorables à la SR,
* du renforcement des capacités,
* des offres de services de qualité à accès équitable,
* de suivi et évaluation des programmes.

**Définition des normes et procédures**

Les normes en SR précisent le niveau minimum acceptable de performance attendu pour la mise en œuvre des activités SR.

Les procédures décrivent les instructions étape par étape et les séquences nécessaires pour exécuter une tâche ou une activité en précisant les équipements et les fournitures nécessaires, et en travaillant dans l’environnement défini par la politique et les normes.

**A qui s’adresse le document ?**

Le présent document s’adresse à tous les intervenants en Santé de la Reproduction : les prestataires, les responsables des établissements sanitaires, les responsables de programme et les partenaires du Ministère de la Santé Publique pour les aider à respecter les normes et les procédures afin d’offrir des services standardisés de qualité.

**Structure du document :**

Le document comprend trois parties :

***La première partie*** décrit les normes suivies des procédures relatives aux prestations de services des différentes composantes de la SR. En fonction de chaque composante :

* suivant chaque service, les normes présentées portent sur les informations suivantes :
* la définition du service,
* le but et les objectifs du service,
* le niveau de la pyramide sanitaire où le service est offert,
* la catégorie professionnelle de personnel qui peut offrir le service,
* le moment ou la périodicité de la fourniture du service,
* les cibles ou les bénéficiaires du service.
* Pour chaque service concerné, les procédures présentées portent sur la description des actions ou des tâches pour chaque niveau de prestation de services, et par type d’intervenant, en tenant compte des différentes étapes et des séquences.

***La deuxième partie*** présente les informations sur les équipements, les médicaments et les consommables nécessaires pour l’offre de services.

***La troisième partie*** porte sur l’organisation des services et la gestion des ressources qui supportent les composantes décrites. Quel que soit le niveau et la catégorie professionnelle, les informations relatives à cette partie sont applicables et concernent :

* la prévention des infections,
* la formation,
* la gestion,
* la recherche
* la supervision
* le suivi/évaluation,
* et la référence/contre référence.

## PREMIERE PARTIE:LES PRESTATIONS DE SERVICES

Dans cette première partie du document, seront développées les normes et procédures des différentes prestations de services offertes pour chaque composante de la SR retenue à Madagascar. Ces prestations reposent sur trois aspects à savoir la promotion, la prévention et la prise en charge et tiennent compte de l’approche genre et droits humains.

### DROITS EN SANTE DE LA REPRODUCTION

##### NORMES

1. DEFINITION :

Les droits en santé de la reproduction englobent à la fois des libertés et des droits acquis liés aux droits civils, politiques, économiques, socio-culturels et sont donc directement liés aux autres droits fondamentaux de la personne, et notamment :

* Au droit à la vie.
* Au droit à la liberté et à la sûreté de la personne.
* Au droit au meilleur état de santé susceptible d’être atteint y inclus la santé sexuelle et reproductive.
* Au droit de consentir au mariage et à l’égalité dans le mariage.
* Au droit au respect de la vie privée.
* Au droit à l’égalité et à la non-discrimination.
* Au droit à la protection contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants.
* Au droit à l’éducation, y inclus à l’éducation sexuelle.
* Au droit de rechercher, de communiquer et de recevoir des informations et de jouir de la liberté d’expression.
* Au droit de bénéficier du progrès scientifique.

Le respect de ces droits en santé de la reproduction requiert :

* L’accès aux informations exactes ;
* L’accès aux méthodes de contraception sûres, efficaces, abordables et acceptables ;
* La capacité de se protéger et de traiter les infections sexuellement transmissibles et le VIH/Sida ;
* L’accès aux services qui aideront à vivre au mieux la grossesse, à accoucher en sureté et à mettre au monde un bébé en bonne santé.

Les droits en santé de la reproduction s’appliquent à tout individu y compris aux adolescents.

1. BUT :

L’application des droits en santé de la reproduction a pour but d’éviter toute discrimination, coercition ou violence à l’égard des patients bénéficiaires des services de santé de la reproduction.

1. LIEUX DE PRESTATION :
* Niveau communautaire
* Formations sanitaires publiques et privées à tous les niveaux
* Cabinet médical d’exercice libéral
* Services amis des jeunes
* Structures offrant des services en santé de la reproduction.
1. PRESTATAIRES :
* Agents communautaires
* Médecins, sages-femmes, infirmiers,
* Fonctionnaires de la loi
* Travailleurs sociaux.

##### PROCEDURES PAR NIVEAU ET PAR TYPE D’INTERVENTION:

La connaissance des droits en santé de la reproduction implique la responsabilisation de tous les prestataires de santé, dans l’application des droits en SR. Ils doivent garantir que les différents aspects des droits du patient soient systématiquement et clairement intégrés lors de leurs prestations.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***DROITS DU PATIENT*** | ***Niveau communautaire*** | ***Premier contact (CSB)*** | ***Référence (CHRD, CHRR, CHU)*** |
| **Droit à l’information** | * Informer les patients sur leurs droits en SR.
* Informer les patients sur le comment et où ils/elles peuvent obtenir plus d’informations en SR et sur les services y afférents.
* Informer les patients sur l’importance du continuum de soins
 |
| **Droit à l’accès aux services** | - S’assurer que les services atteindront, sans discrimination, tous les individus qui en ont besoin, même ceux pour qui les services réguliers de santé ne sont pas facilement accessibles notamment pour les adolescents et jeunes.  |
| **Droit à la liberté de choix** | * Fournir des informations impartiales et complètes, pour permettre un choix libre et éclairé par le/la patient(e) : choisir le lieu, le type de prestataire, la modalité d’obtention des soins…...
* Assurer la disponibilité d’une gamme complète en intrants SR.
 |
| **Droit à la sécurité**  | Selon le niveau de prestation :₋Assurer la qualité des prestations de services (infrastructures et équipement de la formation sanitaire, compétence technique des prestataires de services et intrants de santé). ₋Respecter les critères d’éligibilité médicale des produits SR avant toute prescription ₋Apprendre au patient l’utilisation convenable du traitement prescrit₋Assurer la disponibilité de matériels et instruments adéquats pour la prestation de services en toute sécurité. ₋Prendre en charge selon les normes les complications ou effets indésirables. Référer le/la patient(e) le cas échéant₋Pratiquer la prévention des infections. ₋Assurer le suivi du / de la patient(e) selon les normes. |
| **Droit à l’intimité**  | ₋Assurer la disponibilité d’un environnement où le/la patient(e) se sent en confiance (pour la conversation, examens physiques).₋Informer le/la patient(e) sur le type et le motif d’examen qui va être entrepris. |
| **Droit à la confidentialité** | ₋S’abstenir de parler des patients en dehors du centre de santé et avec d’autres personnes même avec l’équipe de santé sauf en cas de nécessité. ₋Garder les dossiers des patients fermés et les classer immédiatement après usage. |
| **Droit à la dignité**  | ₋Traiter les patients avec courtoisie, considération, attention, et avec le total respect de leur dignité, sans considération de leur niveau d’instruction, statut social, ou tout autre caractéristique qui peut les singulariser ou les faire dénigrer. ₋Mettre de côté ses préjugés personnels, de genre, d’état civil, de statut social ainsi que ses préjugés et attitudes intellectuelles. |
| **Droit au confort**  | ₋Assurer la commodité des locaux où les services sont délivrés et veiller à la qualité des services (aération adéquate, disponibilité de la lumière, des chaises et des toilettes). ₋Eviter les longues files d’attente pour les patients. |
| **Droit à la continuité de service** | ₋Assurer la continuité et la pérennisation des services. ₋Pratiquer l’intégration des services de santé maternelle, néonatale et infantile aux autres services du centre.₋Assurer selon les instructions le suivi des patients. |
| **Droit d’opinion**  | -Laisser les patients exprimer leurs points de vue sur les services qu’ils reçoivent, soit sous forme de remerciements ou de doléances, aussi bien que leurs suggestions d’amélioration de la prestation de services.  |

### MATERNITE A MOINDRE RISQUE

*La Maternité à Moindre Risque (MMR) comprend les soins des mères et des nouveau-nés et comporte les prestations de service suivantes :*

* Les soins prénatals (CPN)
* La surveillance du travail, de l’accouchement et du post partum immédiat, les Soins Obstétricaux et Néonatals d’Urgence de Base (SONUB) et Complets (SONUC)
* Les soins postnatals(CPoN)
* Les soins après avortement (SAA)
* La prévention, dépistage et prise en charge des fistules obstétricales
* La Surveillance des Décès Maternels et Riposte

#### Soins prénatals

##### NORMES

###### DEFINITION :

Les soins prénatals sont des soins axés sur des objectifs, centrés sur le client, à temps, simples, bénéfiques, respectueux et sans risque destinés aux femmes enceintes ; ces soins sont offerts par un prestataire qualifié et mettent un accent sur la santé générale, la préparation à l’accouchement, la préparation à la survenue des complications qui peuvent apparaître au cours de la grossesse, le travail, l’accouchement et le postpartum.

###### BUT

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

###### LIEUX DE PRESTATION

L’offre de service prénatal peut être effectuée à différents niveaux :

* Niveau communautaire
* Formations sanitaires de base (CSB)
* Formations sanitaires de référence de District, Régionale etUniversitaire (CHRD, CHRR, CHU)

###### PRESTATAIRES

Les personnes qui peuvent offrir les services prénatals sont les suivants :

* Agents Communautaires,
* Sage-femmes,
* Infirmiers offrant les prestations en maternité,
* Médecins généralistes,
* Médecins spécialistes en gynéco-obstétrique.

###### MOMENT/PÉRIODICITE DES CONSULTATIONS PRÉNATALES

L’OMS préconise **« 8 visites »** durant la grossesse car : « des consultations plus fréquentes et de meilleure qualité pour toutes les femmes au cours de la grossesse faciliteront l’application des mesures préventives et la détection précoce des risques » (www.who.int/antenatale-care-guide line).

La fréquence requise pour les CPN est de :

* **Contact 1 (**8 à 12 Semaines d’Aménorrhée (SA)) : diagnostic de la grossesse **;**
* **Contact 2 et Contact 3** (13 à 26SA) : dépistage des maladies et prévention des accouchements prématurés ;
* **Contact 4 et Contact 5 (**27 à34SA) : prévention des accouchements prématurés et dépistage des complications ;
* **Contact 6, Contact 7 et Contact 8**(à partir 36 SA) : dépistage des complications et pronostic de l’issue de l’accouchement

(cf Recommandations OMS)

##### PROCÉDURES PAR NIVEAU ET PAR TYPE D’INTERVENANT

| **Offre de Services** | **Niveau communautaire****(Agent Communautaire)** | **Premier contact : CSB****(Sages-femmes, Infirmiers et médecins généralistes)** | **Référence : CHRD, CHRR, CHU****(Sages-femmes, Infirmiers, médecins généralistes et spécialistes)** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1-Communication pour la promotion de la santé et la prévention des complications | •Mener des séances desensibilisation sur:₋les avantages de la CPN et de l’accouchement dans les formations sanitaires, les signes de danger durant la grossesse₋le rythme des CPN₋la prévention des hémorragies du post-partum,₋la prévention de l’infection ombilicale du nouveau-né par la Chlorhexidine₋la prévention du paludismepour les zones à haute transmission * méfaits du paludisme
* utilisation de moustiquaire imprégnée d’insecticide (MII/MID)
* Traitement Préventif Intermittent à la Sulfadoxine Pyriméthamine (TPI à la SP) pour les zones de transmission modérée et transmission forte de paludisme à partir de la 13ème semaine de la grossesse jusqu’à l’accouchement avec intervalle de UN MOIS entre les prises»
* utilisation obligatoire des MII/MID en cas de déplacement dans les zones à haute transmission
* consultation médicale au niveau du Centre de Santé en cas de fièvre
* Les conseils hygiéno-diététiques:
* alimentation saine et maintien d’une activité physique pendant la grossesse
* avantages de la supplémentation en fer et acide folique
* hygiène intime et corporelle (ongles, mains, seins,…)
* effets néfastes de la prise de tabac, drogue, alcool, tambavy
* AMPE
* la vaccination (mère et enfant)
* Sensibilisation sur IST/VIH
* la consultation immédiate au centre de santé devant les signes de danger de la grossesse
* l’incitation des hommes à s’impliquer et à soutenir leurs compagnes ou épouses durant la grossesse, l’accouchement et le post-partum
* l’orientation vers la consultation immédiate au centre de santé devant tout cas de violence basée sur le genre
* le plan d’accouchement et d’urgence
* la distribution et remplissage du carnet de santé de la mère
 | •Mener des séances de sensibilisation sur :₋les avantages de la CPN et de l’accouchement dans les formations sanitaires, les signes de danger durant la grossesse,₋le rythme des CPN₋la prévention des hémorragies du post-partum₋la prévention de l’infection ombilicale du nouveau-né par la Chlorhexidine₋la prévention du paludismepour les zones à haute transmission* méfaits du paludisme
* utilisation de moustiquaire imprégnée d’insecticide (MII/MID)
* Traitement Préventif Intermittent à la Sulfadoxine Pyriméthamine (TPI à la SP) pour les zones de transmission modérée et transmission forte de paludisme à partir de la 13ème semaine de la grossesse jusqu’à l’accouchement avec intervalle de UN MOIS entre les prises»
* utilisation obligatoire des MII/MID en cas de déplacement dans les zones à haute transmission
* consultation médicale au niveau du Centre de Santé en cas de fièvre
* Les conseils hygiéno-diététiques:
* alimentation saine et maintien d’une activité physique pendant la grossesse
* avantages de la supplémentation en fer et acide folique
* hygiène intime et corporelle (ongles, mains, seins,…)
* effets néfastes de la prise de tabac, drogue, alcool, tambavy
* AMPE
* le counseling Planning Familial du Post-Partum (PFPP)
* la vaccination (mère et enfant),
* La prévention des IST/VIH et Hépatites (PTME):
* avantages de la PTME,
* dépistage IST/VIH et Hépatites,la prise en charge en cas de séropositivité,
* Information pré test sur VIH à toutes les femmes enceintes
* la consultation médicale en cas de présence de suspicion de tuberculose (3A: Amaigrissement, Asthénie, Anorexie)
* la consultation immédiate au centre de santé devant les signes de danger de la grossesse
* l’incitation des hommes à s’impliquer et à soutenir leurs compagnes ou épouses durant la grossesse, l’accouchement et le post-partum
* la consultation immédiate au centre de santé devant tout cas de violence basée sur le genre
* l’établissement du plan d’accouchement et d’urgence
* la distribution et remplissage du carnet de santé de la mère
 | •Mener des séances de sensibilisation sur:₋les avantages de la CPN et de l’accouchement dans les formations sanitaires, les signes de danger durant la grossesse,₋le rythme des CPN,₋la prévention des hémorragies du post-partum₋la prévention de l’infection ombilicale du nouveau-né par la Chlorhexidine₋la prévention du paludismepour les zones à haute transmission * méfaits du paludisme
* utilisation de moustiquaire imprégnée d’insecticide (MII/MID)
* Traitement Préventif Intermittent à la Sulfadoxine Pyriméthamine (TPI à la SP) pour les zones de transmission modérée et transmission forte de paludisme à partir de la 13ème semaine de la grossesse jusqu’à l’accouchement avec intervalle de UN MOIS entre les prises»
* utilisation obligatoire des MII/MID en cas de déplacement dans les zones à haute transmission
* consultation médicale au niveau du Centre de Santé en cas de fièvre
* Les conseils hygiéno-diététiques:
* alimentation saine et maintien d’une activité physique pendant la grossesse
* avantages de la supplémentation en fer et acide folique
* hygiène intime et corporelle (ongles, mains, seins,…)
* effets néfastes de la prise de tabac, drogue, alcool, tambavy
* AMPE
* le counseling Planning Familial du Post-Partum (PFPP)
* la vaccination (mère et enfant),
* la prévention des IST/VIH et Hépatites (PTME):
* avantages de la PTME,
* dépistage IST/VIH et Hépatites, la prise en charge en cas de séropositivité
* Information pré test sur VIH à toutes les femmes enceintes
* la consultation médicale en cas de présence de suspicion de tuberculose (3A: Amaigrissement, Asthénie, Anorexie)
* la consultation immédiate au centre de santé devant les signes de danger de la grossesse
* l’incitation des hommes à s’impliquer et à soutenir leurs compagnes ou épouses durant la grossesse, l’accouchement et le post-partum
* la consultation immédiate au centre de santé devant tout cas de violence basée sur le genre
* l’établissement du plan d’accouchement et d’urgence
* la distribution et remplissage du carnet de santé de la mère
 |
| * 2. **Consultation Prénatale**
* **Contact 1** (8 à 12 Semaines d’Aménorrhée (SA)) : diagnostic de la grossesse**.**
* **Contact 2 et Contact 3** (13 à 26SA) : dépistage des maladies et prévention des accouchements prématurés
 | • Effectuer un recensement périodique trimestriel des femmes enceintes* Orienter les femmes présumées enceintes vers les structures sanitaires (CSB) pour les consultations prénatales/renforcer le message pour une CPN précoce

• Référer les femmes présentant des signes de danger | 1-Accueillir la femme et le membre de sa famille, la mettre à l’aise et en confiance avec respect de ses droits 2-Effectuer l’évaluation rapide et la prise en charge immédiate de toute femme présentant un signe de danger3-Remplir la première page de la FSSMN 4-Effectuer l’examen clinique en appliquant les mesures de PI:Examen général et obstétrical complet, cf liste de vérification de la CPN Focalisée5-Effectuer l’examen para clinique-Dépistage et tests:Hémoglobine SyphilisVIHHépatitesTuberculoseGroupe sanguin/Rh\* Bactériurie\*Test de grossesseEchographie obstétricale6-Traitements éventuels des infections:(Syphilis, IST, VIH, Hépatites) -Traiter précocement avec BENZANTHINE PENICILLINE les femmes dépistées positives à la syphilis et leur(s) partenaires selon le protocole *Si la femme est SEROPOSITIVE au VIH* : * Counseling post test
* Administrer des ARV prophylactique selon le protocole national
* Donner la 1ère dose de SULFADOXINE PYRIMETAMINE

(on ne peut pas administrer de Sulfadoxine Pyriméthamine aux  femmes recevant un traitement prophylactique par cotrimoxazole, en raison d'un risque plus élevé d'événements indésirables de deux sulfamides à la fois )* Effectuer la vaccination Antitétanique suivant le calendrier vaccinal
* Traiter les infections opportunistes si indiquées
* Conseiller la femme sur:
* L’utilisation du préservatif
* L’alimentation équilibrée
* La nécessité d’accoucher dans une structure sanitaire tenue par un personnel qualifié
* Les avantages du traitement à l’ARV
* L’importance d’impliquer le partenaire à faire son dépistage
* La nécessité d’avoir un suivi médical
* L’existence de réseaux pouvant assurer à elle et à sa famille un support psycho social
* Référer vers le centre

disposant un médecinréférent les femmes enceintes dépistées séropositives* Donner la supplémentation en Vit A à petites doses 5000 à 10000 UI par jour à partir du 4ème mois jusqu’à la fin de la grossesse
* Donner  AU MOINS 3 doses de  TPI à la Sulfadoxine Pyriméthamine jusqu’à l’accouchement avec un mois d’intervalle entre les prises
* Conseiller la femme sur:
* les options d’alimentation du nourrisson : AME pendant 6 mois ou allaitement artificiel exclusif
* l’observance du TAR
* la continuité de l’utilisation de préservatif à chaque rapport sexuel même avec son époux

*Si la femme est SERONEGATIVE au VIH*, l’éduquer pour garder sa séronégativité ainsi que son partenaire7-Mesures préventives :-Vaccination antitétanique (selon le statut vaccinal de la femme) -Fer et folate+-Education sanitaire et conseils de santé et counseling PFPP selon les thèmes sur la Communication pour la promotion de la santé et la prévention des complications (utilisation du cahier de CCC)- Prévention du paludisme dans les zones de transmission modérée et transmission forte de paludisme.**a)** TPI: à commencer très tôt à partir du 2ème trimestre de la grossesse (13ème semaine) jusqu’à l’accouchementAu moins 3 doses de 3 comprimés de SPIntervalle entre les prises: UN mois au minimum **b)** Utilisation de la moustiquaire imprégnée d’insecticide 8- Aider la femme à établir son pland’accouchement et d’urgence en tenant compte de la situation de la grossesse₋les fonds nécessaires,₋les fournitures pour le nouveau-né₋les articles nécessaires pour un accouchement propre et sûr₋le lieu de l’accouchement,₋Identifier les accompagnateurs₋le transport,₋la prise de décision et le soutien,₋les donneurs de sang, | 1-Accueillir la femme et le membre de sa famille, la mettre à l’aise et en confiance avec respect de ses droits 2-Effectuer l’évaluation rapide et la prise en charge immédiate de toute femme présentant un signe de danger3-Remplir la première page de la FSSMN 4-Effectuer l’examen clinique en appliquant les mesures de PI:Examen général et obstétrical complet, cf liste de vérification de la CPN Focalisée5-Effectuer l’examen para clinique-Dépistage et tests :Hémoglobine SyphilisVIHHépatitesTuberculoseGroupe sanguin/Rh\* Bactériurie\*Test de grossesseEchographie obstétricale6-Traitements éventuels des infections:(Syphilis, IST, VIH, Hépatites) -Traiter précocement avec BENZANTHINE PENICILLINE les femmes dépistées positives à la syphilis et leur(s) partenaires selon le protocole *Si la femme est SEROPOSITIVE au VIH* : * Counseling post-test
* Administrer des ARV prophylactique selon le protocole national
* Donner la 1ère dose de SULFADOXINE PYRIMETAMINE

(on ne peut pas administrer de Sulfadoxine Pyriméthamine aux  femmes recevant un traitement prophylactique par cotrimoxazole, en raison d'un risque plus élevé d'événements indésirables de deux sulfamides à la fois » * Effectuer la vaccination Antitétanique suivant le calendrier vaccinal
* Traiter les infections opportunistes
* Conseiller la femme sur:
* L’utilisation du préservatif
* L’alimentation équilibrée
* La nécessité d’accoucher dans une structure sanitaire tenue par un personnel qualifié
* Les avantages du traitement à l’ARV
* L’importance d’impliquer le partenaire à faire son dépistage
* La nécessité d’avoir un suivi médical
* L’existence de réseaux pouvant assurer à elle et à sa famille un support psycho social
* Référer vers le centre disposant un médecin référent les femmes’ enceintes dépistées séropositives
* Donner la supplémentation en Vit A à petites doses 5000 à 10000 UI par jour à partir du 4ème mois jusqu’à la fin de la grossesse
* Donner  AU MOINS 3 doses de  TPI à la Sulfadoxine Pyriméthamine jusqu’à l’accouchement avec un mois d’intervalle entre les prises
* Conseiller la femme sur:
* les options d’alimentation du nourrisson: AME pendant 6 mois ou allaitement artificiel exclusif
* l’observance du TAR
* la continuité de l’utilisation de préservatif à chaque rapport sexuel même avec son époux

*Si la femme est SERONEGATIVE au VIH*, l’éduquer pour garder sa séronégativité ainsi que son partenaire 7-Mesures préventives:-Vaccination antitétanique (selon le statut vaccinal de la femme) -Fer et folate+-Education sanitaire et conseils de santé et counseling PFPP selon les thèmes sur la Communication pour la promotion de la santé et la prévention des complications (utilisation du cahier de CCC)-Prévention du paludisme dans les zones de transmission modérée et transmission forte de paludisme. **a)** TPI: à commencer très tôt à partir du 2ème trimestre de la grossesse (13ème semaine) jusqu’à l’accouchementAu moins 3 doses de 3 comprimés de SPIntervalle entre les prises : UN mois au minimum **b)** Utilisation de la moustiquaire imprégnée d’insecticide 8- Aider la femme à établir son pland’accouchement et d’urgence en tenant compte de la situation de la grossesse₋les fonds nécessaires,₋les fournitures pour le nouveau-né₋-les articles nécessaires pour un accouchement propre et sûr₋le lieu de l’accouchement,₋ Identifier les accompagnateurs₋le transport,₋la prise de décision et le soutien,₋les donneurs de sang, |
| * **Contact 4 et Contact 5**(27 à34 SA) : prévention des accouchements prématurés et dépistage des complications ;
 | • Orienter vers la formationsanitaire les femmesprésentant des maladies oude signes de danger• S’assurer que la femmea suivi les instructionsde la sage-femme ou du médecin lors de la consultation prénatale oulors des références• Aider la femme àSuivre le plan individueld’accouchement et d’urgences établies avec la sage-femme ou le médecin lorsdes visites antérieures• Rechercher les perdus de vue (femme qui n’est pas venu pour le RDV) | Prendre en charge les maladies et complications existantes selon le plateau technique1. Accueillir la femme et le membre de sa famille, la mettre à l’aise et en confiance avec respect de ses droits
2. Evaluer et prendre en charge rapidement les signes d'urgence, administrer le traitement approprié et transférer vers l'hôpital, si nécessaire
3. Consulter les dossiers pour noter les complications précédentes et les traitements donnés pendant la grossesse. Reclasser si nécessaire.
4. Effectuer l’examen clinique en appliquant les mesures de PI:
5. Dépistage et tests si non fait lors des CPN ultérieures
6. Traitements éventuels cf Contact 1-2-3
7. Mesures préventives cf Contact 1-2-3
8. Education sanitaire et conseils de santé : Plan d'urgence et préparatifs à la naissance,

renforcement des conseils précédents cf Contact 1-2-31. Prendre en charge les maladies et complications existantes selon le plateau technique

Prise en charge de la Pre-éclampsie et éclampsiej. Référer si complication |  Prendre en charge les maladies et complications existantes selon le plateau technique1. Accueillir la femme et le membre de sa famille, la mettre à l’aise et en confiance avec respect de ses droits

b. Evaluer et prendre en charge rapidement les signes d'urgence, administrer le traitement approprié c. Consulter les dossiers pour noter les complications précédentes et les traitements donnés pendant la grossesse. Reclasser si nécessaire.d. Effectuer l’examen clinique en appliquant les mesures de PI:e. Dépistage et tests si non fait lors des CPN ultérieuresf. Traitements éventuels cf Contact 1-2-3g. Mesures préventives cf Contact 1-2-3h. Education sanitaire et conseils de santé : Plan d'urgence et préparatifs à la naissance,renforcement des conseils précédents cf Contact 1-2-3i. Prendre en charge les maladies et complications existantes selon le plateau technique Prise en charge de la Pre-éclampsie et éclampsie |
| * **Contact 6, Contact 7 et Contact 8** (à partir 36 SA) : dépistage des complications et pronostic de l’issue de l’accouchement
 | •Orienter vers la formationsanitaire les femmesprésentant des maladies oudes signes de danger•S’assurer que la femme a suivi les instructions de la sage-femme ou du médecin lors de la consultation prénatale ou lors des références•Aider la femme à suivre le plan individuel d’accouchement et d’urgences établies avec la sage-femme ou le médecin lorsdes visites antérieuresRechercher les perdues de vue (femme qui n’est pas venu pour le RDV)•A partir de la 36ème SA : donner à la femme les 3cp de Misoprostol 200µg pour la prévention de l’hémorragie du postpartum et le tube de Chlorhexidine 7.1% gel pour la prévention de l’infection ombilicale | 1-Accueillir la femme et le membre de sa famille, la mettre à l’aise et en confiance avec respect de ses droits 2-Evaluer et prendre en charge rapidement les signes d'urgence, administrer le traitement approprié et transférer vers l'hôpital, si nécessaire3- Consulter les dossiers pour rechercher les complications précédentes et les traitements donnés pendant la grossesse. Reclasser si nécessaire.4-Effectuer l’examen clinique en appliquant les mesures de PI: cf. Contact 4-5-Dépistage et tests : cf. Contact 4-5-Echographie Obstétricale6-Traitements éventuels : cf. Contact 4-5-7-Mesures préventives :cf. Contact 4-5-8-Education sanitaire et conseils de santé : Plan d'urgence et préparatifs à la naissanceRenforcement des conseils précédents :cf. Contact 1-2-39- Prendre en charge les maladies etcomplications existantes selon le plateau technique Prise en charge de la Pré-éclampsie et éclampsie10- Référer si complication | 1-Accueillir la femme et le membre de sa famille, la mettre à l’aise et en confiance avec respect de ses droits 2- Evaluer et prendre en charge rapidement les signes d'urgence, administrer le traitement approprié 3- Consulter les dossiers pour rechercher les complications précédentes et les traitements donnés pendant la grossesse. Reclasser si nécessaire.4-Effectuer l’examen clinique en appliquant les mesures de PI :cf Contact 4-5-5-Dépistage et tests : cf. Contact 4-5Echographie Obstétricale6-Traitements éventuels: cf. Contact 4-5-7-Mesures préventives :cf. Contact 4-5-8-Education sanitaire et conseils de santé : Plan d'urgence et préparatifs à la naissanceRenforcement des conseils précédents : cf. Contact 1-2-39- Prendre en charge les maladies et complications existantes selon le plateau technique :Prise en charge de la Pré-éclampsie et éclampsie |

#### Surveillance du travail, de l’accouchement et du post partum immédiat : soins périnatals

##### NORMES

###### DEFINITION :

La surveillance de l’accouchement est l’ensemble des soins et des gestes effectués au cours de ses trois phases c’est-à-dire le travail, l’expulsion et la délivrance.

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

###### BUT

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

###### OBJECTIFS

***La surveillance a pour objectifs de :***

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

###### LIEUX DE PRESTATION

La surveillance doit être effectuée dans tout centre d’accouchement : formations sanitaires publiques, privées, confessionnelles ou non (CSB, CHRD, CHRR et CHU) ;

###### PRESTATAIRES

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

* Sages-femmes
* Infirmiers offrant les prestations en maternité
* Médecins généralistes et spécialistes en gynécologie-obstétrique

###### MOMENT/PÉRIODICITÉ

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

•les trois phases de l’accouchement :

-le travail : première phase,

-l’expulsion : deuxième phase,

-la délivrance : troisième phase,

•le post partum :

- 24 premières heures après l’accouchement

- 3ème jour après l’accouchement

- entre 7ème et 14ème jour après l’accouchement

- 6ème semaine

##### PROCÉDURES PAR NIVEAU ET PAR TYPE D’INTERVENANT

| **Offre de Services** | **Niveau communautaire****(Agent Communautaire)** | **Premier contact : CSB****(Sages-femmes, Infirmiers et médecins généralistes)** | **Référence : CHRD, CHRR, CHU****(Sages-femmes, Infirmiers, médecins généralistes et spécialistes)** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1-Soins essentielsà la femmependantle travail | Si l’agent communautaire est présent dans la formation sanitaire : -Apporter un soutien psychologique à la parturiente-Donner à boire et à manger en quantité suffisante | Préparer les matériels pour l’accouchement et vérifier le Kit Individuel d’Accouchement (KIA ou équivalent)Accueillir la parturiente et les membres de sa famille avec respect et amabilitéAppliquer les procédures de prévention des infections Encourager la femme à se laver et à vider sa vessieNettoyer le périnée de l’avant vers arrière à l’aide d’une pince et d’une compresse humidifiée avec de l’antiseptique Eviter les touchers intempestifsPlacer un alèze propre sous la femme et un linge propre sur son abdomenEvaluer et traiter les cas d’urgencePoser le diagnostic de la présentationUtiliser le partogramme pour le suivi du travail (présentation céphalique)Inviter un accompagnateur à soutenir la femme dans la salle d’accouchementRespecter le choix de la femme sur la position pour l’accouchement et respecter son intimité (Accouchement à Style Libre ASL)Apporter un soutien psychologique à la parturiente et l’encourager à boire en quantité suffisante et à mangerPrendre des décisions rapides suivant les données du partogrammeInformer la femme et sa famille sur le progrès du travail et/ ou sur la nécessité de référenceOrganiser la référence en cas de besoinNB.-Eviter le rasage de la région pelvienne - Proscrire le lavement évacuateur- Eviter de rompre la poche des eaux sauf en cas d’hypercinésie utérine ou après administration d’ocytocine en perfusion | Préparer les matériels pour l’accouchement et vérifier le Kit Individuel d’Accouchement (KIA ou équivalent)Accueillir la parturiente et les membres de sa famille avec respect et amabilitéAppliquer les procédures de prévention des infections Encourager la femme à se laveret à vider sa vessieNettoyer le périnée de l’avant vers arrière à l’aide d’une pince et d’une compresse humidifiée avec de l’antiseptique Eviter les toucher intempestifsPlacer un alèze propre sous la femme et un linge propre sur son abdomenEvaluer et traiter les cas d’urgencePoser le diagnostic de laprésentationUtiliser le partogramme pour le suivi du travail (présentation céphalique)Inviter un accompagnateur à soutenir la femme dans la salle d’accouchementRespecter le choix de la femme sur la position pour l’accouchement et respecter son intimité (Accouchement à Style Libre ASL)Apporter un soutien psychologique à la parturiente et l’encourager à boire en quantité suffisante et à mangerPrendre des décisions rapides suivant les données du partogrammeInformer la femme et sa famille sur leprogrès du travail et/ ou la nécessité d’une OCNB.- Eviter le rasage de la région pelvienne - Proscrire le lavement évacuateur- Eviter de rompre la poche des eaux sauf en cas d’hypercinésie utérine ou après administration d’ocytocine en perfusion |
| 2. Soins essentielsà la femme pendant la 2ème et la 3ème phase de l’accouchement | - Si l’agent communautaire est présent dans la formation sanitaire :* Apporter un soutien psychologique à la parturiente
* Donner à boire et à manger en quantité suffisante

-en cas exceptionnel d’accouchement à domicile, l’utilisation du Misoprostol pour l’accouchée se fait par l’agent communautaire formé avec balise  | * Appliquer les procédures de prévention des infections
* Apporter un soutien psychologique et émotionnel à la parturiente

**Assister à l’accouchement**Suivre l’évolution du travail en continuant à remplir le partogrammeProtéger le périnée lors de l’expulsion du fœtusEffectuer une épisiotomie seulement en cas d’accouchement par le siège, dystocie des épaules, extraction par ventouse ou existence d’une cicatrice vicieuse.Placer le bébé immédiatement sur le ventre de sa mère : peau à peau | • Prendre en charge les cas référés• Apporter un soutien psychologiqueet émotionnel à la parturiente**Assister à l’accouchement**Suivre l’évolution du travail en continuant à remplir le partogrammeProtéger le périnée lors de l’expulsion du fœtusEffectuer une épisiotomie seulement en cas d’accouchement par le siège, dystocie des épaules, extraction par ventouse ou existence d’une cicatrice vicieuse.Placer le bébé immédiatement sur le ventre de sa mère : peau à peau |
| 2. Soins essentielsà la femme pendant la 2ème et la 3ème phase de l’accouchement (suite) | Si l’agent communautaire est présent dans la formation sanitaire : -Apporter un soutien psychologique à la parturiente-Continuer le massage utérin toutes les 15 minutes pendant les 2 premières heures.  | Gestion Active de la Troisième Phase de l’Accouchement (GATPA)-se préparer-préparer le matériel-préparer l’accouchée* palper l’abdomen pour vérifier l’absence d’un deuxième fœtus
* injecter 10 UI d’Ocytocine en intramusculaire (première intention)
* (si Ocytocine non disponible : 3cp de Misoprostol à 200µg par voie orale)
* Clamper et couper le cordon ombilical dès cessation de la pulsation
* Enrouler le cordon autour de la pince et effectuer une traction continue et contrôlée du cordon tout en refoulant l’utérus vers le haut pour éviter l’inversion utérine
* masser l’utérus
* examiner le placenta : face maternelle, face fœtale et les membranes
* examiner le vagin et le périnée pour détecter une lacération ou déchirures
* suturer les déchirures ou l’épisiotomie
* nettoyer le périnée de la femme avec du savon et de l’eau tiède à l’aide d’une pince et des compresses en allant de l’avant vers l’arrière
 | Gestion Active de la Troisième Phase de l’Accouchement-se préparer-préparer le matériel-préparer l’accouchée* palper l’abdomen pour vérifier
* l’absence d’un deuxième fœtus
* injecter 10 UI d’Ocytocine en intra musculaire (première intention)
* (si Ocytocine non disponible : 3cp de Misoprostol 200µg par voie orale)
* Clamper et couper le cordon ombilical dès cessation de la pulsation
* Enrouler le cordon autour de la pince et effectuer une traction continue et contrôlée du cordon tout en refoulant l’utérus vers le haut pour éviter l’inversion utérine
* masser l’utérus
* examiner le placenta : face maternelle, face fœtale et les membranes
* examiner le vagin et le périnée pour détecter une lacération ou déchirures
* suturer les déchirures ou l’épisiotomie
* nettoyer le périnée de la femme avec du savon et de l’eau tiède à l’aide d’une pince et des compresses en allant de l’avant
 |
| 3. Soins essentielsau nouveau-né | en cas exceptionnel d’accouchement à domicile, l’utilisation de la Chlorhexidine pour le nouveau-né se fait  par l’agent communautaire formé avec balise. | s’assurer que toutes les surfaces avec lesquelles le bébé entre en contact soient propres, sèches et bien éclairées•parler à la mère pendant la vérification des matériels et lui expliquer ce qu’on va faire •se laver les mains et porter les équipements de protection personnelle•enfiler des gants stériles aux deux mains•accueillir le bébé dans un linge propre et le placer sur le ventre de sa mère : peau à peau (ne jamais tenir le bébé par les pieds)•aspirer à l’aide d’une poire /pingouin en commençant par la bouche et après le nez seulement en cas de méconium•Essuyer le bébé et changer le linge humide, lui mettre un bonnet et le maintenir au chaud: contact peau à peau à sa mère et couvrir les deux•Aider à l’initiation de l’allaitement maternel précoce exclusif•Verser deux gouttes de Gentamycine collyre dans chaque œil du bébé•Nouer/clamper le cordon fermement en s’assurant qu’il ne saigne plus et laisser à l’air libre**NB** : dans les situations où l’hygiène n’est pas assurée, appliquer la **Chlorhexidine gel 7,1%** depuis le bout du moignon ombilical jusqu’ à la base• administrer 1mg de vit K1 à un bébé de poids normal et 0,5mg à un bébé de faible poids à la naissance (inferieur à 2500g)•prendre la température du bébé et le peser•vérifier le tonus du bébé et surveiller ses paramètres vitaux •dépister les malformations du bébé et en informer la mère•Informer la mère que le bain sera retardé d’au moins 6heures•Trier les déchets et décontaminer les matériels usés•Retirer les gants et se laver les mains•Noter les principales constatations, les soins et le plan de soins dans le carnet de l’enfant• Vacciner l le bébé en BCG et en VPO•Faire une évaluation rapide et prendre en charge d’urgence tout enfant présentant un signe de danger Prendre en charge les nouveau–nés référés tout en offrant les soins cités ci-dessus.•Recommander à la mère et aux parents de revenir pour les soins post-natals SOINS DU NOUVEAU NÉ D’UNE MERE SEROPOSITIVE DANS LA SALLE D’ACCOUCHEMENT :* Clamper le cordon, le couvrir du compresse et le sectionner immédiatement
* Donner le bain dans de l’eau additionnée d’antiseptique (Chlorhexidine)
* Désinfecter les yeux avec du collyre Bétadine
* Administrer de la Vitamine K1 et de la Vitamine A
* Administrer des ARV prophylactique avant la 3ème heure qui suit l’accouchement et continuer jusqu’à la sixième semaine (cf. protocole de prise en charge des PVVIH). Et assurer la surveillance et le suivi du bébé:

₋Vacciner en BCG à la naissance, avant 1 an de vie sauf enfant symptomatique₋Conseiller et rappeler le vaccin anti-polio S1 à S4 | s’assurer que toutes les surfaces avec lesquelles le bébé entre en contact soient propres, sèches et bien éclairées•parler à la mère pendant la vérification des matériels et lui expliquer ce qu’on va faire•se laver les mains et porter les équipements de protection personnelle•enfiler des gants stériles aux deux mains•accueillir le bébé dans un linge propre et le placer peau à peau sur le ventre de sa mère (ne jamais tenir le bébé par les pieds)•aspirer à l’aide d’une poire/ pingouin en commençant par la bouche et après le nez seulement en cas de méconium•Essuyer le bébé et changer le linge humide, lui mettre un bonnet et le maintenir au chaud : contact peau à peau à sa mère et couvrir les deux•Aider à l’initiation del’allaitement maternel précoce exclusif •Verser deux gouttes de Gentamycine collyre dans chaque œil du bébé•Nouer / clamper le cordon fermement en s’assurant qu’il ne saigne plus et laisser à l’air libre**NB :** dans les situations où l’hygiène n’est pas assurée, appliquer la **Chlorhexidine gel** depuis le bout du moignon ombilical jusqu’ à la base• administrer 1mg de vit K1 à un bébé de poids normal et 0,5mg à un bébé de faible poids à la naissance (inferieur à 2500g)•prendre la température du bébé et le peser•vérifier le tonus du bébé et surveiller ses paramètres vitaux •dépister les malformations du bébé et en informer la mère•Informer la mère que le bain sera retardé d’au moins 6heures•Trier les déchets et décontaminer les matériels usés•Retirer les gants et se laver les mains•Noter les principales constatations, les soins et le plan de soins dans le carnet de l’enfant•Vacciner le bébé en BCG et VPO•Faire une évaluation rapide et prendre en charge d’urgence tout enfant présentant un signe de danger •Prendre en charge les nouveau–nés référés•Recommander à la mère et aux parents de venir pour les soins post-natals SOINS DU NOUVEAU NÉ D’UNE MERE SEROPOSITIVE DANS LA SALLE D’ACCOUCHEMENT :* Clamper le cordon, le couvrir du compresse et le sectionner immédiatement
* Donner le bain dans de l’eau additionnée d’antiseptique (Chlorhexidine)
* Désinfecter les yeux avec du collyre Bétadine
* Administrer de la Vitamine K1 et de la Vitamine A
* Administrer des ARV prophylactique avant la 3ème heure qui suit l’accouchement et continuer jusqu’à la sixième semaine (cf. protocole de prise en charge des PVVIH). Et assurer la surveillance et le suivi du bébé:

₋ Vacciner en BCG à la naissance, avant 1 an de vie sauf enfant symptomatique₋Conseiller et rappeler le vaccin anti-polio S1 à S4 |
| 4. Soins essentielsà la femme pendant le post-partum immédiat |  | ₋Respecter la prévention des infections₋Expliquer à la femme les soins à faire₋Effectuer une évaluation rapide₋Assurer la prise en charge immédiate de toute femme présentant un signe de danger₋Examiner les yeux pour la recherche d’anémie₋Examiner les seins et vérifier la montée laiteuse₋Palper l’abdomen et vérifier la tonicité du globe utérin de sécurité ; surveiller les paramètres de l’involution utérine et du saignement vaginal : toutes les 15 minutes pendant 2 heures avec massage utérin puis toutes les 30 minutes pendant 1 heurepuis toutes les heures pendant 3heures₋Inspecter les jambes à la recherche de phlébite: douleur ou tuméfaction₋Apprendre à la femme les bonnes techniques de l’AMPE₋Compléter la vaccination si indiquée₋Procéder à la PFPP selon le choix de la femme₋Remplir le dossier de la femme | ₋Prendre en charge les cas référés₋Respecter la prévention des infections₋Expliquer à la femme les soins à faire \_Effectuer une évaluation rapide₋Assurer la prise en charge immédiate de toute femme présentant un signe de danger₋Examiner les yeux pour la recherche d’anémie-Examiner les seins et vérifier la montée laiteuse₋Palper l’abdomen et vérifier la tonicité du globe utérin de sécurité ; surveiller les paramètres de l’involution utérine et du saignement vaginal : toutes les 15 minutes pendant 2 heures avec massage utérin puis toutes les 30 minutes pendant 1 heurepuis toutes les heures pendant 3heures₋Inspecter les jambes à la recherche de phlébite: douleur ou tuméfaction₋Apprendre à la femme les bonnes techniques de l’AMPE₋Compléter la vaccination si indiquée₋Procéder à la PFPP selon le choix de la femme₋Remplir le dossier de la femme |
| 5.. Visite de suividu post partumprécoce : **Six jours après accouchement** | Indiquer la consultation au niveau des formations sanitaires | ₋Procéder à l’examen et le suivi du nouveau-né :₋paramètres vitaux₋les réflexes archaïques₋l’état de l’ombilic du nouveau-né₋Procéder à l’examen et le suivi de la mère₋paramètres vitaux₋le saignement vaginal₋l’involution utérine₋la montée laiteuse₋Rechercher les signes de dangerchez la mère et le nouveau-né₋Informer la femme sur le PEIGS et procéder à la PFPP selon le choix de la femme et conseiller sur la reprise des rapports sexuels et les rapports sexuels sans risque₋Vacciner le nouveau – né et la mère au besoin₋Référer si nécessaire | ₋Procéder à l’examen et le suivi du nouveau-né : ₋paramètres vitaux₋les réflexes archaïques ₋l’état de l’ombilic du nouveau-né₋Procéder à l’examen et le suivi de la mère₋paramètres vitaux₋le saignement vaginal₋l’involution utérine₋la montée laiteuse₋Rechercher les signes de dangerchez la mère et le nouveau – né₋Informer la femme sur le PEIGS et procéder à la PFPP selon le choix de la femme et conseiller sur la reprise des rapports sexuels et les rapports sexuels sans risque₋Vacciner le nouveau – né et la mère au besoin |
| 6. Visite de suivi : **Six semaines après****l’accouchement** | Orienter la mère et le nouveau-né à la consultation au niveau des formations sanitaires | ₋Préparer l’équipement nécessaire₋Respecter la prévention des infections₋S’assurer que le bébé n’ait pas froid durant l’examen₋Effectuer l’évaluation rapide et la prise en charge immédiate de tout enfant présentant un signe de danger₋Ecouter ce que dit la mère et lui demander s’il y a eu des problèmes depuis la naissance₋En cas de signe de danger, donner une dose d’antibiotique pour le bébé et orienter vers un service spécialisé₋Vérifier le dossier de la mère et lui poser des questions pour savoir s’il y a risque d’infection₋Vérifier les soins reçus par le bébé à la naissance₋Vacciner le nouveau – né selon le calendrier vaccinal₋Informer la mère des résultats des examens-Elaborer un plan de soin et traiter les problèmes selon le protocolePour la mère :• Rechercher les signes de danger•Compléter la vaccination selon le statut vaccinal de la femme• Prescrire une méthodecontraceptive, en priorisant la Méthode d’Allaitement Maternel et d’Aménorrhée (MAMA) si la femme n’a pas eu recours à la PFPPPour les femmes séropositives au VIH :- Prescrire une méthode contraceptive sauf leDIU, - Effectuer le suivi post natal pour la mère séropositive au VIH et son nouveau-né une fois par mois jusqu’au 12ème mois ; tous les trois mois jusqu’à l’âge de 24 mois- Pour l’enfant né de mère séropositive au VIH :Effectuer la chimio prophylaxie des infections opportunistes au Cotrimoxazole- Référer la femme séropositive et son nouveau-né vers le centre disposant d’un médecin référent pour un dépistage précoce en VIH du nouveau-né  | ₋Prendre en charge les cas référés₋Préparer l’équipement nécessaire₋Respecter la prévention des infections₋S’assurer que le bébé n’ait pas froid durant l’examen₋Effectuer l’évaluation rapide et la prise en charge immédiate de tout enfant présentant un signe de danger₋Ecouter ce que dit la mère et lui demander s’il y a eu des problèmes depuis la naissance₋En cas de signe de danger, prendre en charge le bébé₋Vérifier le dossier de la mère et lui poser des questions pour savoir s’il y a risque d’infection₋Vérifier les soins reçus par le bébé à la naissance₋Vacciner le nouveau – né selon le calendrier vaccinal₋Informer la mère des résultats des examens-Elaborer un plan de soin et traiter les problèmes selon le protocolePour la mère :• Rechercher les signes de danger•Compléter la vaccination selon le statut vaccinal de la femme• Prescrire une méthodecontraceptive, en priorisant laMéthode d’Allaitement Maternel et d’Aménorrhée (MAMA) si la femme n’a pas eu recours à la PFPP.Pour les femmes séropositives au VIH :- Prescrire une méthode contraceptive sauf leDIU,- Effectuer le suivi post natal pour la mère séropositive au VIH et son nouveau-né une fois par mois jusqu’au 12ème mois ; tous les trois mois jusqu’à l’âge de 24 mois- Pour l’enfant né de mère séropositive au VIH :Effectuer la chimio prophylaxie des infections opportunistes au Cotrimoxazole-Effectuer le dépistage précoce du VIH du nouveau-né  |

#### Soins Obstétricaux et Néonatals d’Urgence

#####

##### NORMES

1. DEFINITION

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

1. BUT

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

1. OBJECTIFS

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

1. FONCTIONS ESSENTIELLES
	1. **Les 7 fonctions de soins obstétricaux et néonatals d’urgence de base (SONUB)**

1. Antibiotiques (IM/IV)

2. Médicaments ocytociques

3. Anticonvulsivants

4. Délivrance artificielle

5. Extraction des produits retenus de la conception

6. Accouchement par voie basse avec assistance (ventouse)

7. Réanimation du nouveau-né en salle de naissance

* 1. **les 9 fonctions de soins obstétricaux et néonatals d’urgence complets (SONUC)**

En complément aux fonctions essentielles du SONUB s’ajoutent:

8. Transfusion sanguine.

9. Opération césarienne

1. LIEUX DE PRESTATION

Les SONUB peuvent être dispensés suivant les cas :

• soit dans les formations sanitaires publiques et privées de premier recours comme les CSB ayant des prestataires de soins formés et qualifiés,

• soit dans les formations sanitaires de référence telles que les CHRD, CHRR et CHU

1. PRESTATAIRES

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

* Sages-femmes
* Infirmiers offrant les prestations en maternité
* Médecins généralistes et spécialistes en gynécologie-obstétriques

Les SONUC seront dispensés par les médecins spécialistes en collaboration avec les Sages-femmes ou les Infirmiers travaillant en service des maternités et d’urgences

1. MOMENT / PERIODICITE

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

##### PROCEDURES PAR NIVEAU ET PAR TYPE D’INTERVENANT

| **Offre de Services** | **Niveau communautaire****(Agent Communautaire)** | **Premier contact : CSB****(Sages-femmes, Infirmiers et médecins généralistes)** | **Référence : CHRD, CHRR, CHU****(Sages-femmes, Infirmiers, médecins généralistes et spécialistes)** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. CommunicationPour la promotion et la prévention | -Mener des séances de sensibilisation sur l’importance d’une organisation de la référence communautaire -Donner des informations sur les signes de danger chez la mère et le nouveau-né-Aider et organiser la référence des femmes et du nouveau-né présentant un signe de danger | -Mener des séances de sensibilisation sur l’importance d’une organisation de la référence communautaire -Donner des informations sur les signes de danger chez la mère et le nouveau-né | -Mener des séances de sensibilisation sur l’importance d’une organisation de la référence communautaire -Donner des informations sur lessignes de danger chez la mère et le nouveau-né |
| 2. Prise en chargedes complicationschez la mère | **Effectuer les gestes de****prise en charge avant la****référence****Pendant la grossesse :*****Saignement vaginal*** :• Réhydrater par voie orale,• Préparer les donneurs de sang***Convulsion*** :• Mettre une cuillère dans la bouche pour éviter la morsure de la langue,• Maintenir la femme en décubitus latéral gauche pour réduire le risque d’aspiration des sécrétions, et du produit des vomissements***Pâleur :***• Eviter le changement brusque de position(couchée, débout) et• Préparer les donneurs de sang**Si la femme est en travail, durant la référence :****Il faut :**Eviter les pressions abdominalesNe rien introduire dans le vagin ***Procidence du cordon*** :Ne jamais tirer ou toucher le cordonDemander à la femme de ne pas uriner***Procidence de membre* :**Ne pas tirer ni refouler,Entourer le membre avec de linge propre humidifié à l’eau bouillie tiède***Hémorragie de la délivrance*** :Donner beaucoup à boire,Préparer les donneurs desang | **Evaluation rapide et réponse encas d’urgence**-Rassurer la femme -Répondre honnêtement à ses questions et permettre à un membre de sa famille de l’accompagner-Ne pas laisser la femme sanssurveillance- Identifier une aide - Vérifier si le plateau d’urgence est prêt- Allonger la femme en décubitus latéral gauche, jambes surélevées,- Lui demander (ou à sonaccompagnant) les symptômes et leur moment d’apparition- Prendre les paramètres vitaux-Vérifier et estimer quantitativement le saignement Effectuer les gestes de prise en charge en urgence de la femme**Détresse respiratoire :**-Libérer les voies aériennes supérieures et commencer la ventilation si besoin-Administrer de l’oxygène si possible à raison de 4 à 6l par min***Choc*:**-Installer une voie veineuse et perfuser rapidement (si possible deux voies)(pas de liquide par voie orale)-Nettoyer les parties génitales extérieures à l’aide d’une pince et des compresses-Désinfecter le méat urinaire et Insérer la sonde dans l’orifice urétéral et permettre aux urines de s’écouler dans un récipient stérile, les mesurer et en noter la quantité-Rechercher les causes et agir suivant les instructions dans le manuel***Hémorragie pendant la grossesse et le travail***₋Surveiller les paramètres vitaux₋Rechercher les causes et agir₋Poser une voie veineuse avec cathéter de grand calibre₋Effectuer un remplissage veineux rapide avec cristalloïdes (Ringer Lactate ou SSI) ou colloïdes (geloplasma, dextran, gélatine,…. etc) ₋Envisager une coagulopathie liée à l’hypovolémie***Fièvre***-Evaluer l’état de la femme-Administrer de liquide si elle est consciente (par voie orale), sinon -effectuer les perfusions-Baisser la température (ventilateur, bain à l’eau tiède)-Administrer des antibiotiques et/ou antipaludéens selon le protocole-Traiter les autres causes suspectées₋cf liste de vérification**En post partum immédiat :*****saignement***: hémorragie du post Partum-Identifier une aide et intervenir en urgence-Vérifier si le placenta est expulsé et complet-Vérifier si l’utérus est bien contracté-Expliquer à la femme et à son accompagnateur les soins à faire et l’encourager à poser des questions**1°) effectuer la compression de l’aorte abdominale ou** **2°) la Compression bi manuelle ou** **3°) le Condom Tamponnade :**-Donner un traitement Antibio-prophylactique si nécessaire-Si transfert nécessaire, remplir le dossier | Evaluation rapide et réponse encas d’urgence-Rassurer la femme-Répondre honnêtement à ses questions et permettre à un membre de sa famille de l’accompagner-Ne pas laisser la femme sans-Identifier une aide -Vérifier si le plateau d’urgence est prêt-Allonger la femme en décubituslatéral gauche, jambes surélevées,-Lui demander (ou à son accompagnant) les symptômes etleur moment d’apparition-Prendre les paramètres vitaux-Vérifier et estimer quantitativement le saignementEffectuer les gestes de prise en charge en urgence de la femme**Détresse respiratoire :**-Libérer les voies aériennes supérieures et commencer la ventilation si besoin-Administrer de l’oxygène si possible à raison de 4 à 6l par min***Choc :***-Installer une voie veineuse Perfuser rapidement (si possible deux voies)-Mesurer le taux d’hémoglobine,(pas de liquide par voie orale)-Transfuser avec du sang iso-groupe et iso-rhésus-Nettoyer les parties génitales à l’aide d’une pince et des compresses-Désinfecter le méat urinaire et Insérer la sonde dans l’orifice urétéral et permettre aux urines de s’écouler dans un récipient stérile, les mesurer et en noter la quantité -Administrer de l’oxygène si possible à 4 ou 6l par minute***Hémorragie pendant la grossesse et le travail***₋Surveiller les paramètres vitaux₋Rechercher les causes et agir₋Poser une voie veineuse avec cathéter de grand calibre₋Groupage et test de compatibilité₋Effectuer un remplissage veineux rapide avec cristalloïdes (Ringer Lactate ou SSI) ou colloïdes (geloplasma, dextran, gélatine,.... etc) ₋Effectuer une transfusion sanguine dès que disponible₋Envisager une coagulopathie liée à l’hypovolémie***Fièvre***-Evaluer l’état de la femme-Administrer de liquide si elle est consciente (par voie orale), sinon effectuer les perfusions-Baisser la température (ventilateur, bain à l’eau tiède)-Administrer des antibiotiques et/ou antipaludéens selon le protocole-Traiter les autres causes suspectées₋cf liste de vérification**En post partum immédiat *: saignement* :** hémorragie du postPartum-Identifier une aide et intervenir en urgence-Vérifier si le placenta est expulsé et complet-Vérifier si l’utérus est bien contracté-Expliquer à la femme et à son accompagnateur les soins à faire et l’encourager à poser des questions**1°) effectuer la compression de l’aorte abdominale ou** **2°) la Compression bi manuelle ou** **3°) le Condom Tamponnade**-Donner un traitement Antibio-prophylactique si nécessaire-Si transfert nécessaire, remplir le dossier |
| 3. Prise en charge des complications chez le nouveau-né | Effectuer les gestes de prise en charge avant la référence des cassuivants :Faible poids de naissance :• Utiliser la méthode Mère KangourouDifficulté de se nourrir :• Donner le lait maternel exprimé à la cuillère Prévention de l’hypothermie :• Utiliser le contact peau àpeauEn cas d’hyperthermie :• Alléger les vêtements •Contact peau à peauEn cas de diarrhée :• Continuer l’allaitement maternel | Evaluer rapidement l’état de nouveau-né Réponses en cas d’urgenceRespecter les principes de PI1. Réanimation du nouveau-né :.Identifier une aide.Réviser le plan d’urgencePréparer les matériels de réanimation et la zone d’accouchement ainsi que la zone de ventilation : sèche, propre, plate et sûre.Effectuer les techniques de la réanimation du nouveau-né en respectant la « MINUTE D’OR» (cf. Liste de vérification de la réanimation du nouveau-né)2. Prendre en charge les nouveau-nés de faible poids de naissance (inferieur à 2500g) par Méthode Mère Kangourou (cf. Liste de vérification)3. Prendre en charge l’infection :Organiser les soins spécialisés ou une surveillance spéciale pour les bébés présentant une infection selon le protocole de traitement | Evaluer rapidement l’état de nouveau-néRéponses en cas d’urgenceRespecter les principes de PI1. Réanimation du nouveau-né :.Identifier une aide.Réviser le plan d’urgence.Préparer les matériels de réanimation et la zone d’accouchement ainsi que la zone de ventilation : sèche, propre, plate et sûre.Effectuer les techniques de la réanimation du nouveau-né en respectant la « MINUTE D’OR » (cf. Liste de vérification de la réanimation du nouveau-né)2. Prendre en charge les nouveau-nés de faible poids de naissance (inferieur à 2500g) par Méthode Mère Kangourou (cf. Liste de vérification)3. Prendre en charge l’infection:Organiser les soins spécialisés ou une surveillance spéciale pour les bébés présentant une infection selon le protocole de traitement |

#### Soins après avortement

##### NORMES

1. DEFINITION

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

Les cinq éléments des soins après avortement sont :

* Traitement d’urgence.
* Counseling après avortement.
* Services de PF.
* Liens avec les autres services de SR
* Partenariat entre la communauté et les prestataires de service pour la prévention
1. BUT

Ces soins contribuent à la réduction du risque de morbidité et de mortalité chez les femmes ayant un avortement incompletet la répétition des avortements à risque

1. OBJECTIFS

Les objectifs sont :

* Assurer les soins d’urgence aux femmes ayant présenté un avortement incomplet.
* Offrir le counseling après avortement.
* Offrir des services de Planification Familiale.
* Offrir les autres services SR ou référer vers d’autres centres de santé.
* Assurer les services de santé reflétant les besoins et attentes de la communauté
1. LIEUX DE PRESTATION

Les soins après avortement peuvent être dispensés suivant les cas, au niveau :

* Formations sanitaires publiques (CSB, CHRD, CHRR/CHU).
* Formations sanitaires privées.

La sensibilisation et la référence sont dévolues au niveau communautaire.

1. PRESTATAIRES

Suivant les cas et les compétences requises correspondantes, les personnes qui peuvent dispenser les soins après avortement sont :

* Sages-femmes
* Infirmiers
* Médecins.
1. MOMENT / PERIODICITE

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

##### PROCÉDURES PAR NIVEAU ET PAR TYPE D’INTERVENANT

| **Offre de Services** | **Niveau communautaire****(Agent Communautaire)** | **Premier contact : CSB****(Sages-femmes, Infirmiers et médecins généralistes)** | **Référence : CHRD, CHRR, CHU****(Sages-femmes, Infirmiers, médecins généralistes et spécialistes)** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. Communication pour un Changement de Comportement | • Informer sur les signes dedanger de l’avortement• Sensibiliser sur l’importance de se rendre immédiatement dans une structure sanitaire en casde signe de danger,•Informer sur le retour à la fécondité et l’utilité de la Planification Familiale après avortement•Aider à l’organisation de la référence | • Informer sur les signes dedanger de l’avortement• Sensibiliser sur l’importance de se rendre immédiatement dans une structure sanitaire en cas de signe de danger•Aider à l’organisation de la référence•Informer sur le retour à la fécondité et l’utilité de la Planification Familiale après avortement•Informer sur les autres services de SR : IST/VIH, prévention cancer du col de l’utérus,•Informer sur l’existence de relation entre la communauté et les prestataires de service pour la prévention des grossesses non désirées et les avortements à risque  | • Informer sur les signes dedanger de l’avortement• Sensibiliser sur l’importance de se rendre immédiatement dans unestructure sanitaire en cas de signe de danger•Informer sur le retour à la fécondité et l’utilité de la Planification Familiale après avortement•Informer sur les autres services de SR : IST/VIH, prévention cancer du col de l’utérus,•Informer sur l’existence de relation entre la communauté et les prestataires de service pour la prévention des grossesses non désirées et les avortements à risque |
| 2. Prise en chargede l’urgence |  | -Accueillir la femme et les membres de sa famille avec respect et amabilité-Les rassurer et leur expliquer les soins et examens à faire-Répondre honnêtement à leur question-Respecter l’intimité de la femme -Evaluation initiale :• Rechercher les signes de choc • Rechercher les symptômes de septicémie-Prise en charge en pré transfert si nécessaire :• Poser une voie veineuse• Libérer les voies aériennes supérieures- Si infection, effectuer une antibiothérapie **Prise en charge par médicament :**le Misoprostol est le médicament recommandé en première intention pour SAA par l’OMS.• Administrer enSublingual2cp de misoprostol 200 µg ouper os3 cp de misoprostol 200 µg•Surveiller pendant 2 heures• Conseiller pour le suivi* **Prise en charge par AMIU**

• Appliquer les mesures de PI• Préparer l’équipe et le matériel• Effectuer le counseling pré AMIU (soutien psychologique et prise en charge de la douleur)• Exécuter l’AMIU tout en assurant un soutien verbal à la patiente- Surveiller- Effectuer le counseling post AMIU : les signes normaux de récupération, les conseils d’hygiène, le rendez-vous pour le suivi ou en cas de problème | -Accueillir la femme et les membres de sa famille avec respect et amabilité-Les rassurer et leur expliquer les soins et examens à faire-Répondre honnêtement à leur question-Respecter l’intimité de la femme-Evaluation initiale :• Rechercher les signes de choc • Rechercher les symptômes de septicémie-Prise en charge d’urgence :• Poser une voie veineuse• Libérer les voies aériennessupérieures• Si infection, effectuer une antibiothérapiePrise en charge par médicament : le Misoprostol est le médicament recommandé en première intention pour SAA par l’OMS.• Administrer enSublingual 2 cp de misoprostol 200 µg ou per os3 cp de misoprostol 200 µg•Surveiller pendant 2 heures•Conseiller pour le suivi**- Prise en charge par AMIU**•Appliquer les mesures de PI•Préparer l’équipe et le matériel• Effectuer le counseling pré AMIU(soutien psychologique et prise encharge de la douleur)•Exécuter l’AMIU tout en assurantun soutien verbal à la patiente• Surveiller • Effectuer le counseling post AMIU : les signes normaux de récupération,les conseils d’hygiène, le rendez-vous pour le suivi ou en cas de problème |
| 3. Conseils et PF | • Donner des conseils sur :- le retour à la fécondité(14 jours après un avortement)- les avantages de la PF• Aider la femme à suivre lesinstructions sur la prise decontraceptifs | • Donner des conseils sur :- le retour à la fécondité (14 jours après un avortement)- les avantages de la PF• Prescrire une méthode contraceptive en appliquant le BERCER• Référer si la méthode contraceptivechoisie n’est pas disponible | • Donner des conseils sur :- le retour à la fécondité (14 joursaprès un avortement)- les avantages de la PF• Prescrire une méthode contraceptiveen appliquant le BERCER• Prendre en charge les cas référés |
| 4. Liens avec les autres services SR et la communauté | • Informer sur l’existence des autres services SR:- Prévention des IST/VIH, test, diagnostic et traitement - Prise en charge de toutes violences sexuelles ou domestiques - Prise en charge de l’infertilité- Dépistage et prise en charge cancer du col de l’utérus• Informer sur l’existence des services de prise en charge psychosociale. | • Informer sur l’existence des autres services SR: - Prévention des IST/VIH, test, diagnostic et traitement - Prise en charge de toutes violences sexuelles ou domestiques - Prise en charge de l’infertilité- Dépistage et prise en charge cancer du col de l’utérus• Assurer une liaison avec les autres services SR : -Identifier les autres besoins en SR - Prendre en charge les besoins de la cliente- Effectuer le dépistage VIH• Informer sur l’existence des services de prise en charge psycho sociale et où les chercher  | • Informer sur l’existence des autres services SR: - Prévention des IST/VIH, test, diagnostic et traitement - Prise en charge de toutes violences sexuelles ou domestiques - Prise en charge de l’infertilité- Dépistage et prise en charge cancer du col de l’utérus•Assurer une liaison avec les autres services SR : -Identifier les autres besoins en SR - Prendre en charge les besoins de la cliente- Effectuer le dépistage VIH• Prendre en charge les cas référés• Informer sur l’existence des services de prise en charge psycho sociale et où les chercher |

#### Lutte contre la fistule obstétricale

#####

##### NORMES

1. DEFINITION :

La fistule obstétricale est une communication anormale entre l'appareil génital et l’appareil urinaire (fistule vésico-vaginale) et/ou le rectum (fistule recto-vaginale, fistule vésico-recto-vaginale) survenant en général à la suite d’un accouchement dystocique.

1. BUT

Contribuer à la réduction des morbidités maternelles

1. OBJECTIFS

Les objectifs sont :

* Assurer la prévention de la survenue des fistules obstétricales.
* Assurer la réparation chirurgicale des femmes victimes de FO.
* Assurer la réinsertion sociale des femmes réparées
1. LIEUX DE PRESTATION
* Communautaire
* Formations sanitaires publiques et privée
* Centre de réparation des fistules obstétricale
1. PRESTATAIRES
* Suivant les situations, les personnes qui peuvent intervenir sont :
	+ Agents Communautaires
	+ Travailleurs sociaux
	+ Sages-femmes
	+ Infirmiers, infirmières
	+ Médecins
	+ Chirurgiens
1. MOMENT / PERIODICITE

La prévention primaire est dispensée lors des contacts avec les FAR durant les CE, la CPN, les VAD.

 La réparation est assurée par une équipe chirurgicale

##### PROCÉDURES PAR NIVEAU ET PAR TYPE D’INTERVENANT

| **Offre de Services** | **Niveau communautaire****(Agent Communautaire)** | **Premier contact : CSB****(Sages-femmes, Infirmiers et médecins généralistes)** | **Référence : CHRD, CHRR,CHU****(Sages-femmes, Infirmiers, médecins généralistes et spécialistes)** |
| --- | --- | --- | --- |
| Prévention de la Fistule Obstétricale  | **Prévention primaire :** Consiste à la promotion et l’éducation sur la santé au niveau des communautés :-Utilisation de la PF pour repousser l’âge de la première grossesse ;-Utilisation des services de CPN-Utilisation des formations sanitaires pour l’accouchement-Culture de recherche de soins en cas de complication-Effets néfastes de certaines pratiques traditionnelles (ex : mariage d’enfant, tsenan’ampela)**Prévention secondaire** : - Recenser les femmes victimes de FO-Orienter vers le CSB | **Prévention primaire :** **Sensibilisation sur la PF surtout la prévention des grossesses précoces, CPN**Sensibiliser les femmes à accoucher au niveau d’une FS- Culture de recherche de soins en cas de complication**Prévention secondaire:** - Prévenir la survenue des FO pendant le travail par l’utilisation du partogramme-Référer à temps les cas de complications dépassant le plateau technique du CSB**Prévention tertiaire :**-PF pour prévenir les rechutes et les récidives-Référer vers un centre de réparation des fistules obstétricales | **Prévention primaire :** **Sensibilisation sur la PF surtout la prévention des grossesses précoces, CPN**Sensibiliser les femmes à accoucher au niveau d’une FS- Culture de recherche de soins en cas de complication**Prévention secondaire:** - Prévenir la survenue des FO pendant le travail par l’utilisation du partogramme-Prise en charge des complications obstétricales**Prévention tertiaire :**-PF pour prévenir les rechutes et les récidives-Prise en charge Cf guide de PEC des FO1. soins pré opératoires- counseling pour la patiente et l’accompagnateur-visite pré-anesthésique- Remplissage vasculaire pré-anesthésique2. les étapes opératoires pour la réparation de la FO3. les soins post opératoires 4. suivi et soutien psychologique5. Orientation vers un centre de réinsertion sociale |

### PLANIFICATION FAMILIALE

#### Offre de service de planification familiale

##### NORMES

1. DEFINITION :

L’offre de service de planification familiale est un paquet d’activités qui concourent au bien être de la femme, de l’homme en âge de la reproduction sur ses désirs de reproduction. Les méthodes contraceptives sont prescrites après le choix éclairé de l’individu selon ses besoins et les critères d’éligibilité médicale de l’OMS.

Le processus requis pour mener à bien cette offre consiste à :

* Une bonne communication pour le changement de comportement ;
* Un examen/bilan initial adéquat ;
* Un service de qualité.

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

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

L’examen/bilan initial est un processus permettant au prestataire de savoir si la cliente ou le couple est éligible à l’utilisation d’une méthode contraceptive et suivant la planification et espacement idéal de la grossesse pour la santé.

Les services de qualité sont dispensés suivant les normes et procédures.

1. BUT

Permettre à la femme en âge de reproduction et/ou à l’homme de maitriser leur fécondité et de planifier les naissances afin d’éviter les grossesses précoces et/ou non désirées et en assurer un espacement convenable.

1. OBJECTIFS
* Sensibiliser la communauté incluant les hommes sur l’importance et les avantages de la PF
* Donner aux clients les informations correctes sur les méthodes de contraception.
* Aider le/la client/e ou le couple à faire un choix libre et éclairé en matière de contraception.
* Vérifier si le/la client/e présente des conditions médicales qui puissent causer un problème, ou qui demande un suivi plus fréquent pour une méthode contraceptive quelconque.
* Fournir des méthodes de contraception en tenant compte du choix et des critères d’éligibilité médicale.
* Donner des conseils sur l’utilisation de la méthode choisie.
* Assurer le suivi et la prise en charge des effets secondaires.
1. LIEUX DE PRESTATION

A tous les niveaux du système sanitaire public et privé :

* Niveau communautaire
* Centre de Santé de Base (CSB)
* Centre de Référence (CHRD, CHRR, CHU)
* Cabinets médicaux d’exercice libéral
1. PRESTATAIRES
* Agents communautaires formés
* Agents de santé : médecins, infirmiers, sages-femmes formés
1. MOMENT / PERIODICITE
* En intervalle
* En post partum immédiat
* En Post abortum
* Dans les 5 premiers jours du cycle

A chaque opportunité intra ou hors formation sanitaire

1. CIBLE

Cibles en général :

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

Cibles spécifiques :

* Femmes victimes de fistules obstétricales
* Personne Vivant avec le VIH
* Personnes victimes de VBG

##### PROCEDURES PAR NIVEAU ET PAR TYPE D’INTERVENANT

| **Offre de Services** | **Niveau communautaire****(Agent Communautaire)** | **Premier contact : CSB****(Sages-femmes, Infirmiers et médecins généralistes)** | **Référence : CHRD, CHRR, CHU****(Sages-femmes, Infirmiers, médecins généralistes et spécialistes)** |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. Communication pour la promotion et la prévention** | Donner des informations sur: - les avantages de la PF- les différentes méthodes contraceptives offertes par le programme national - la PF PP et la PF pour les jeunes- les conséquences des grossesses non désiréesSi la méthode désirée n’est pas disponible, orienter les clients, vers les autres AC (pour les 4 méthodes) ou vers les FSRéférer vers les FS les clients en cas d’effets secondaires | Donner des informations sur :- les avantages de la PF- les différentes méthodes contraceptives offertes par le programme national -la PFPP et la PF pour les jeunes - la contraception d’urgence-les conséquences des avortements- les conséquences des grossesses non désirées- Si la méthode désirée ou la prise en charge des effets secondaires ne sont pas disponibles, référer les clients vers d’autres structures  | Donner des informations sur :- les avantages de la PF- les différentes méthodes contraceptives offertes par le programme national -la PFPP et la PF pour les jeunes - la contraception d’urgence-les conséquences des avortements- les conséquences des grossesses non désirées- Si la méthode désirée ou la prise en charge des effets secondaires ne sont pas disponibles, référer les clients vers d’autres structures  |
| **2. Première****consultation en appliquant le BERCER** | **Bienvenue**-Accueillir la femme/couple avec bienveillance et cordialité-Assurer la confidentialité-Demander le motif de la consultation**Entretien**Interroger sur• les expériences de la cliente en PF• les renseignementsconcernant la cliente• les antécédents**Renseignements**- Donner les informations sur les méthodes, en utilisant les supports IEC/CCC/PF• Les différentes méthodes avec les modes d’action, les avantages et les inconvénients,• Les services disponibles et les lieux où les trouver•le besoin de se protéger contre les IST et VIH/SIDA**Choix**- Aider la cliente à faire unchoix informé**Explication et rendez-vous**• Eliminer la possibilité d’unegrossesse éventuelle en se servant de la liste de contrôle  ou test de grossesse.• Remplir la fiche del’utilisateur en respectant le check-list des AC  | **Bienvenue**-Accueillir la femme/couple avec bienveillance et cordialité-Assurer la confidentialité-Demande le motif de la consultation**Entretien**Interroger sur• les expériences de la cliente en PF• les renseignements concernant la cliente• les antécédents**Renseignements**- Donner les informations sur les méthodes, en utilisant les supports IEC/CCC/PF• Les différentes méthodes avec les modes d’action, les avantages et les inconvénients,• Les services disponibles et les lieux où les trouver•le besoin de se protéger contre les IST et VIH/SIDA**Choix** Aider la cliente à faire un choixInformé**Explication et rendez-vous**• Eliminer la possibilité d’unegrossesse éventuelle en se servant de la liste de contrôle  ou test de grossesse.• Se servir de la fiche individuelle de consultation PF pour l’examen descritères d’éligibilité médicale de la ou des méthodes proposées afin d’adopter une ou des méthodes appropriées-Examen clinique•Prendre la TA•Mesurer le poids•Examiner les seins• Effectuer l’examen gynécologique au cours de la première visite et tous les ans: - examen au spéculum, TV combiné au palper-IVA/IVL• Faire la synthèse des résultats et en informer le client• Référer si besoin est•Expliquer en détail comment employer la méthode adoptée (mode d’action, mode d’emploi, signes d’alarme, effets secondaires.....) | **Bienvenue**-Accueillir la femme/couple avec bienveillance et cordialité-Assurer la confidentialité-Demande le motif de la consultation**Entretien**Interroger sur• les expériences de la cliente en PF• les renseignements concernant la cliente• les antécédents**Renseignements**Donner les informations sur lesméthodes, en utilisant les supports IEC/CCC/PF• Les différentes méthodes avec les modes d’action, les avantages et les inconvénients,• Les services disponibles et les lieux où les trouver• le besoin de se protéger contre les IST et VIH/SIDA**Choix**Aider la cliente à faire un choixInformé**Explication et rendez-vous**• Eliminer la possibilité d’unegrossesse éventuelle en se servantde la liste de contrôle ou test de grossesse.•Se servir de la fiche individuelle de consultation PF pour l’examen des critères d’éligibilité médicale de là ou des méthodes proposées afin d’adopter une ou des méthodes appropriées-Examen clinique•Prendre la TA•Mesurer le poids•Examiner les seins• Effectuer l’examen gynécologique au cours de la première visite et tous les ans:- examen au spéculum, TV combiné au palper-IVA/IVL• Effectuer l’examen des organes génitaux chez l’homme si indiqué (CCVM)• Faire la synthèse des résultats et en informer le clientExpliquer en détail comment employer la méthode adoptée (mode d’action, mode d’emploi, signes d’alarme, effets secondaires.....) |
| **A. Offre des méthodes naturelles :** |
| **a) MAMA****b) Méthode des****Jours Fixes (Collier du cycle)****c) Glaires, calendrier****température, coït interrompu** | • Informer, encourager, assurerle suivi de la MAMA si les03 conditions sont remplies : Allaitement exclusif au sein, enfant de moins de six mois, pas de retour de couche• Donner le collier du Cycle pour la gestion correcte des jours féconds, après 3 ou 4 règles normaux et assurer le suivi. • Orienter les clientes quioptent pour ces méthodes vers la FS | • Informer, encourager, assurer le suivi de la MAMA si les 03 conditions sont remplies : Allaitement exclusif au sein, enfant de moins de six mois, pas de retour de couche• Donner le collier du cycle pour la gestion correcte des jours féconds, après 3 ou 4 règles normaux et assurer le suivi.• Prendre en charge les cas référés•Référer les cas à problème  | • Informer, encourager, assurer le suivi de la MAMA si les 03 conditions sont remplies : Allaitement exclusif au sein, enfant de moins de six mois, pas de retour de couche• Donner le collier du cyclepour la gestion correcte des jours féconds, après 3 ou 4 règles normaux et assurer le suivi.• Prendre en charge les cas référés•Référer les cas à problème  |
| **B- Offre des méthodes modernes** |
| **a) Contraceptifs oraux : COC et COP** | • Donner le CO en suivant le check-list des AC • Donner le nombre de cyclesselon les besoins des clientes -1ère visite : si NU, donner 3 cycles ; si UR, donner 3 à 6 cycles selon les besoins de la cliente, -Visites suivantes : 6 à 12 cycles• Commencer les COP :- dans les 5 premiers jours du cycle - immédiatement en post-partum ou en post abortum- ou à n’importe quel moment du cycle si on est raisonnablement sûr que la femme n’est pas enceinte (utiliser la liste de contrôle de grossesse ou le test de grossesse) •Commencer le COC ;dans les 5 premiers jours du cycle- 6 mois après l’accouchement :pour les femmes qui pratiquent la MAMA-à partir du 21ème jour après l’accouchement pour la femme qui n’allaite pas- ou à n’importe quel moment du cycle si on est raisonnablement sûr que la femme n’est pas enceinte (utiliser la liste de contrôle pour éliminer une grossesse ou le test de grossesse)• Effectuer le suivi des UR• Effectuer la recherche activedes perdues de vue• S’approvisionner auprès de la formation sanitaire de rattachement• Référer les cas si nécessaire | Fournir le CO :• Compléter les informations en se basant sur les critères d’éligibilité de l’OMS décrits dans la fiche de consultation• Commencer les COP :- dans les 5 premiers jours du cycle - immédiatement en post-partum ou en post abortum- ou à n’importe quel moment du cycle si on est raisonnablement sûr que la femme n’est pas enceinte (utiliser la liste de contrôle de grossesse ou le test de grossesse) •Commencer le COC ;dans les 5 premiers jours du cycle- 6 mois après l’accouchement :pour les femmes qui pratiquent la MAMA-à partir du 21ème jour après l’accouchement pour la femme qui n’allaite pas- ou à n’importe quel moment du cycle si on est raisonnablement sûr que la femme n’est pas enceinte (utiliser la liste de contrôle pour éliminer une grossesse ou le test de grossesse)• Donner le nombre de cyclesrépondant au besoin des clientes :1ère visite : si NU, donner 3 cycles ; si UR, donner 3 à 6 cycles selon les besoins de la cliente.• Programmer le rendez-vous de réapprovisionnement et de suivi• Encourager les clientes à revenir en cas de problème et pour le réapprovisionnement• Prendre en charge les effetssecondaires et les problèmes, ainsi que les référées• Référer si besoin est | Fournir le CO :• Compléter les informations en se basant sur les critères d’éligibilité de l’OMS décrits dans la fiche de consultation• Commencer les COP :- dans les 5 premiers jours du cycle- immédiatement en post-partum ou en post abortum- ou à n’importe quel moment du cycle si on est raisonnablement sûr que la femme n’est pas enceinte : utiliser la liste de contrôle de grossesse ou le test de grossesse)•Commencer le COC ;- dans les 5 premiers jours du cycle- 6 mois après l’accouchement : pour les femmes qui pratiquent la MAMA à partir du 21ème jour après l’accouchement pour la femme qui n’allaite pas- ou à n’importe quel moment du cycle si on est raisonnablement sûr que la femme n’est pas enceinte, (utiliser la liste de contrôle pour éliminer une grossesse ou le test de grossesse)• Donner le nombre de cyclesrépondant au besoin des clientes :1ère visite : 1ère visite : si NU, donner 3 cycles ; si UR, donner 3 à 6 cycles selon les besoins de la cliente• Programmer le rendez-vous deréapprovisionnement et de suivi• Encourager les clientes à reveniren cas de problème et pour leréapprovisionnement• Prendre en charge les effetssecondaires et les problèmes, ainsi que les référées |
| **b)- Contraceptifs****Injectables****progestatif (CIP) seul** | Fourni par des AC sélectionnés et formés.Critères de sélection :\*AC habitant à plus de 5km du CSB\*AC performant après au moins 6 mois d’exercice-Stage pratique validé par la FS avec au moins 6 injections IM et 6 en S/C correctes-Certifié à la fin de la formation-Lettre d’engagement signé pour prestation d’injection uniquement en contraceptifs injectables progestatifsNB : les chefs CSB sont les superviseurs des AC• Donner le CIP en appliquant le BERCER et en suivant le check-list des AC.• Appliquer les mesures de prévention des infections• Effectuer l’injection de CIP toutes les 13 semainesCommencer les CIP :- dans les 5 premiers jours du cycle- Immédiatement en post-partum si la femme n’allaite pas et immédiatement en post abortum- 6 semaines après l’accouchement chez la femme qui allaite- 6 mois après l’accouchement si la femme allaite exclusivement et en aménorrhée- A n’importe quel moment, si l’on est raisonnablement sûr que la femme n’est pas enceinte (utiliser la liste de contrôle pour éliminer une grossesse ou le test de grossesse)* Appliquer les mesures de PI
* Référer pour la prise en charge des effets secondaires, des problèmes
 | Fournir le CI :• Compléter les informations en se basant sur les critères d’éligibilité de l’OMS décrits dans la fiche de consultation• Commencer les CIP :- dans les 5 premiers jours du cycle- Immédiatement en post-partum si la femme n’allaite pas et immédiatement en post abortum- 6 semaines après l’accouchement chez la femme qui allaite- 6 mois après l’accouchement si la femme allaite exclusivement et en aménorrhée- A n’importe quel moment, si l’on est raisonnablement sûr que la femme n’est pas enceinte (utiliser la liste de contrôle pour éliminer une grossesse ou le test de grossesse)• Appliquer les mesures de PI | Fournir le CI :• Compléter les informations en se basant sur les critères d’éligibilité de l’OMS décrits dans la fiche de Consultation• Commencer les CIP : - dans les 5 premiers jours du cycle- Immédiatement en post-partum si la femme n’allaite pas et immédiatement en post abortum- 6 semaines après l’accouchement chez la femme qui allaite- 6 mois après l’accouchement si la femme allaite exclusivement et en aménorrhée- A n’importe quel moment, si l’on est raisonnablement sûr que la femme n’est pas enceinte •Appliquer les mesures de prévention des infections des infections |
| **c)- Contraceptifs Injectables Combiné (CIC)** | Orienter les clients potentiels vers les Formations sanitaires | Fournir le CIC :• Compléter les informations en se basant sur les critères d’éligibilité de l’OMS décrits dans la fiche de consultation• Commencer les CIC : - dans les 5 premiers jours du cycle- Immédiat ou dans les 5 jours après un avortement du 1er trimestre- Après le 6è mois de l’accouchement en cas d’allaitement maternel - A n’importe quel moment du 21ème au 28ème jour après l’accouchement si la femme n’allaite pas. - Immédiatement sans attendre les prochaines règles en cas de changement de méthode.- A n’importe quel moment, si l’on est raisonnablement sûr que la femme n’est pas enceinte (utiliser la liste de contrôle pour éliminer une grossesse ou le test de grossesse) Appliquer les mesures de prévention des infections• Encourager les clientes à revenir en cas de problème• Assurer le suivi• Prendre en charge les effets secondaires et les problèmes• Référer si besoin  | Fournir le CIC :• Compléter les informations en se basant sur les critères d’éligibilité de l’OMS décrits dans la fiche de consultation• Commencer les CIC : - dans les 5 premiers jours du cycle- Immédiat ou dans les 5 jours après un avortement du 1er trimestre- Après le 6è mois de l’accouchement en cas d’allaitement maternel - A n’importe quel moment du 21ème au 28ème jour après l’accouchement si la femme n’allaite pas. - Immédiatement sans attendre les prochaines règles en cas de changement de méthode.- A n’importe quel moment, si l’on est raisonnablement sûr que la femme n’est pas enceinte (utiliser la liste de contrôle pour éliminer une grossesse ou le test de grossesse)Appliquer les mesures de prévention des infections• Encourager les clientes à revenir en cas de problème• Assurer le suivi• Prendre en charge les effets secondaires et les problèmes• Prendre en charge les cas référés |
| **d)-Barrières** | • Fournir les méthodesBarrières :-préservatifs-spermicidesselon les besoins des clients• Effectuer le suivi des UR• Référer en cas de problème | • Prendre en charge les cas référés• Fournir les méthodes barrières :-Condom-Spermicidesselon les besoins des clients• Effectuer le suivi des UR• Prendre en charge les problèmes éventuels | • Prendre en charge les cas référés• Fournir les méthodes barrières :-Condom-Spermicidesselon les besoins des clients• Effectuer le suivi des UR• Prendre en charge les problèmeséventuels |
| **d)- MLD :** | **DIU : TCu 380 A**Orienter les clients potentiels vers les formations sanitaires | **DIU : TCu 380 A** • Compléter les informations en se basant sur les critères d’éligibilité de l’OMS décrits dans la fiche de consultation• Appliquer les mesures de prévention des Infections. Effectuer l’insertion- Dans les 5 premiers jours du cycle- Dans le post-partum : avant 48 heures ou à partir de la 4ème semaine après un accouchement- Dans le post abortum, immédiatement si les conditions la permettent- A n’importe quel moment du cycle si on est raisonnablement sûr que la femme n’est pas enceinte (utiliser la liste de contrôle pour éliminer une grossesse ou le test de grossesse)• Encourager les clientes à revenir en cas de problèmeProgrammer le suivi au 1er mois, 6ème mois puis tous les ans après insertion.• Insister sur le respect de l’hygiène-Prendre en charge les effets secondaires / problèmes• Référer si besoin | **DIU : TCu 380 A** • Compléter les informations en se basant sur les critères d’éligibilité de l’OMS décrits dans la fiche de consultation• Appliquer les mesures de prévention des InfectionsEffectuer l’insertion- Dans les 5 premiers jours du cycle- Dans le post-partum : avant 48 heures ou à partir de la 4ème semaine après un accouchement- Dans le post abortum, immédiatement si les conditions la permettent- A n’importe quel moment du cycle si on est raisonnablement sûr que la femme n’est pas enceinte (utiliser la liste de contrôle pour éliminer une grossesse ou le test de grossesse)• Encourager les clientes à revenir en cas de problèmeProgrammer le suivi au 1er mois, 6ème mois puis tous les ans après insertion.• Insister sur le respect de l’hygiène-Prendre en charge les effets secondaires / problèmes• Prendre en charge les cas référés |
|  | **DIU hormonal:** Orienter les clients potentiels vers les formations sanitaires | **DIU hormonal:** **•** Compléter les informations en se basant sur les critères d’éligibilité de l’OMS décrits dans la fiche de consultation• Appliquer les mesures de prévention des infections. Effectuer l’insertion- dans les 5 premiers jours du cycle- immédiatement dans le post abortum au cours du premier trimestre, si les conditions la permettent (absence de l’infection ou autres)- dans le post abortum au cours du deuxième trimestre ou en post-partum, l’insertion doit attendre au moins 6 semaines ou attendre l’involution utérine- à n’importe quel moment du cycle si on est raisonnablement sûr que la femme n’est pas enceinte (utiliser la liste de contrôle pour éliminer une grossesse ou le test de grossesse)• Encourager les clientes à revenir en cas de problèmeProgrammer le suivi au 1er mois, puis tous les ans après insertion.• Insister sur le respect de l’hygiènePrendre en charge les effets secondaires / problèmes• Référer en cas de besoin. | **DIU hormonal:** **•** Compléter les informations en se basant sur les critères d’éligibilité de l’OMS décrits dans la fiche de consultation• Appliquer les mesures de prévention des infections. Effectuer l’insertion- dans les 5 premiers jours du cycle- immédiatement dans le post abortum au cours du premier trimestre, si les conditions la permettent (absence d’infection ou autre)- dans le post abortum au cours du deuxième trimestre ou en post-partum, l’insertion doit attendre au moins 6 semaines ou attendre l’involution utérine- à n’importe quel moment du cycle si on est raisonnablement sûr que la femme n’est pas enceinte (utiliser la liste de contrôle pour éliminer une grossesse ou le test de grossesse)• Encourager les clientes à revenir en cas de problèmeProgrammer le suivi au 1er mois, puis tous les ans après insertion.• Insister sur le respect de l’hygiènePrendre en charge les effets secondaires / problèmes• Prendre en charge les cas référés |
|  | **IMPLANTS****CONTRACEPTIFS :****Orienter les clients potentiels****vers les FS** | • Compléter les informations en se basant sur les critères d’éligibilité de l’OMS décrits dans la fiche de consultation• Appliquer les mesures de prévention des infections• Effectuer l’insertion- Dans les 5 premiers jours du cycle- En post-partum ou en postabortum immédiat- A tout moment du cycle si on est raisonnablement sûr que la femme n’est pas enceinte (utiliser la liste de contrôle pour éliminer une grossesse ou le test de grossesse)• Programmer le suivi au 3ème mois puis tous les ans après insertion.• Encourager les clientes à revenir en cas de problème• Prendre en charge les effetssecondaires et les problèmes• Référer si besoin | • Compléter les informations en se basant sur les critères d’éligibilité de l’OMS décrits dans la fiche de consultation• Appliquer les mesures de prévention des infections• Effectuer l’insertion- Dans les 5 premiers jours du cycle- En post-partum ou en postabortum immédiat- A tout moment du cycle si on est raisonnablement sûr que la femme n’est pas enceinte (utiliser la liste de contrôle pour éliminer une grossesse ou le test de grossesse)• Programmer le suivi au 3ème mois puis tous les ans après insertion.• Encourager les clientes à revenir en cas de problème• Prendre en charge les effetssecondaires et les problèmes• Prendre en charge les cas référés |
| **e) Méthodes permanentes : CCVF CCVM** | **Orienter les clients potentiels****pour la contraception****chirurgicale volontaire vers les****FS** | CCVF : Contraception chirurgicale volontaire féminine• Référer les clients qui désirentles méthodes permanentes -CCVM-CCVF | CCVF : Contraception chirurgicale volontaire féminine• Compléter les informations en se basant sur les critères d’éligibilité de l’OMS décrits dans la fiche de consultation• Obtenir le consentement éclairé et approuvé• Appliquer les mesures de prévention des Infections• Effectuer la CCVF- A n’importe quel moment du cycle si on est raisonnablement sûr que la femme n’est pas enceinte- Dans le post partum : avant 7ème jour ou à partir de 6ème semaine après l’accouchement- en post abortum immédiat si lesconditions la permettent• Assurer le suivi une semaine après la CCVF• Encourager les clientes à revenir en cas de problème•Prendre en charge les complications y afférentesCCVM : Contraception ChirurgicaleVolontaire Masculine• Obtenir le consentement éclairé et approuvé• Appliquer les mesures de prévention des infections • Effectuer la CCVM• Assurer le suivi une semaine après la CCVM• Encourager les clients à revenir en cas de problème• Prendre en charge les complications y afférentes• Conseiller des rapports sexuels protégés pendant 20 éjaculations ou 3 mois après intervention.(préservatifs ou autres méthodes)• Effectuer spermogramme si possiblepour confirmation de l’azoospermie) |
| **f) Contraception d’Urgence** | **Orienter les clients vers les FS** | Donner une pilule de Lévonorgestrel pour la contraception d’urgence.dans les 72 heures après un rapport sexuel non protégé, jusqu’à 120 heures pour Ulipristal acétate (UPA).  En 1ère intention :Lévonorgestrel 1,5 mg en une seule prise ou Lévonorgestrel 0,75 mg en deux prises espacées de 12 heures A défaut : • Donner dans les 72 heures quisuivent le rapport sexuel nonprotégé-COC (combinaison de 0,03mgd’Ethinyloestradiol14 + 0,15mg de Lévonorgestrel)04 pilules en une seule prise puis12h après 04 autres pilules en une seule prise • Insérer le DIU dans les 5 joursqui suivent le rapport sexuel non protégé• Prendre en charge les cas référés | Donner une pilule de Lévonorgestrel pour la contraception d’urgence.dans les 72 heures après un rapport sexuel non protégé, jusqu’à 120heures pour Ulipristal acétate (UPA).  En 1ère intention :Lévonorgestrel 1,5 mg en une seule prise ou Lévonorgestrel 0,75 mg en deux prises espacées de 12 heures A défaut : • Donner dans les 72 heures quisuivent le rapport sexuel nonprotégé-COC (combinaison de 0,03mgd’Ethinyloestradiol14 + 0,15mg de Lévonorgestrel)04 pilules en une seule prise04 autres pilules en une seuleprise 12h après• Insérer le DIU dans les 5 joursqui suivent le rapport sexuel nonprotégé•Prendre en charge les cas référés |
| **3. Consultation de suivi (en appliquant le BERCER)** | •Etablir des rapports cordiaux avec la cliente•Utiliser des compétences de communication interpersonnelle pour :-Demander à la cliente si elle est satisfaite de la méthode utilisée-Ecarter une éventuelle grossesse- Identifier les effets secondaires ou les problèmes associés à la méthode utilisée-Déterminer le besoin de protection contre les IST et VIH/SIDA-Rappeler à la cliente les instructions sur l’utilisation des produits contraceptifs, ainsi que les signes d’alarme-Donner les instructions concernant les visites de retour | •Etablir des rapports cordiaux avec la cliente•Utiliser des compétences de communication interpersonnelle pour :-Demander à la cliente si elle est satisfaite de la méthode utilisée- Effectuer l’examen gynécologique tous les ans : •examen au spéculum, TV combiné au palper • IVA/IVL•Examiner le sein •Ecarter une éventuelle grossesse• Identifier les effets secondaires ou les problèmes associés à la méthode utilisée-Déterminer le besoin de protection contre les IST et VIH/SIDA-Rappeler à la cliente les instructions sur l’utilisation des produits contraceptifs, ainsi que les signes d’alarme-Donner les instructions concernant les visites de retour-Assurer la prévention, Test, dépistage et traitement des IST/VIH-Référer en cas de besoin  | •Etablir des rapports cordiaux avec la cliente•Utiliser des compétences de communication interpersonnelle pour :-Demander à la cliente si elle est satisfaite de la méthode utilisée- Effectuer l’examen gynécologique tous les ans : • examen au spéculum, TV combiné au palper • IVA/IVL•Examiner le sein •Ecarter une éventuelle grossesse• Identifier les effets secondaires ou les problèmes associés à la méthode utilisée-Déterminer le besoin de protection contre les IST et VIH/SIDA-Rappeler à la cliente les instructions sur l’utilisation des produits contraceptifs, ainsi que les signes d’alarme-Donner les instructions concernant les visites de retour-Assurer la prévention, Test, dépistage et traitement des IST/VIH |

#### Prise en charge de l’infertilité

##### NORMES

1. DEFINITION :

Selon l’OMS (octobre 2016), l’infertilité est« une maladie du système reproducteur » se traduisant par  l’impossibilité d’obtenir une grossesse clinique après douze mois ou plus de rapports sexuels réguliers et non protégés.

Une stérilité est dite « primaire » lorsqu’il n’y a jamais eu de grossesse, et « secondaire » dans le cas contraire.

La prise en charge de l’infertilité est l’ensemble des mesures mises en œuvre pour permettre au couple d’avoir un enfant vivant, quel que soit le type d’infertilité.

1. BUT

Aider tout couple désirant avoir un enfant

1. OBJECTIFS
* Informer sur les facteurs de risque
* Dépister les causes de l’infertilité
* Prendre en charge le couple infertile
1. LIEUX DE PRESTATION

A tous les niveaux du système sanitaire public et privé :

* Niveau communautaire
* Centre de Santé de Base (CSB)
* Centre de Référence (CHRD, CHRR, CHU)
* Cabinets médicaux d’exercice libéral
1. PRESTATAIRES
* Agent communautaire : AC
* Agent de santé : médecins et Sages Femmes
1. CIBLES
* Femmes en âge de reproduction et hommes infertiles

##### PROCEDURES PAR NIVEAU ET PAR TYPE D’INTERVENANT

| **Offre de Services** | **Niveau communautaire****(Agent Communautaire)** | **Premier contact : CSB****(Sages-femmes, Infirmiers et médecins généralistes)** | **Référence : CHRD, CHRR,CHU****(Sages-femmes, Infirmiers, médecins généralistes et spécialistes)** |
| --- | --- | --- | --- |
| Prise en charge del’infertilité | * Informer sur les facteurs de risque d`infertilité :

comportement sexuel à haut risque, IST, éventuelles anomalies génitales, avortements provoqués* Orienter la femme ou le couple qui se plaint de ne pas avoir d’enfant vers la formation sanitaire
 | ***Prise en charge du couple infertile**** Effectuer des investigations pour

s’assurer qu’il s’agit d’une infertilité et pour identifier la cause : **Interrogatoire sur:**La régularité des rapports sexuels, le développement pubertaire, les habitudes toxiques, les facteurs de risque professionnel***-antécédents médicaux :**** chez la femme : IST, infection pelvienne, dysménorrhée, dyspareunie, tuberculose, maladies générales débilitantes

• chez l’homme : IST, oreillons, tuberculose, pathologie endocrinienne...***-antécédents chirurgicaux :**** chez la femme : intervention abdomino-pelvienne, cœlioscopie
* chez l’homme : cure de hernie inguinale, cure d’ectopie testiculaire, traumatisme testiculaire, cure de varicocèle...
 | ***Prise en charge du couple infertile**** Effectuer des investigations pour

s’assurer qu’il s’agit d’une infertilité et pour identifier la cause :**Interrogatoire sur:**-La date des dernières règles,-La notion de céphalées, troubles visuels ou amputation du champ visuel, anorexie-La régularité des rapports sexuels : nombre de rapports sexuels par jour ou par semaine, éjaculationNotion d’impuissance et de frigidité.-Le développement pubertaire, -les habitudes toxiques, -les facteurs de risque professionnel***antécédents médicaux :***• chez la femme : IST, infection pelvienne, dysménorrhée, dyspareunie, tuberculose, maladies générales débilitantes. chez l’homme : IST, notion de tabagisme, notion d’irradiation ionisante : accidentelle, ou médicale, notion de prise médicamenteuse : antihypertenseur, traitement hormonal…,cryptorchidie, oreillons, tuberculose, pathologie endocrinienne...***antécédents chirurgicaux***chez la femme : interventionabdomino-pelvienne, cœlioscopiechez l’homme : cure de hernie inguinale, cure d’ectopie testiculaire, traumatisme testiculaire, cure de varicocèle... |
| Prise en charge del’infertilité (suite) |  | ***- antécédents obstétricaux :***gestité, parité, avortement, infection en post-partum, post-abortum,...***- symptômes éventuels :**** chez la femme : douleurs abdominales, écoulement vaginal anormal, pertes de sang, anormales...
* chez l’homme : écoulement urétral, douleurs scrotales...

***Examen physique***Pour rechercher * femme: tuméfactions abdominales, douleur cicatrice, goitre, hirsutisme, vulve, vagin, col, glaire, utérus, annexes, suivi de la T° basale, pendant 3 à 6 cycles ...
* homme : type de pilosité, gynécomastie, cicatrice abdomino- pelvienne, testicules (taille, position, consistance, sensibilité), épididymes, canaux déférents (varicocèle), écoulement de la verge, hypospadias...

•Assurer le traitement étiologique•Référer le couple en cas de besoin | ***antécédents obstétricaux :***gestité, parité, avortement, infection en post-partum, post-abortum,...***- symptômes éventuels :**** chez la femme : douleurs abdominales, écoulement vaginal anormal, pertes de sang, anormales...
* chez l’homme : écoulement urétral, douleurs scrotales

***Examen physique***Pour rechercher * femme: tuméfactions abdominales douleur, cicatrice, goitre, hirsutisme, vulve, vagin, col, glaire, utérus, annexes, suivi de la T° basale, pendant 3 à 6 cycles ...
* homme : type de pilosité, gynécomastie, cicatrice abdomino- pelvienne, testicules (taille, position, consistance, sensibilité), épididymes, canaux déférents (varicocèle), écoulement de la verge, hypospadias...
 |
| Prise en charge del’infertilité (suite) |  |  | ***Examen para clinique :******Chez la femme :*** Courbe de température Echographie pelvienne Hystérosalpingographie Eventuellement cœlioscopie et/ou hystéroscopie Bilan hormonal : FSH, LH, Progestérone, Œstradiol, prolactine, hormones thyroïdiennes…..***Chez l’homme :*** Spermogramme ou spermocytogramme. Test post-coïtal de Hunter**Prise en charge :** Assurer le traitement étiologique***Chez la femme :***Chirurgie : plastie tubaire, plastie utérine, myomectomie…. Induction de l’ovulationProcréation médicalement assistée : insémination intra-utérine, fécondation in vitro…..***Chez l’homme :***Procréation médicalement assistée  |

#####

### SANTE DE LA REPRODUCTION DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES

#### Santé de la Reproduction des Adolescents et des Jeunes

##### NORMES

1. DEFINITION :

La Santé de la Reproduction des Adolescents et des Jeunes est définie comme un état de bien - être général et dynamique tant physique que mental et social de l`adolescent pour tout ce qui concerne l’appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l’absence de maladie ou d’infirmité.

AMadagascar, les adolescents et jeunes de 10 à 24 ans représentent 32% de la population totale. Des changements importants d’ordre physiologique, cognitif, social, économique, et psychologique apparaissent au cours de l’adolescence.

1. BUT

Le but de la Santé de la Reproduction des adolescents et des jeunes (SRAJ) est d`améliorer l’état de santé et le bien-être de ce groupe de population afin qu’ils puissent assurer un contrôle sur leur propre santé, réaliser leur ambition et parvenir à leur plein épanouissement.

1. OBJECTIFS
* Amener les adolescents et les jeunes à adopter des comportements responsableset à connaître leurs droits en matière de santé reproductive.
* Offrir des services de qualité adaptés aux besoins des adolescents etdes jeunes au niveau des Formations Sanitaires et dans les communautés.
* Prendre en charge les problèmes psychosociaux et médicauxinhérents aux différents thèmes de la SRAJ (sexualité, IST/Sida, grossesseprécoceet ou non désirée, soins après avortement, fistule obstétricale, cancer du col,violences sexuelles,mésusage des substances dependogenes, nutrition,...)
1. LIEUX DE PRESTATION
* Milieu familial
* Communauté/sites communautaires
* Etablissements scolaires (y compris infirmerie, coin jeunes)
* Milieu de travail
* Services Amis des Jeunes et associations des jeunes /Maisons des jeunes
* Centres de rééducation des jeunes délinquants, prisons
* Centre de réinsertion sociale des adolescents et jeunes
* Centre de prise en charge des mères adolescentes célibataires
* Formations sanitaires publiques et privées à tous les niveaux,
* Centres de santé amis des jeunes
* Cabinets médicaux d’exercice libéral
* Organisations religieuses et associations confessionnelles
1. PRESTATAIRES
* Membres de la famille et de la communauté
* Agent communautaire, jeune pair éducateur, jeune parent
* Enseignants/éducateurs
* Personnel de Santé
* Membres des associations, organisations publiques, privées, confessionnelles œuvrant dans la SRAJ
1. MOMENT / PERIODICITE

• à chaque contact avec un adolescent ou un jeune

•à chaque communication envers les adolescents et les

Jeunes

• à chaque regroupement d’adolescents et des jeunes,

• en cas de problème social ou de santé chez l’adolescent ou jeune

1. CIBLES

Les adolescents (10 à 19 ans) et les jeunes (15 à 24 ans), sans distinction de sexe, de milieu d’origine, de niveau d’instruction, de situation sociale.

1. PRESTATIONS DE SERVICE

La Santé de la Reproduction des Adolescents et des Jeunes (SRAJ) comprend les prestations sur :

* les Conseils, les Informations et les Communications en rapport à tout ce qui a trait à la santé reproductive des adolescents et des jeunes
* la prévention des grossesses inopportunes précoces ou non désirées,
* la prévention et la prise en charge des Fistules obstétricales
* la lutte contre les IST/VIH : prévention et prise en charge.
* la prévention et la prise en charge des grossesses précoces
* la prise en charge des complications des avortements,
* la prévention et la prise en charge mésusage substances dependogenes
* La lutte contre les Infections Sexuellement Transmissibles : IST/VIH/SIDA qui est transversale pour toutes les composantes de la SR.
* La prévention, le dépistage et la prise en charge précoce du cancer du col utérin
* La prévention et la prise en charge de la violence basée sur le genre (VBG ) :
* la prévention et la prise en charge de la malnutrition

##### PROCEDURES PAR NIVEAU ET PAR TYPE D’INTERVENANT

| **Offre de Services** | **Niveau communautaire****(Agent Communautaire)** | **Premier contact : CSB****(Sages-femmes, Infirmiers et médecins généralistes)** | **Référence : CHRD, CHRR,CHU****(Sages-femmes, Infirmiers, médecins généralistes et spécialistes)** |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. Promotion d’un service de santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes** | •Promouvoir les comportements sexuels sains auprès des adolescents et des jeunes :- report ultérieur du premier rapport sexuel ou abstinence sexuelle pour les non-initiés-respect de l’âge légal du mariage à partir du 18 ans- rapports sexuels protégés pour les sexuellement actifs •Informer sur :- la planification’ familiale,- les conséquences négatives et la prévention du mariage précoce, de la grossesse précoce et de lagrossesse non désirée, - l’hygiène (corporelle, menstruelle,...), le mode de vie (Mésusage des produits toxiques, nutrition, exercice physique,..)- l’avortement y compris les textes en vigueur, -l’IST/VIH/sida - la Violence basée sur le genre)- le Cancer du col- le mésusage des produits dépendogènes-les droits des jeunes •Organiser des séances périodiques de sensibilisation pour les adolescents/jeunesscolarisés ou non, les parents•Effectuer des plaidoyers auprès des personnes influentes en faveur d’une bonne santé reproductive des adolescents et des jeunes •Orienter les adolescents et les jeunes vers les Formations Sanitaires publiques ou privées pour la recherche de soins  | •Promouvoir les comportements sexuels sains auprès des adolescents et des jeunes :- report ultérieur du premier rapport sexuel ou abstinence sexuelle pour les non-initiés-respect de l’âge légal du mariage à partir du 18 ans- rapports sexuels protégés pour les sexuellement actifs•Informer sur :- la planification familiale,- les conséquences négatives et la prévention du mariage précoce, de la grossesse précoce et de la grossesse non désirée- l’hygiène (corporelle, menstruelle,...), mode de vie (mésusage des produits toxiques, nutrition, exercice physique,..)- l’avortement y compris les textes en vigueur - l’IST/VIH/sida-Violence basée sur le genre -le cancer du col-Mésusage des produits dépendogènes- les droits des jeunes•Organiser des séances périodiques de sensibilisation pour les adolescents/jeunesscolarisés ou non, les parents,  et les agents communautaires autour des thèmes de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes Effectuer des plaidoyers auprès des personnes influentes en faveur d’une bonne santé reproductive des adolescents et des jeunes  | • Promouvoir les comportements sexuels sains auprès des adolescents et des jeunes :- report ultérieur du premier rapport sexuel ou abstinence sexuelle pour les non-initiés-respect de l’âge légal du mariage à partir du 18 ans - rapports sexuels protégés pour les sexuellement actifs •Informer sur :- La planification familiale- les conséquences négatives et la prévention du mariage précoce, de la grossesse précoce et de la grossesse non désirée- l’hygiène (corporelle, menstruelle,...), mode de vie (Mésusage des produits toxiques, nutrition, exercice physique,..)- l’avortement y compris les textes en vigueur - l’IST/VIH/sida - la Violence basée sur le genre) - le cancer du col-Mésusage des produits dépendogènes-les droits des jeunes-Organiser des séances périodiques de sensibilisation pour les adolescents/jeunes scolarisés ou non, les parents,  et les agents communautaires autour des thèmes de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes |
| **2. Offre de service PF aux adolescents et aux jeunes** | * Bien accueillir les adolescents et les jeunes, avec intimité, confidentialité et convivialité
* Conseiller les adolescents et jeunes qui demandent de l’aide tout en respectant les modalités en counseling

•Informer les jeunes (sexuellement actifs ou non) sur la nécessité d’une Planification Familiale : abstinence sexuelle, ou méthodes de PF moderne (Méthodes courte durée, longue durée)•Donner la possibilité d’un choix éclairé sur la Planification Familiale •Offrir des services de PF et conseils •Donner le prochain RV RV •Référer en cas de besoin | •Bien accueillir les adolescents et les jeunes, avec intimité, confidentialité et convivialité•Conseiller les adolescents et jeunes  qui demandent de l’aide tout en respectant les modalités en counseling• Informer les jeunes (sexuellement actifs ou non sur le planning familialDonner la possibilité d’un choix éclairé sur la Planification Familiale •Offrir un service de PF en expliquant l’importance, les avantages et effets indésirables, avec les moyens de les gérercf Document manuel de référence PFI•Prendre en charge les complications •Donner le prochain RV •Référer en cas de besoin | •Bien accueillir les adolescents et les jeunes avec intimité et confidentialité et convivialité•Conseiller les jeunes qui demandent de l’aide•Informer les jeunes (sexuellement actifs ou non) sur le planning familial•Donner la possibilité d’un choix éclairé sur la Planification Familiale •Offrir un service de PF en expliquant l’importance, les avantages et effets indésirables, avec les moyens de les gérer•Donner le prochain RV•Prendre en charge des complications  |
| **3. Prévention****des grossesses****Précoces et** **non désirées** | Devant tout adolescent ou jeunequi fréquente une structure qui leur est destinée :• Informer sur la définition de la grossesse non désirée-Les conséquences des grossesses précoces et non désirées -les dangers de l’avortement-les conséquences et les complications de l’avortement sur leur vie future -les moyens de prévention des grossesses précoce et /non désirées et de l’avortement (abstinence, contraception pour les jeunes, contraception d’urgence, double protection des préservatifs…),- les textes en vigueur interdisant l’avortement•Orienter vers une formation sanitaire en cas de besoin • Distribuer des contraceptifsadaptés aux jeunes/adolescents sexuellement actifs• Informer sur les sites de distribution des produits contraceptifs•Test de grossesse communautaire | Devant tout adolescent ou jeune qui fréquente une structure qui leur est destinée :• Informer sur-Les conséquences des grossesses non désirées- les dangers et les complications de l’avortement- les conséquences de l’avortement sur leur vie future- les moyens de préventiondes grossesses précoce et /non désirées et de l’avortement (abstinence, contraception pour les jeunes, contraception d’urgence, double protection des préservatifs…),- les textes en vigueur interdisant l’avortement• informer les adolescents et jeunes sexuellement actifs surla contraception (Abstinence,préservatifs,...Contraception d’urgence, méthodes courtes durée et longue durée...) et leur mode d’utilisation, avantages, effets indésirables)•Offrir les méthodes contraceptives la liste de contrôle,•test de grossesse si besoin •Organiser des journées périodiques ou causerie de groupe • Informer sur les sites de distribution des produits contraceptifs• Prendre en charge des effetssecondaires / cas référés• Référer en cas de besoin | Devant un groupe de jeunes/adolescents qui fréquentent les centres de jeunesse :• Informer sur- les dangers et les complicationsde l’avortement- les conséquences de l’avortementsur leur vie future- les moyens de prévention des grossesses précoce et /non désirées et de l’avortement (abstinence, contraception pour les jeunes, contraception d’urgence, double protection des préservatifs…),- les textes en vigueur interdisant l’avortement• Informer les adolescents et jeunes sexuellement actifs sur la contraception (Abstinence, préservatifs,...Contraceptiond’urgence, méthodes courtes durée et longue durée....) et leur moded’utilisation, avantages, effets indésirables)•Offrir les méthodes contraceptivesla liste de contrôle,•Organiser des journées périodiques ou causerie de groupe• Informer sur les sites de distribution des produits  contraceptifs• Prendre en charge des effetssecondaires et complications / cas référés |
| **4. Prise en charge****des grossesses****précoces** | Devant une adolescente/jeunePrésentant une grossesseprécoce ou non désirée• Informer l’adolescente surl’importance des soinsprénatals• Orienter vers une Formation Sanitaire pour les consultations prénatales.•Conseils sur le PEIGS (Plan d’Espacement Idéal de la Grossesse pour la Santé)Effectuer les Soins d’urgence Cf p62 et 63 avant la référence | Devant une adolescente/jeuneprésentant une grossesse précoce ou non désirée•Bien accueillir l’adolescente •Conseiller l’adolescente pour bien affronter l’accouchement • Informer l’adolescente ou le couple sur l’importance et la nécessité des soins prénatals et postnatals • Effectuer les CPN(selon les normes CPN (huit contacts•Effectuer l’accouchement, la PF post-partum et les soins postnatals•Prendre en charge les complications•Référer en cas de besoinDevant une adolescente présentant des complications d’avortement :• bien accueillir la patiente •Assurer la prise en charge selon le protocole SAA (voir SAA) •Référer en cas de besoin•Donner des conseils sur la PF post-abortum | Devant une adolescente/jeuneprésentant une grossesse précoce ou non désirée•Bien accueillir l’adolescente •Conseiller l’adolescente pour bien affronter l’accouchement • Informer l’adolescente ou le couple sur l’importance et la nécessité des soins prénatalset postnatals • Effectuer les CPN (selon les normes CPN (huit contacts)• procéder aux examens paracliniques, à la demande (échographie, etc.) •Effectuer l’accouchement, la PF post-partum et les soins postnatals •Prendre en charge les complicationsDevant une adolescente présentant descomplications d’avortement : • Bien accueillir la patiente •Assurer la prise en charge selon le protocole SAA (voir SAA) • Assurer la prise en charge des cas référés.•Donner des conseils sur les offres de service de la PF du post-abortum |
| **5. Prise en charge des complications d’avortement**  | Devant une adolescente présentant des complications d’avortements * Orienter vers un centre de santé
* Soutenir et accompagner l’adolescent
 | Devant une adolescente présentant des complications d’avortements * Bien accueillir la patiente
* Prendre en charge le cas (voir Soins Après avortement)
* Référer en cas de complications
 | Devant une adolescente présentant des complications d’avortements * Bien accueillir la patiente
* Prendre en charge le cas (voir Soins Après avortement)
* Prendre en charge les cas référés
 |
| **6. Prévention****et prises-en****charge du mésusage des substances dépendogènes****(tabac, alcool, drogues…)** | • Conseiller les adolescents/jeunes ou groupe des jeunes sur la prévention du mésusage des substances dependogènes •Conseiller et orienter vers les centres sociaux éducatifs et de formation des adolescents/jeunes à problèmes  | • Conseiller les adolescents /jeunes ou groupe des jeunes sur la prévention du mésusage des substances dependogènes• Conseiller et orienter vers les centres sociaux éducatifs et de formation des adolescents/ jeunes à problèmes | • assurer la prise en charge des complicationsen milieu spécialisé et effectuer lesevrage• Conseiller et orienter vers les centressociaux éducatifs et de formation desadolescents/jeunes à problèmes |
| **7. Prévention et PEC des IST/SIDA** | Devant un adolescent/jeune ou un groupe d’adolescents/jeunes, un couple d’adolescents/jeunes, fréquentant une structure qui leur est destinée •Donner des informations sur les signes, les modes de transmission, les moyens de prévention des IST/VIH, sur la prévention des risques de récidive, de complications et séquelles et les avantages du dépistage volontaire •Conseiller et démontrer le mode d’utilisation des préservatifs. •Distribuer des préservatifs. •Encourager les adolescentset les jeunes à se faire soigner dans une formation sanitaire, à notifier leurs partenaires et les référer pour la prise en charge | Devant un groupe d’adolescents, un couple d’adolescents/jeunes, fréquentant les Services Amis des Jeunes ou non : •Donner des informations sur les signes, les modes de transmission, les moyens de prévention des IST/VIH, sur la prévention des risques de récidive, de complications et séquelles et les avantages du dépistage volontaire •Conseiller et démontrer le mode d’utilisation des préservatifs•Distribuer des préservatifs •Encourager les adolescents et les jeunes à se faire soigner et à notifier leurs partenaires• Prendre en charge les cas d’IST en utilisant l’approche syndromique• Référer vers un centre spécialisé au besoin | Devant un groupe d’adolescents/jeunes, un couple d’adolescents jeunes fréquentant les Services Amis des Jeunes ou non:• Donner des informations sur lessignes, les modes de transmission,les moyens de prévention des IST/VIH, et les avantages du dépistage volontaire sur la prévention des risques• Conseiller et démontrer le moded’utilisation des préservatifs•Distribuer des préservatifs• Encourager les adolescents et les jeunes à se faire soigner et à notifier leurs partenaires• Prendre en charge les cas d’IST en utilisant l’approche syndromique |
| **7. Prévention et Prise en charge de la malnutrition des Adolescents** | •Donner des informations sur les aliments et leur rôle respectifs•Demander l’habitude alimentaire de la famille au repas quotidien•Donner un exemple de recette diététique pour les repas journalier et l’inciter à modifier leur mode d’alimentation•solliciter la mère à préparer un repas à emporter pour les Adolescents et non de l’argent•Conseiller et orienter vers les formations sanitaires les adolescentes ayant de problèmes de nutrition | •Donner des informations sur les aliments et leur rôle respectifs•Demander l’habitude alimentaire de la famille au repas quotidien•Donner un exemple de recette diététique pour les repas journalier et l’inciter à modifier leur mode d’alimentation•solliciter la mère à préparer un repas à emporter pour les Adolescents et non de l’argent•Supplémenter en FAF les adolescentes en cas de besoin (FAF scolaires)•Prendre en charge les adolescentes ayant de problèmes de nutrition | •Donner des informations sur les aliments et leurs rôles respectifs•Demander l’habitude alimentaire de la famille au repas quotidien•Donner un exemple de recette diététique pour les repas journalier et l’inciter à modifier leur mode d’alimentationsolliciter la mère à préparer un repas à emporter pour les Adolescents et non de l’argent .Supplémenter en FAF les adolescentes en cas de besoinPrendre en charge les adolescentes ayant de problèmes de nutritions |

### VIOLENCE BASEE SUR LE GENRE

#### Violence basée sur le genre

##### NORMES

1. DEFINITION :

La violence basée sur le genre (VBG) est tout acte de violence dirigé contre un individu et causant ou pouvant causer à la personne un préjudice ou des souffrances physique, sexuelle ou psychologique, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté que ce soit dans la vie publique ou la vie privée.

A Madagascar, les plus courantes des VBG sont les violences sexuelles et les violences domestiques et/ou conjugales.

La violence sexuelle est un acte subi sans consentement sur une personne appelée victime y compris tout rapport ou attouchement sexuel.

La violence domestique est définie comme toute agression physique, verbale ou morale sur une personne en public, en privéou au sein d’une famille.

1. BUT

Réduire l’incidence de la violence sexuelle et domestique.

1. OBJECTIFS
* Promouvoir la prévention de la VBG
* Assurer la prise en charge de qualité des victimes de VBG
1. TYPES DE PRESTATION
	1. **Prise en charge médicale**
* Prévention primaire:Information et sensibilisation
* Prise en charge médicale
	1. **Prise en charge non médicale**
* Prise en charge psychosociale
* Prise en charge juridique
1. LIEUX DE PRESTATIONS
* Au sein de la Famille
* Au sein de la Communauté
* Milieux éducatifs et professionnels
* Formations sanitaires publiques et privées y compris les Cabinets médicaux d’exercice libéral
* Organisations spéciales responsables de la PEC des victimes
* Centre de prise en charge intégrée des victimes de VBG au niveau des CHU (ex : centre Vonjy, …)
1. PRESTATAIRES
* Agents communautaires
* Agents de santé
* Travailleurs sociaux
* Partenaires communautaires (tout membre de la famille, membres des associations, religieux...)
* Fonctionnaires chargés de l’application de la loi
* Acteurs et/ou collaborateurs dans les milieux sociaux, culturels et éducatifs.
1. MOMENT / PERIODICITE

- Information, sensibilisation et prévention : à tout moment et/ou périodique avec amélioration continue (Système de Management de la Qualité)

- Cas de suspicion et/ou cas réel : signalement et dénonciation à chaque fois que l’on se trouve devant un cas de violence sexuelle ou domestique

- Prise en charge médicale et psychosociale : immédiat et systématique

1. BENEFICIAIRES DE LA PRESTATION
* Femmes
* Enfants
* Adolescents ou jeunes (scolarisés ou non scolarisés)
* Hommes
* Parents
* Personnes Agées
* Personnes en Situation de Handicap

##### PROCEDURES PAR NIVEAU ET PAR TYPE D’INTERVENANT

| **Offre de Services** | **Niveau communautaire****(Agent Communautaire)** | **Premier contact : CSB****(Sages-femmes, Infirmiers et médecins généralistes)** | **Référence : CHRD, CHRR,CHU****(Sages-femmes, Infirmiers, médecins généralistes et spécialistes)** |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. Prévention: information et sensibilisation** | •Mener des actions d’IEC/CCC en matière de VBG au niveau communautaire :•Renforcer les compétences des acteurs sociaux en IEC/CCC en mobilisation sociale et en plaidoyer (cf Recommandations OMS E.4.1)•Réaliser des campagnes d'IEC/CCC et mobilisation sociale ( cf Recommandations OMS E.4.1 )•Donner des Informations et des conseils sur :- la prévention et la lutte contre les violences sexuelles et domestiques- les lois en vigueur sur la violence sexuelle, les droits de l’homme, de la femme et de l’enfant (droits humains)•Etablir des mesures d’accompagnement : soutien moral continu, faire preuve de confidentialité, discrétion et de sensibilité.•Orienter vers les services concernés (police des mœurs, gendarmerie, centres de santé, Centre d’Ecoute et de Conseil Juridique, Réseaux de Protection de l’Enfant, Foyer Sociaux, etc) | •Plaidoyer auprès des autorités compétentes en matière de VBG •Renforcer les compétences des agents communautaires sur les thématiques suivantes.-Education à la sexualité-genre-droits humains-responsabilité citoyenne -droits de la victime-notions et types de violences-conséquences physique et psychologique de la violence-circuit de la victime : prestation médicale et les orientations recours de proximité-réseau de prévention ou de prise en charge multisectorielle existant et de proximité •Réaliser des campagnes d'IEC/CC (cf. recommandations OMS E.4.1)•Réaliser une enquête clinique sur la possibilité de violences de la part du partenaire sexuel lors des visites anténatales lorsqu’on évalue des affections pouvant être causées ou compliquées par telles violences en vue d’améliorer le diagnostic clinique et les soins ultérieurs (Cf B13 OMS)•Donner des Informations et des conseils sur :- la prévention et la lutte contre les violences sexuelles et domestiques- les lois en vigueur sur la violence sexuelle, les droits de l’homme, de la femme et de l’enfant (droits humains) droits de la victime• Etablir des mesures d’accompagnement :offrir un soutien moral continu, faire preuve de confidentialité, discrétion, et de sensibilité, éviter la victimisation secondaires des victimes de violence sexuel•Orienter vers les services concernés (police des mœurs, gendarmerie, Centre d’Ecoute et de Conseil Juridique, Réseaux de Protection de l’Enfant, Foyer Sociaux, etc) | •Plaidoyer auprès des autorités Compétentes en matière de VBG Réaliser des Campagnes d'IEC/CC (cf Recommandations OMS E.4.1)•Réaliser une enquête clinique sur la possibilité de violences de la part du partenaire sexuel lors des visites anténatales lorsqu’on évalue des affections pouvant être causées ou compliquées par telles violences en vue d’améliorer le diagnostic clinique et les soins ultérieurs (Cf B13 OMS)•Donner des Informations et des conseils sur :- la prévention et la lutte contre les violences sexuelles et domestiques- les lois en vigueur sur la violence sexuelle, les droits de l’homme, de la femme et de l’enfant (droits humains) droits de la victime• Etablir des mesures d’accompagnement :offrir un soutien moral continu, faire preuve de confidentialité, discrétion, et de sensibilité, éviter la victimisation secondaires des victimes de violence sexuelle-•Orienter vers les services concernés (police des mœurs, Centre d’Ecoute et de Conseil Juridique, Réseaux de Protection de l’Enfant, Foyer Sociaux, etc) |
| **2. Prise en charge****psychosociale** | • Donner des Informations et des conseils sur la prévention et la lutte contre les violences sexuelles et domestiques :- Diffuser des textes et des documents relatifs au genre et aux droits humains (les lois en vigueur sur la violence sexuelle, les droits de l’homme, de la femme et de l’enfant)- Collaborer avec les parties prenantes (Chefs coutumiers, Responsables des services décentralisés, des ONG et des Associations sur les VBG, l’approche du Genre et les droits de la femme, etc)- Mener des séances de sensibilisation basée sur le genre, les droits humains, lutte contre la violence basée sur le genre• Etablir des mesures d’accompagnement : offrir un soutien moral continu, faire preuve de confidentialité, discrétion et de sensibilité, éviter la victimisation secondaires des victimes de violence sexuelle.•Orienter et/ou accompagner vers les services concernés (police des mœurs, centres de santé, Centre d’Ecoute et de Conseil Juridique, Réseaux de Protection de l’Enfant, Foyers Sociaux, CAJ, SAJ, etc)• Faciliter la réhabilitation à base communautaire des victimes de violence sexuelle | • Donner des Informations et des conseils sur la prévention et la lutte contre les violences sexuelles et domestiques • Etablir des mesures d’accompagnement : -soutien moral continu, faire preuve de confidentialité, de discrétion et de sensibilité-Soutien psychosocial-renforcement des mécanismes institutionnels d'accompagnement psychosocial et de suivi-appui (type SAJ)• Prendre en charge les problèmes éventuels• Orienter et/ou accompagner vers les services concernés (police des mœurs, gendarmeries, centre d’écoute et de conseil juridique, réseaux de protection de l’enfant, foyers sociaux, CAJ, SAJ,…)• Faciliter et suivre la réhabilitation à base communautaire des victimes de violence sexuelle | • Donner des Informations et des conseils sur la prévention et la lutte contre les violences sexuelles et domestiques • Etablir des mesures d’accompagnement : -soutien moral continu, faire preuve de confidentialité, discrétion et de sensibilité-soutien psychosocial- renforcement des mécanismes institutionnels d'accompagnement psychosocial et de suivi-appui (type SAJ) • Prendre en charge les problèmes éventuels• Orienter et/ou vers les services concernés (police des mœurs, centre d’écoute et de conseil juridique, TranoAroZo, réseaux de protection de l’enfant, foyers sociaux, CAJ, SAJ,…)• Orienter les victimes vers les associations ou ONG ouvrant dans le domaine de la réinsertion sociale des victimes de la Violence Sexuelle |
| **3. Prise en charge médicale** | • Apporter un soutien psychosocial et humanisé à la victime• Référer les victimes | •Accueil : -Confidentialité-Eviter de faire subir à la victime une victimisation secondaire-Pour un ou une mineur : présence d’une personne majeure exigée-Si victime majeure, sans accompagnant, présence d’un agent de santé de même sexe exigée-Informer sur les droits de la victime, sur le déroulement de l’examen médical•Effectuer un examen clinique et paraclinique complet en parallèle avec le prélèvement pour recueillir des éléments de preuve de l’agression sexuelle et pour prévenir les complications Examen clinique-Mener une anamnèse (informations générales, antécédents médico-chirurgicaux, psychiatriques et socio-culturels, agresseur, agression, symptomatologie) -Examen général à la recherche des lésions traumatiques-Examen génital-Examen anal-Examen paraclinique (test syphilis, test VIH, test hépatite B, test de grossesse) •Administrer les premiers soins :-Soigner les plaies et blessures-Prescrire une contraception d’urgence en cas de viol si rapport non protégé et ou test de grossesse selon le cas-Traiter une IST selon le protocole national Prescrire une ARV prophylaxique post exposition VIH et selon le cas à référer »(PPE)-Administrer le sérum antitétanique si nécessaire•Apporter un soutien psychosocial et humanisé à la victime (prescription d’un éventuel arrêt de travail ou éviction scolaire selon le cas : IPP, ITT)•Rédiger le Certificat Médical (à la demande) et le rapport d’expertise médico-légal sous réquisition (nominative)•Rédiger une lettre de référence de la victime dans un service de pris en charge psycho-sociale pour l’accompagnement psychosocial et juridique•Rédiger un signalement si absence de lettre de réquisition à personne qualifiée•Remplir les outils de gestion (fiche individuelle de prise en charge ; registre de consultation). •Référer les cas compliqués•Orienter les victimes vers les autres secteurs de prise en charge•Collaborer avec les autres secteurs concernésPlanifier le suivi médical selon le cas (après 1 semaine, 1 mois puis 3 mois) | •Accueil : Assurer la-Confidentialité-Eviter de faire subir à la victime une victimisation secondaire-Pour un ou une mineure : présence d’une personne majeure exigée-Si victime majeure, sans accompagnant,présence d’un agent de santé de même sexe exigée-Informer sur les droits de la victime, sur le déroulement de l’examen médical•Effectuer un examen clinique et paraclinique complet en parallèle avec le prélèvement pour recueillirdes éléments de preuve de l’agression sexuelle et pour prévenir les complications Examen clinique•Mener une anamnèse (informations générales, antécédents médico-chirurgicaux psychiatriques et socio-culturels, agresseur, agression, symptomatologie)-Examen général à la recherche des lésions traumatiques-Examen génital-Examen anal-Examen paraclinique (sérologie syphilis, sérologie chlamydia, VIH1 et 2, sérologie hépatite B et C, test de grossesse, prélèvement vaginal + antibiogramme, échographie pelvienne ou autres investigations si besoin) •Administrer les premiers soins :-Soigner les plaies et blessures-Prescrire une contraception d’urgence en cas de viol si rapport non protégé et ou test de grossesse selon le cas-traiter une IST selon le protocole national* -prescrire une ARV prophylaxique post exposition VIH, la continuité dépend du résultat du test VIH »

•Administrer le sérum antitétanique si nécessaire•Apporter un soutien psychosocial et humanisé à la victime (prescription d’un éventuel arrêt de travail ou éviction scolaire selon le cas IPP ou ITT)•Rédiger le Certificat Médical (à la demande) et le rapport d’expertise médico-légal sous réquisition (nominative) •Rédiger une lettre de référence de la victime dans un service de prise en charge psycho-sociale pour l’accompagnement psychosocial et juridique•Rédiger un signalement si absence de lettre de réquisition à personne qualifiée•Remplir les outils de gestion (fiche individuelle de prise en charge ; registre de consultation). •Orienter les victimes vers les autres secteurs de prise en charge•Collaborer avec les autres secteurs concernés•Planifier le suivi médical selon le cas (après 1 semaine, 1 mois puis 3 mois) |
| **4. Prise en charge****médico-légale (juridique)** | • Conseiller à la victime de conserver les vêtements tâchés et les remettre à la police en cas de plainte• Déclarer les cas aux autorités compétentes (cette dénonciation est obligatoire s’il s’agit d’un(e) mineur(e) | • Conseiller à la victime de conserver les vêtements tâchés ou les remettre à la police en cas de plainte• Déclarer les cas aux autorités compétentes (cette dénonciation est obligatoire s’il s’agit d’un(e) mineur(e)• Rédiger un certificat médical, un rapport d’expertise médico-légal | • Conseiller à la victime de conserver les vêtements tâchés ou les remettre à la police en cas de plainte• Déclarer les cas aux autorités compétentes (cette dénonciation est obligatoire s’il s’agit d’un(e) mineur(e)• Rédiger un certificat médical, un rapport d’expertise médico-légal |

### PREVENTION, DEPISTAGE ET PRISE EN CHARGE PRECOCE DU CANCER DU COL UTERIN

#### Prévention, dépistage et prise en charge précoce du cancer du col utérin

##### NORMES

1. DEFINITION :

C’est une tumeur maligne due au HumanPapilloma Virus (HPV). La tumeur développe au niveau de la jonction de l’endocol et de l’exocol. Le cancer du col de l’utérus est précédé d’un état pré cancéreux apparaissant plusieurs années avant la maladie. Ce processus peut être évité par une prise en charge précoce de ces lésions précancéreuses et la vaccination des filles.

Le dépistage et la prise en charge précoce des lésions précancéreuses du col de l’utérus permettent de réduire l’incidence du cancer invasif du col utérin de 50 à 80%. Le cancer du col utérin est un cancer qui survient chez une femme jeune.Le cancer du col utérin évolue lentement et peut toucher toutes les catégories sociales.

1. BUT

Réduire l’incidence, la morbidité et la mortalité dues au cancer du col utérin.

1. OBJECTIFS

Prévenir et prendre en charge le cancer du col utérin

1. TYPES DE PRESTATION
	* Prévention primaire : promotion pour l’adoption de comportement sexuel sain, hygiène et mode de vie saine, prévention et traitement des IST, vaccination des filles de 9 à 13 ans,
	* Dépistage des lésions précancéreuses par Inspection Visuelle utilisant l’acide acétique, par Frottis Cervico-Utérin (FCU ) et traitement de ces lésions par la cryothérapie, la résection à l’anse diathermique (RAD), la conisation, cold coagulation …
	* Prise en charge des cas suspects de cancer du col.
2. LIEUX DE PRESTATIONS
	* Communauté
	* Associations/ONG
	* Formations sanitaires publiques et privées
3. PRESTATAIRES
* Agents communautaires
* Educateurs/éducateurs pairs
* Instituteurs, chefs ZAP, directeurs d’école
* Agents de santé ayant reçu la formation requise.
1. MOMENT / PERIODICITE
* A chaque occasion
* Tout contact avec la femme
* Périodique avec amélioration continue
1. CIBLES

**Cibles primaires**

* Fille de 9 à 13 ans pour la vaccination :
* Femmes de 25 à 49 ans pour le dépistage par IVA/cryothérapie
* Toutes femmes de plus de 18ans ayant déjà eu des rapports sexuels pour le dépistage par FCU

**Cibles secondaires**

Les décideurs et les autorités politico-administratives, les hauts responsables et les prestataires de service, le mari et hommes pour adhésion et comportement responsable.

##### PROCEDURES PAR NIVEAU ET PAR TYPE D’INTERVENANT

| **Offre de Services** | **Niveau communautaire****(Agent Communautaire)** | **Premier contact : CSB****(Sages-femmes, Infirmiers et médecins généralistes)** | **Référence : CHRD, CHRR,CHU****(Sages-femmes, Infirmiers, médecins généralistes et spécialistes)** |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. Prévention primaire y compris CCC** | •Donner des informations et des conseils sur :- l’hygiène de la vie (éviterle tabagisme, pratiquer des exercices physique, manger beaucoup de fruits et légumes etc.)-l’hygiène sexuelle : Eviter les rapports sexuels précoces, les partenaires multiples, les maternités trop précoces ou trop nombreuses- l’obligation de se faire traiter en cas d’IST ainsi que la notification du ou des partenaires- Vaccination anti HPV• Conseiller sur l’utilité :- du préservatif pour la prévention des IST/VIH- de la PF pour la limitation des naissances- du dépistage précoce du cancer du col utérin - sur les méfaits de l’automédication en cas d’IST- sur la prévention et prise en charge des IST | •Plaidoyer auprès des autorités compétentes en matière de cancer du col de l’utérus• Donner des informations et des conseils sur :-le cancer du col (qu’est-ce que le cancer du col de l’utérus ? sa mode de transmission, poids ces facteurs de risque, les moyens de prévention, les possibilités thérapeutiques, le poids du cancer à Madagascar ; …)- l’hygiène de la vie (éviter leTabagisme, pratiquer des exercices physiques, manger beaucoup de fruits et légumes etc.)-l’hygiène sexuelle : éviter lesrapports sexuels précoces, les partenaires multiples, les maternités trop précoces ou trop nombreuses- l’obligation de se faire traiter en cas d’IST ainsi que la notification du ou des partenaires- Vaccination anti HPV• Conseiller sur l’utilité - du préservatif pour la prévention des IST/VIH- De la PFpour la limitation des naissances- du dépistage précoce du cancer du col utérin-de la palpation des seins - les méfaits de l’automédicationen cas d’IST -sur la prévention et prise en charge des IST | •Plaidoyer auprès des autorités compétentes en matière de cancer du col de l’utérus•Donner des informations et desconseils sur :-le cancer- l’hygiène de la vie (éviter letabagisme, pratiquer des exercices physiques, manger beaucoup de fruits et légumes etc..)-l’hygiène sexuelle : éviter les rapports sexuels précoces,les partenaires multiples, les maternités trop précoces ou trop nombreuses- l’obligation de se faire traiter encas d’IST ainsi que la notificationdu ou des partenaires-Vaccination nanti HPV• Conseiller- Le préservatif pour la préventiondes IST-la PF- le dépistage précoce du cancerdu col utérin sur les méfaits de l’automédication en cas d’ISTsur la prévention et prise encharge des IST |
| **2. Dépistage etPrise en****charge des****cas des lésions****précancéreuses****et de cancer****suspects** | •Orienter vers la FS pour le dépistage et la vaccination anti HPV•Encourager l’autopalpation des seins | •Effectuer la counseling avant le dépistage • Visualiser le col de l’utérus avec le spéculum utilisant l’acide acétique (IVA) En cas de IVA positive, •Expliquer le déroulement du traitement les lésions précancéreuses par cryothérapie ou (par cold coagulation si disponible) et rassurer la patiente.•Appliquer le traitement proprement dit Effectuer un counseling après la cryothérapie ou cold coagulationAssurer un suivi un an après(Donner le Rendez-vous de la prochaine visite)Référer si cryothérapie ou cold coagulation non disponible•Dépister précocement le cancer du sein par la palpation •Référer les cas suspects (suspicion du cancer du col utérin, nodules ou tumeur du sein)•Assurer un suivi médical et un soutien psychologique | •Effectuer un dépistage chez toute femme de 25 à 49ans par inspection visuelle, enutilisant l’acide acétique (IVA)•Ou effectuer un frottis de dépistage ou une biopsie pour un examen cytologique •Faire un counselling avant lacryothérapie•Traiter les lésions précancéreusespar cryothérapie•Effectuer un counselling après laCryothérapie•Traitement des lésions précancéreuses du col utérin par RAD, conisation, …•Dépister le cancer du sein par palpation, par mammographie•Diagnostiquer par examen anatomopathologique ou autres investigations•Traiter les cas diagnostiqués selon le plateau technique disponible•Assurer un suivi médical et unsoutien psychologique |

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

### Maternité à MoindreRisque

|  |  |
| --- | --- |
| **Equipements pour les formations sanitaires**  | **Nombre par FS** |
| **CSB CHRD I** | **CHRD II CHRR CHU** |
| ***Pour accouchement assisté*** |
| Ventouse NouvelleGénérationBird | 1 | 2 |
| ***Pour réanimation maternelle et néonatale*** |
| Réanimateur, ballon Ambuadulte/enfant, no. RH5 et RH2 | 1 | 2 |
| Réanimateur, ballon Ambu enfant/nouveau, no. RH2 et S1 | 1 | 2 |
| Canule de Guedel, tailles 0-4, stérile | 3 | 6 |
| Concentrateurd’oxygène avec kit | 1 | 1 |
| ***Pour évacuation utérine*** |
| Pince à col (utérin), tenaculum, Duplay, 28cm, courbée, en acier inoxydable | 1 | 1 |
| Pince à col (utérin), vulsellum, Museux, 24cm, courbée | 1 | 1 |
| Pince de Pozzi 25cm | 1 | 1 |
| Pince, porte coton, Forester, 20 cm, droite, en acier inoxydable | 1 | 3 |
| Spéculum vaginal, Cusco, large | 1 | 1 |
| Spéculum vaginal, Cusco, moyen | 1 | 1 |
| Spéculum vaginal, Cusco, petit | 1 | 1 |
| Speculum vaginal, Graves , medium (blade 100x35 mm) | 1 | 1 |
| Speculum vaginal, Graves , small (blade 75x20 mm) | 1 | 1 |
| spéculum, vaginal, Doyen, lamelles de 85 x 45mm | 1 | 1 |
| spéculum, vaginal, Jayle, bladeside 40 x 90mm, avec poids détachable | 1 | 1 |
| Sondeutérine, Martin, 32 cm | 1 | 1 |
| Kit de seringue d'aspiration à vide (IPAS IA18 série), manuelle, complète (kit AMIU) | 2 | 3 |
| curette/scoop, Thomas, no. 11, blunt |  | 1 |
| curette/scoop, Simon, 6mm, blunt |  | 1 |
| curette/scoop, Cuzzi, serrated back, 18mm head, 30cm |  | 1 |
| Dilatateurs de Hegars, n. 1-2, 3-4, 5-6, 7-8, 9-10, 11-12, 13-14, 15-16 |  | 1 |
| Bassin, rond, 150ml, sans couvercle, inoxydable | 1 | 1 |
| Boite à instruments, 400 x 230 x 80mm, avec couvercle, | 1 | 1 |

|  |  |
| --- | --- |
| **LES ELEMENTS DU KIT SAGE FEMME N2** | **Nombre****par kit** |
| Sphygmomanomètre (adult), anéroïde | 1 |
| Stéthoscope, binaural, complète | 1 |
| Stéthoscope, foetal, Pinard | 2 |
| Tape-measure, vinyl-coated, 1.5 m/5 feet | 2 |
|  Basin, kidney, stainless steel, 825 ml | 2 |
|  Tray, dressing, ss, 300 x 200 x 30 mm | 2 |
| Bowl, stainlesssteel, 600 ml | 2 |
| Bowl, round, stainless steel, 4 L | 2 |
| Bowl, round, polypropylene, 6 L | 2 |
| Jar, forceps, pp, 180 mm, w/o cover | 2 |
|  Jar, thermometer, pp, 11 cm, w/o cover | 2 |
|  Forceps, dressing, Cheron, 250 mm | 2 |
|  Tray, instr, ss, 225 x 125 x 50 mm,w/cover | 4 |
|  Brush, hand, scrubbing, plastic | 2 |
| Drawsheet, plastic, 90 x 180 cm | 2 |
|  Apron, protection, plastic | 2 |
|  Tourniquet, latex rubber, 75 cm | 2 |
| Towel, huck, 430 x 500 mm | 5 |
| Scale, infant, spring, 5 kg x 25 g | 1 |
| Sling for use with 0557000 & 0557100 | 1 |
|  Pen, ball-point, blue | 5 |
|  Book, exercise, A5, ruled-8mm, 48 pages | 2 |
| ***Surg.inst., delivery /SET:*** | 2 |
| Set contents: |  |
| 1 x 0770500 - Scissors, Mayo, 140 mm, cvd, b/b | 1 |
| 1 x 0774700 - Scissors, gyneco, 200 mm, cvd, b/b | 1 |
| 2 x 0726000 - Forceps, artery, Kocher, 140 mm, str | 2 |
| ***Surg.inst., suture /SET:*** | 2 |
| Set contents: |  |
| 1 x 0773550 - Scissors, Deaver, 140 mm, cvd, s/b | 1 |
| 1 x 0743600 - Needle holder, Mayo-Hegar, 180 mm, str | 1 |
| 1 x 0726000 - Forceps, artery, Kocher, 140 mm, str | 1 |
| **LES INTRANTS POUR LES OPERATIONS CESARIENNES** |
| **MEDICAMENTS** |
| Adrenaline 1 mg ampde 1ml |
| Amoxicilline 500mg gelules |
| Ampicilline 1g flacon inj. |
| Atropine 0,25 mg |
| Bupivacaine 0,5% ampoule de 20 ml |
| Chlorure de potassium 20% inj |
| Cimetidine 200 mg ampinj |
| Diazepam 10 mg amp. 2 ml |
| Enoxaparine 0,4 ml |
| Ephedrine 50 mg inj. |
| Fentanyl 100ug injamp. 2 ml |
| Fentanyl 500ug injamp. 10ml |
| Metronidazole 500 mg/100 ml inj. |
| Metronidazole 250mg/100 comp |
| Oxytocin 10 ui . Amp.1ml |
| Pancuroniumbromide 2 mg/ml inj. Amp.2ml |
| Perfalgan 1 g injflac/100 ml |
| Ringer lactate 500 ml |
| Sgh 10% 500ml |
| Sgi 5% 500 ml |
| Ssi 0,9% 500 ml |
| Thiopental 1 gr bleu flacon |
| Vitamine k1 10 mg |
| Consommables médicaux |
| Aiguille courbe 1/2 cercle pointe ronde d'haged'horm 40 ou 50 mm |
| Aiguille pl g 22 ( 0,7x89mm) |
| Alcool 70 ° 125 ml flacon |
| Bétadine dermique 125 ml flacon |
| Bobine fil résorbable n° 1 (dec 4) 250 cm |
| Canule de guedel taille 2 stérile |
| Cathéter g 18 ( vert) uuste |
| Clamp ombilical |
| Compresse stérile 10cm x 10 cm b/10 |
| Coton hydrophile 50 g |
| Gant stérile taille 6 paires (taille 7 1/2) |
| Gant stérile taille 7 paires (chirurgicale) |
| Gants chirurgicaux 7 1/2 paire |
| Gants d'examen latex t. Moyenne |
| Lame bistouri n° 24 uu |
| Perfuseur stérile en y |
| Poche collecteur urine 2 litres avec robinet de vidange |
| Robinet a 3 voies |
| Seringue 20 ml avec aiguille 21 g |
| Seringue hypodermique 10 ml avec aiguille 21g |
| Seringue hypodermique 2 cc avec aiguille 23 g |
| Sonde d'aspiration bronchique ch8 |
| Sonde d'aspiration trachéalech 14 |
| Sonde endotracheale àballonnet n° 7 |
| Sonde vesicalefoley 2 voies ch 18 |
| Sparadrap 10 cm x 5 m |
| Transfuseur stérile |

|  |
| --- |
| **COMPOSITION DES KITS INDIVIDUELSD'ACCOUCHEMENT** |
| **DESIGNATION** | **Quantité par Kit** |
| Compresse 10cm X 10cm | 2 |
| Gants chirurgicaux N° 7 ou 7 1/2 | 2 |
| Gants d’examen taille moyenne | 4 |
| Alcool 70° 60 cc ou chlorhexidine | 1 |
| Clamp ombilical de BAR | 1 |
| Vit K1 injectable 10 mg | 1 |
| Oxytocine injectable 10UI | 1 |
| Collyre Gentamycine (1flacon pour 10 kits) | 0,1 |
| seringue 2cc AA | 1 |
| Alèze plastique de couleur transparent, 1m x1m, épaisseur 110µ | 1 |
| Savon de ménage PM | 1 |
|  lange rectangulaire, moleton, 1m x 90cm | 1 |
| Brassièremanche longue  | 1 |
| Sac en PVC avec LOGO | 1 |

|  |  |
| --- | --- |
| **LES INTRANTS POUR LA PRISE EN CHARGE DES FO****MEDICAMENTS** |  |
|  | **NB par cas** |
| Atropine sulfate 1mg/ml  | 1 |
| ADRENALINE Epinephrine 1 MG/ML : | 1 |
| Diazépam 10 mg injectable | 1 |
| Bupivacaine hydrochloride 0.5% heavy, 4 ml vials | 1 |
| Ephédrine 50 mg ou 30 mg injectable | 1 |
| DICLOFENAC SODIUM 75 MG/3ML | 4 |
| Cimétidine 200 mg inj. | 4 |
| Ciprofloxacin Hydrochloride\_500mg | 20 |
| Ciprofloxacin injectable | 4 |
| LIDOCAINE HCL 2% INJ-FLACON 20 ML | 1 |
| Sodium chloride 0.9% Fl 500 ml | 4 |
| Hartmann’s solution (Ringer’s Lactate) | 4 |
| Dextrose 5% Fl 500 ml | 2 |
| Dextrose 10% FL 500 ml | 1 |
| Hydrocortisone OU Dexamethasone 100mg  | 1 |
| Furosémideinj 20mg  | 1 |
| Exacylinj | 2 |
| Calcium gluconate 1gr injectable | 3 |
| KETAMINE | 1 |
| THIOPENTAL | 1 |
| PANCURONIUM | 1 |
| FENTANYL 500ug InjAmp. 10ml | 1 |
| FENTANYL 100ug InjAmp. 2 ml | 1 |
| Albendazole 400 | 1 |
| FAF | 7 |

|  |  |
| --- | --- |
| **LES INTRANTS POUR LA PRISE EN CHARGE DES FO (suite)** |  |
| **CONSOMMABLES MEDICAUX** |  |
| Infusion giving set | 1 |
| Cannula, IV short,18G, sterile, single use | 1 |
| Tape, adhesive, zinc oxide, perforated,10cm x 5m  | 0,2 |
| Ethanol (ethylalcohol) 70% (500 ml) | 0,2 |
| Catheter, urethral,Foley, adult, CH 16,sterile, single use | 0,5 |
| Vicryl, size 2-0, UR\_6 26mm, 5/8 Circle pointe ronde | 3 |
| Bleu de méthylène ampoule (aguettant) | 0,05 |
| polyvidoneiodéedermique 125cc  | 2 |
| Gant d’examen latex T moyenne / Large  | 20 |
| Gloves, surgical, size7,5, sterile,single use, pair | 6 |
| Gloves, surgical, size8, sterile,single use, pair | 2 |
| COMPRESSE STERILE 40x40v (10cm x 10 cm pliée)  | 25 |
| Seringue 20cc avec aiguille  | 1 |
| Seringue 10cc avec aiguille  | 8 |
| Seringue 5cc avec aiguille  | 1 |
| TRANSFUSEUR STERILE AVEC AIG 21G- UNITE | 1 |
| **KITS FO N°2** | 1 pour 20 cas |
| **Kit FO N°1** |  2 par centre |
| **BESOIN POUR LES CAMPAGNES** | NBRE / CAS |
| Camisole de bloc stérile à jeter | 3 |
| Masque à usage unique | 3 |
| Calot à usage unique | 3 |
| Surchaussure à usage unique  | 3 |
| Champ de table à usage unique  | 1 |
| Champ opératoire à usage unique  | 4 |

OUTILS DE GESTION

* FSSMN
* Carnet de santé de la mère
* Carnet de santé de l’enfant
* Registre Accouchement et CPoN
* Registre CPN
* Registre de vaccination
* Registre PTME

JOB AIDS et ALGORYTHME et SUPPORTS IEC protocoles SONU

* Affiche plan d’action aider les bébés à respirer
* Affiche plan d’action aider les mères à survivre
* Affiche sur les signes de dangers chez les mères
* Affiche sur les signes de dangers chez les nouveaux nés

### Planificationfamiliale

1. KITS PF STANDARS
2. MATERIELS
* Table d’examen gynécologique
* Lampe d’examen sur pied articulé mobile avec ampoule de rechange
* Tensiomètre Vaquez Laubry à sangle
* Stéthoscope
* Balance pèse-personne mécanique
* Spéculum vaginal de GRAVE (GM, MM, PM)
* Poubelle à pédale
* Récipients plastiques avec couvercle pour la décontamination du matériel
* Incinérateur (à confectionner par la FS)
* Brosse à ongles
* Distributeur de savon liquide
* Stérilisateur
1. LOTS DE DEMARRAGE EN CONTRACEPTIFS

***Pour Agents de santé***

**Lot de démarrage**

* 100 cycles COC
* 100 cycles COP
* 100 Condoms masculins
* 50 condoms féminins
* 100 unités spermicides (5 boîtes de Néo shampoon)
* 10 unités deDIU
* 50 doses de CI en IM ,
* 50 doses CI en SC
* 50 doses CI combinés
* 100 doses de CI
* 20 unités d’implants contraceptifs
* 10 colliers de cycle
* 10 doses de Pilule Contraceptive d’Urgence
* 10 unités de test de grossesse
* Consommables
* 1boite Gants d’examen latex à usage unique,
* 1 bteGants stériles : 7
* 1 bte de gantsstériles7 1⁄2
* -Eau de Javel
* -Savon liquide ou savon en morceau

Le réapprovisionnement est calculé en fonction de la consommation mensuelle moyenne et le stock disponible et utilisable au moment de la commande.

***Pour Agents communautaires***

**Lot de démarrage**

* 25 cycles de COC
* 25 cycles de COP
* 15 doses de CI
* 50 unités de condom masculin
* 10 unités de condom féminin
* 50 unités de spermicide
* 5 colliers de cycle
* 10 unités de test de grossesse

**Consommables**

* Gants d’examen latex à usage unique,
* Eau de Javel
* Savon liquide ou savon en morceau
1. **MATERIELS IEC**
* Affiches à l’aide du checklist et/ou test de grossesse
* Van de méthodes
* Dépliants, brochures
* Boîte à image
* Carte d’invitation
* Cartes conseils
* Modèle anatomique (mâle et femelle)
* Matériel audio-visuel (FS avec source d’électricité)
1. **AIDE–MEMOIRE**
* Liste de contrôle pour éliminer une grossesse
* Liste de contrôle pour les offres des CO et de CI
1. **OUTILS DE GESTION**

***Pour Agents de santé***

**Lot de démarrage**

* 100 Fiches de consultation
* 1 Registre
* 20 Fiches de référence
* 2 Fiches de stock par produit
* 2 Echéanciers bleus et 2 rouges
* 12 Canevas de rapport mensuel d’activités
* 1 Carnet de bon de commande /livraison des produits contraceptifs

***Pour Agents communautaires***

**Lot de démarrage**

* 25 Fiches de consultation
* 20 feuilles de Registre
* 20 Fiches de référence
* 1 Fiche de stock par produit
* 1 Cahier de matériels
* 1 Cahier de recette
1. KIT DE VASECTOMIE SANS BISTOURI

**LINGE**

* 1 Drap pour table d’examen
* 1Champ troué 50 cm x 50 cm, diamètre du trou 10 cm x 10 cm
* 1Champ carré 1 m x 1 m pour table de matériels
* 2 Camisoles pour le prestataire

**STERILISATION**

* 1 Minuterie
* 1 Stérilisateur à vapeur électrique ou non électrique
* 1 Tambour pour linge, adapté au stérilisateur
* 2 Récipients plastiques de 25 cm de diamètre

**MATERIELS**

* 1 Boîte à instruments en acier inoxydable 210mm x 150mm x 100mm
* 1 Pince à faux germes pour badigeonner
* 1 Cupule inoxydable 80 ml
* 1 Paire de ciseaux pointus
* 1 Pince à disséquer le vas
* 1 Pince à servir
* 1 Pince à anneau extra cutané type Babcock ou pince à vas

**CONSOMMABLES ET MEDICAMENTS**

* Polyvidone iodée (Bétadine) dermique 10 ml par client
* 4 compresses stériles par client
* 2 paires de gants stériles par client
* Xylocaïne 1% sans adrénaline 4 ml
* 1 seringue 5 ml + aiguille 21g
* 3 ampoules de 10 ml de sérum salé
* Elastique 50 cm
* Sparadrap
1. KIT DE CONTRACEPTION CHIRURGICALEVOLONTAIRE FEMININE (CCVF)

**LINGE**

* 1 Champ stérile
* 1 grand champ troué
* 1 champ carré
* 4 masques pour les opérateurs (opérateur, assistant, panseurs)
* 3 camisoles (opérateur, aide et cliente)
* 4 calots (opérateur, aide et cliente)
* 4 paires de bottes (opérateur, aide, panseur et cliente)
* Chaussures fermées pour les opérateurs

**STERILISATION**

* 1 stérilisateur à vapeur électrique ou non électrique
* 2 tambours pour le linge (champs et camisoles) adaptés au stérilisateur
* 2 récipients plastiques pour la décontamination

**MATERIELS**

* 1 boîte à instruments avec couvercle 350x 150 x 80mm
* 2 pinces à faux germes droites 240 mm
* 4 pinces de HALSTEAD courbes 140 mm
* 1 pince à disséquer sans griffe 140mm
* 1 pince à disséquer à griffes 140mm
* 2 pinces de Babcock
* 1 crochet passe fil
* 1 élévateur utérin taille moyenne avec arrêt
* 1 hystéromètre de Martin 320mm 12 1/2
* 1 porte aiguille de Olsen Hegard 180mm
* 1 manche bistouri n°4
* 1 paire de ciseaux droits mousses Mayo 160mm
* 1 paire de ciseaux fins courbes de Metzenbaum 160 mm
* 1 paire d’écarteurs US Army
* 1 paire d’écarteurs courbes fenêtrés de Green
* 1 spéculum de Grave moyen modèle
* 1 cupule inox 180 ml
* 1 haricot inox 160 x 120 x 450 mm
* 1 sonde vésicale métallique
* 2 écarteurs Richardson n°1 et n°2

**EN CAS DE COMPLICATION**

* Source d’oxygène ou un concentrateur d’oxygène

**CONSOMMABLES ET MEDICAMENTS**

* 2 seringues de 5 ml
* 1 seringue de 20 ml
* 3 aiguilles 21g
* 20ml de xylocaïne 1% sans adrénaline
* 10 compresses stériles
* 50ml de bétadine dermique
* Alcool 70°
* Fils de suture vicryl serti 0
* Atropine 0,5 mg 1 A
* 2 paires de gants stériles 7, 71/2
* 2 paires de gants d’examen taille moyenne
* Ringer Lactate
* Antispasmodique antalgique ou pro-paracétamol
* Adrénaline
* Calcium injectable
* Sparadrap
1. KIT POUR INSERTION ET RETRAIT DES

IMPLANTS CONTRACEPTIFS

**MATERIELS POUR IMPLANT**

**KIT POUR L’INSERTION PAR CLIENTE**

* 1 champ
* 1 champ troué
* Implant
* 1 paire de gants stériles
* 4 compresses stériles 30 x 30 cm
* Sparadrap
* 1 ml de Lidocaîne 1% sans adrénaline
* 1 seringue 2 ml + aiguille 21G
* 10 ml de polyvidone iodée dermique (Bétadine)

**MATERIELS POUR LE RETRAIT**

* 1 boîte à instruments 210 x 150 x 100 mm
* 1 manche bistouri n°3
* Lame bistouri no 11
* 1 pince Hémostatique type Mosquito courbe sans griffe 140 mm
* 1 pince Hémostatique type Mosquito droite sans griffe 140 mm
* 1 pince de Kocher 150 mm
1. KIT DE POSE ET DE RETRAIT DE DISPOSITIFINTRA-UTERIN

**MATERIELS DIU EN INTERVALLE** :

* 1 boîte à instruments avec couvercle 500 x 200 x 120mm
* 5 spéculums de GRAVE (2 GM, 3 MM)
* 3 paires de ciseaux courbes mousses 250 mm
* 3 Hystéromètres de Martin
* 3 pinces de Pozzi 250mm/101/4
* 3 haricots 160 x 120x 450mm
* 3 pinces portes coton de 240 mm
* 1 pince crocodile
* 3 cupules
* Source de lumière : lampe frontale ou lampe articulée

**MATERIELS DIU POST PARTUM :**

* 1 boîte à instruments avec couvercle 500 x 200 x 120mm
* 3 Valve de Simms
* 3 Pinces de Kelly
* 5 spéculums de GRAVE (2 GM, 3 MM)
* 3 paires de ciseaux courbes mousses 250 mm
* 3 haricots 160 x 120x 450mm
* 3 pinces portes coton de 240 mm
* 1 pince crocodile
* 3 cupules1 pince crocodile
* Source de lumière : lampe frontale ou lampe articulée

**CONSOMMABLES PAR CLIENTE**

* 4 compresses
* 1 paire de gants d’examen
* 1 paire de gants stériles
* 20ml de Bétadine gynécologique
1. GAMME DE CONTRACEPTIFS SUIVANT LE TYPE DE FORMATION SANITAIRE

**NIVEAUX DE PRESTATION**

* **Niveau communautaire (AC**)
* Contraceptifs oraux (CO),
* Méthodes barrières,
* Méthode d’allaitement maternel et d’aménorrhée (MAMA)
* Méthode des jours fixes (MJF)
* Contraceptifs injectables : Progestatifs seul en IM et SC
* **Centre de Santé de Base:**
* contraceptifs oraux (CO)
* contraceptifs injectables (CI),
* méthodes barrières,
* méthode d’allaitement maternel et d’aménorrhée (MAMA),
* méthode des jours fixes (MJF)
* dispositif intra-utérin (DIU)
* Implants
* Contraceptifs d’urgence
* **Centre Hospitalier de Référence du District (CHRD) ou Centre Hospitalier de Référence Régional (CHRR) / Centre Hospitalier Universitaire (CHU)**
* Contraceptifs oraux (CO),
* Contraceptifs injectables (CI),
* Méthodes barrières,
* Méthode d’allaitement maternel et d’aménorrhée (MAMA),
* Méthode des jours fixes (MJF)
* Dispositif intra-utérin (DIU),
* Implants
* Contraceptifs d’urgence
* Contraception chirurgicale volontaire masculine et féminine (CCVM, CCVF)
1. KIT DE PRISE EN CHARGE DE L’INFERTILITE

**MATERIELS**

* Bougies d’Hegar
* Laminaires
* Thermomètre
* Calendrier
* Kit pour Hystérosalpingographie
* Kit pour Insufflation utéro-tubaire : spéculum, canule à insufflation, tube de caoutchouc relié à l’appareil enregistreur
* Kit pour myomectomie
* Kit pour spermogramme
* Kit pour dosages hormonaux

**MEDICAMENTS**

* Produits à base d’hormones (Oestro-progestatifs........)
* Antibiotiques
* Anti-inflammatoires
* Préservatifs masculin et féminin pour la protection contre les IST

### Dépistage et traitement du cancer du col

**Kit de dépistage du cancer du col utérin par IVA**

1. Matériels et équipements
* Table d’examen
* Source de lumière de bonne qualité ;
* Plateau d’examen avec couvercle : ;
* Haricot ;
* Spéculum vaginal : au moins 6 par FS ;
* Pince longuette (au moins 6 par FS) ou longs écouvillons en bois ;
* Cupule ou pissette ;
1. Consommables ;
* Gants d’examen en latex ;
* Acide acétique 5% ;
* Tampons de coton ;
* Sérum physiologique ou eau propre.
1. Outils de gestion
* Registre de cancer du col utérin
* Fiche d’observation : 1 exemplaire pour chaque femme dépistée
* Fiches de dépistage
* Carnet individuel de la femme.

**Kit de dépistage du cancer du col utérin par Frottis Cervico-Uterin (FCU)**

***Sites de prélèvement***

1. Matériels et équipements
* Table d’examen ;
* Spéculum vaginal ;
* Source de lumière.
1. Consommables
* Gants d’examen en latex ;
* Spatules d’Ayre et cytobrosse ;
* Lames de verre ;
* Fixateur comme cytospray ou laque capillaire ;
* Flacon avec milieu spécial pour les prélèvements en milieu liquide ;
* Marqueur/crayon/feutre pour écrire le nom de la femme, le numéro d’identification, la date sur le verre/étiquettes ;
* Boîte pour le transport des lames.
1. Outils de gestion
* Formulaires de demande de cytologie ;
* Registres ou feuillets d’enregistrement ;
* Enveloppes pour l’envoi des lames.

***Sites de lecture***

En plus des nécessaires pour les sites de prélèvement

1. Matériels
* Lamelles couvre-objet ;
* Microscopes.
1. Consommables
* Colorants ;
* Marqueur/crayon/feutre pour écrire le nom de la femme, le numéro d’identification, la date sur le verre/étiquettes ;
* Colle pour montage de lame ;
* Automate pour préparation des lames thinprep.
1. Outils de gestion
* Registres ou feuillets d’enregistrement ;
* Formulaires des résultats ;
* Enveloppes pour l’envoi des résultats ;

**Kit de traitement des lésionsprécancéreuses par *Cryothérapie***

1. Matériels et équipements
* Appareil de cryothérapie et accessoires
* Spéculum stérile ;
* Pince longuette stérile ;
* Montre trotteuse ou chronomètre ;
* Lampe torche ou lampe d’examen.
1. Consommables
* Gaz CO2 ;
* Gants d’examen ;
* Tampon de coton ;
* Sérum physiologique ou eau propre ;
* Alèse ;
* Alcool à 70° – 90° pour nettoyer l’embout et la manche ;
* Compresses vaginales (en réserve en cas de saignement) ;
* Serviettes hygiéniques : 1 par femme traitée ;
* Nécessaires pour décontamination du matériel après utilisation et gestion des déchets.
1. Outils de gestion
* Registres;
* Fiche de cryothérapie ;

**Kit de traitement des lésionsprécancéreuses par *Résection à l’anse diathermique (RAD)***

1. Matériels et équipements
* Appareil pour RAD et accessoires
* Anses et électrode à boule
* Electrode neutre ou plaque de dispersion
* Stylet muni d’un contacteur manuel
* Pince Longuette
* Rétracteur des parois vaginales électriquement isolé
* Pince à dissection
* Curette endo-cervicale
* Haricot
* Spéculum vaginal électriquement isolé
1. Consommables

En plus des matériels et consommables pour IVA/IVL

* Flacons d’eau propre, d’acide acétique 5% et de soluté de Lugol
* Solution de Monsel
* Flacon de formol dilué à 10%
* Flacon d’anesthésique local
* Seringue pour l’anesthésie locale
* Aiguille et matériel de suture
* Ecouvillons
1. Outils de gestion
* Registres;
* Carnet de santé ;

### Dépistage et prise en charge médicale du Syphilis et du VIH

* Réactifs : determine, Unigold, SD Bioline 3.0 VIH 1 /2 (CSB, CHRD)
* ARV de première ligne (ATRIPLA) CSB, CHRD
* ARV 2è et 3è ligne (cf protocole de prise en charge médicale des PV VIH)
* Benzathine peniciline 2,4 MUI (CSB, CHRD)

Pour la PEC du Nouveau né :

- ARV prophylactique (NEVIRAPINE sirop),

- Cotrim SIROP

### Prévention des infections

**KIT DE STERILISATION**

**MATERIELS DE DECONTAMINATION**

-1 grande cuvette 60 cm de diamètre pour le linge

-2 seaux ou cuvettes plastiques de 8 litres pour les instruments.

**CONSOMMABLES**

-Eau de javel

**MATERIELS DE STERILISATION**

-Tambours à éclipses dessus et dessous pour stérilisation à vapeur, en inox 18/10 avec couvercle à charnière et fermeture de sûreté.

-4 tambours 300 x 170 mm

-4 tambours 300 x 270 mm

-4 tambours 350 x 260 mm.

-Poupinel

-Autoclave

**KIT DE GESTION DES DECHETS**

**MATERIELS D’ELIMINATION DES DECHETS.**

-Incinérateur à chambre simple au niveau des CSB ou fosse sécurisée ou fût de brûlage

-Incinérateur de Monfort au niveau des CHD

-Incinérateur à double chambre au niveau des CHU

-Boîte de sécurité pour les seringues et aiguilles utilisées

-Poubelle à pédale

-Seau

-Cuvette

**CONSOMMABLES**

-Gants de ménage

-Balai brosse

-Serpillière

-Lave pont

-Savon

-Eau de javel

## **TROISIEME PARTIE**:L’ORGANISATION DE SERVICE ET LA GESTION DES RESSOURCES

Dans cette troisième partie, sont présentées les normes et procédures des fonctions communes aux différentes composantes, applicables à tous les services et à tous les niveaux ; il s’agit de :

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

### LA PREVENTION DES INFECTIONS

##### NORMES

1. DEFINITION :

La prévention des infections (PI) vise à créer une barrière physique, mécanique ou chimique entre les microorganismes et une personne pour empêcher la propagation de l’infection.

1. BUT

Renforcerles mesures de prévention des infections pour protéger les prestataires et les clients ou patients contre la transmission des agents pathogènes (dont le VIH, les virus des Hépatites B et C...). En effet, La prévention des infections, dans les lieux de prestations de service est d’une importance primordiale car de nombreux microorganismes pathogènes peuvent être transmis par le sang, divers liquides biologiques, les aiguilles, les seringues et l’utilisation du matériel médical souillé.

1. OBJECTIF
* Assurer la protection individuelle des prestataires et des clients à travers l’application des précautions standards
* Assurer le nettoyage et/ou la stérilisation des matériels, équipements et environnements
* Gérer les déchets y compris les objets tranchants en appliquant les procédures en vigueur.
1. LIEUX DE PRESTATION
* Communauté
* Formations sanitaires publiques(CSB,CHD,CHRR/CHU)
* Formations sanitaires privées
1. PRESTATAIRES
* Accoucheuses Traditionnelles (AT),Agents communautaires (AC) formés
* Infirmiers, sages-femmes, secouristes, hygiénistes, agents de nettoyage
* Médecins
1. PERIODICITE DES FORMATIONS
* Avant d’occuper le poste
* Mise à jour selon les besoins (au moins tous les 2 ans)
* Avant l’introduction de nouveaux programmes/de nouvelles prestations
* En continue sur le site
1. CIBLES

La PI est applicable à tous ceux qui :

* sont exposés à des risques infectieux
* fournissent ou fréquentent les services de santé :

##### PROCEDURES A SUIVRE DANS LA PREVENTION DES INFECTIONS

1. **Recommandations pour l’hygiène des mains**
* Se laver les mains avant :

- de mettre des gants et examiner (contact direct avec) un client,

- de mettre des gants stériles ou désinfectés à haut niveau pour des interventions chirurgicales

• Se laver les mains après :

- Chaque examen d’un client,

- Avoir manipulé des objets utilisés,

- Tout contact direct avec des liquides biologiques,

- Avoir enlevé les gants.

• Utiliser des portes savons qui laissent égoutter l’eau.

• Eviter de plonger les mains à maintes reprises dans des cuvettes contenant de l’eau stagnante,

• A défaut d’eau courante :

- Utiliser un contenant muni d’un robinet que l’on peut fermer pendant qu’on se savonne les mains et ouvrir à nouveau pour les rincer

- Pour les mains, utiliser un produit antiseptique n’exigeant pas de rinçage.

• Se sécher les mains à l’air libre ou avec une serviette à jeter

• A défaut de système de vidange, recueillir les eaux usées dans une cuvette et jeter le contenu dans les toilettes.

1. **Recommandations pour l’utilisation sans risque des aiguilles et des objets tranchants**
* Ne jamais recapuchonner les aiguilles après retrait du capuchon
* Utiliser à chaque fois que possible du matériel à usage unique
* Utiliser des gants à usage unique pour tout acte utilisant des aiguilles et des objets tranchants
* Utiliser un lot de matériel individuel pour chaque accouchement,
* Ne pas utiliser les ciseaux à épisiotomie déjà utilisés pour couper le cordon ombilical,
* Après usage, placer les objets tranchants dans une boîte de sécurité avant de les incinérer ou de les enterrer,
* Porter des gants de ménage épais pour manipuler les objets tranchants souillés si nécessaire.
1. **Recommandations pour l’utilisation des équipements de protection individuelle.**
* Le port des gants
* Tout le personnel doit porter des gants avant d’entrer en contact avec le sang ou les liquides biologiques d’un client.
* Utiliser une nouvelle paire de gants pour chaque client.
* Utiliser des gants neufs, à usage unique (à jeter). Cependant, on peut également laver et stériliser dans un autoclave, les gants préalablement mis dans un tambour, ou encore les laver et procéder à une désinfection de haute qualité avec de l’eau de javel avant de les réutiliser.
* Pour des interventions médicales comme les examens gynécologiques, lorsqu’on touche des blessures ou des plaies ouvertes, on peut utiliser des gants DHQ (à usage unique ou réutilisables).
* Utiliser uniquement des gants stériles pour les interventions chirurgicales.
* Utiliser des gants de ménage épais et propres pour le nettoyage des instruments, des matériels et des surfaces souillées.
* Se protéger contre les éclaboussures de sang ou autres liquides biologiques par le port de tablier ou de surblouse en matière plastique et de surchaussures.
* Porter de lunettes et un masque pour la protection des yeux et des muqueuses.
* Protéger les pieds des objets tranchants ou lourds pouvant tomber accidentellement, par le port de bottes propres.
1. **Recommandations pour le nettoyage de l’environnement immédiat des soins**

• Pour une surface exposée au liquide biologique (table d’examen gynécologique, table d’opération, salle de soins, ...) :

* Décontaminer par une solution désinfectante par exemple une solution de chlore à 0,5%

• Quand les équipements ont été décontaminés, ils doivent être traités par nettoyage et finalement stérilisés ou désinfectés à haute qualité.

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

Pour les instruments :

* Plonger les instruments souillés pendant 10 minutes dans une solution de chlore à 0,5% mise dans un récipient fermé,
* Enfiler des gants de ménage,
* Retirer les objets de la solution chlorée,
* Laver les instruments avec de l’eau savonneuse et une brosse,
* Rincer avec de l’eau propre,

• La **stérilisation** devrait être l’étape finale du traitement des instruments et autres articles utilisés pour les interventions chirurgicales. C’est la méthode la plus sûre et la plus efficace.

Dans les cas où le matériel de stérilisation n’est pas disponible, on peut utiliser la Désinfection à Haut Niveau par trempage pendant 20 minutes dans un désinfectant chimique ou par ébullition pendant vingt minutes

La désinfection de haute niveau tue tous les microorganismes mais ne tue pas de manière fiable les endospores bactériennes. Le personnel doit être au courant de cette limitation surtout si le tétanos qui est une maladie causée par des endospores produites par la bactérie appelée Clostridium tetani, représente un risque important

1. **Recommandations pour la gestion des déchets (cf : politique de gestion des déchets)**

• Le tri doit être instauré à la source donnant trois grandes familles de déchets en général :

* les déchets assimilables aux ordures ménagères,
* les déchets souillés ou contaminés,
* les déchets piquants / tranchants.

Dans d’autres établissements, il existe d’autres catégories de déchets : chimiques, toxiques, liquides.

• Le conditionnement

Pour chaque catégorie de déchets, il faut disposer de contenants différenciés avec un code couleur adopté par l’établissement :

* les déchets assimilables aux ordures ménagères : poubelles noires ou vertes,
* les déchets infectieux ou contaminés : contenants identifiés par un code couleur rouge ou jaune et éventuellement un logo spécifique,
* les déchets piquants / tranchants : collecteurs spécifiques adaptés aux risques de couleur jaune ou rouge.

• Le transport

* Le rythme d’enlèvement est d’une fois par jour.
* Le moyen technique doit être mis à la disposition du personnel responsable : gants de protection type gants de ménage ; moyen de transport adapté au volume et à l’éloignement du lieu de stockage.
* Le personnel d’appui doit être formé sur les risques spécifiques des déchets des activités de soins.

• Le stockage

* Les aires de stockage doivent être fermées, interdites au public et non accessibles aux animaux.
* Les aires de réception doivent être lavables.
* La durée de stockage doit être inférieure à 72 heures.

• L’élimination

* les déchets assimilables aux ordures ménagères : filière d’élimination mise en place par la commune
* pour les déchets infectieux ou contaminés et les déchets piquants/ tranchants, la formation sanitaire est responsable de leur élimination et doit identifier la solution la plus performante

Chaque établissement doit établir son plan de gestion interne et en assurer sa mise à jour en fonction des moyens disponibles.

### LA FORMATION

##### NORMES

1. DEFINITION

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

1. BUT

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

1. OBJECTIFS
* Assurer la formation initiale et continue des intervenants en SR.
* Assurer la formation sur le site/tas en vue de consolider le travail d’équipe
1. APPROCHE DE LA FORMATION

L’approche de la formation en SR est basée sur les principes d’apprentissage des adultes, respectant la méthodologie expérientielle préconisée par la politique nationale de formation notamment :

* l’exploitation des prérequis des participants,
* apprentissage par l’action,
* participation active et partage des expériences ;
* apprentissage cognitif : l’apprenant observe et apprend ;
* formation humaniste : des pratiques sur modèles anatomiques avant les stages pratiques en milieu de travail accompagnent obligatoirement les formations théoriques ;
* formation modulaire : portant sur un sujet à la fois

Pendant et après la formation, des évaluations des connaissances et des compétences des apprenants (connaissance et pratique), des supervisions et des suivis après la formation doivent être effectuées**.**

1. LIEUX DE FORMATION
* Institutions de formation des agents de santé publiques et privées au niveau national et international
* Lieu de travail
* Structure répondant aux normes de formation à différents niveaux :laboratoire de compétence, salle de formation …
1. FORMATEURS
* Enseignants des Institutions de formation
* Pool de formateurs ayant reçu la formation en SR et en formation des formateurs au niveau de la commune, du district, de la région, et central...
* Responsables des services (superviseur interne), prestataires ayant reçu la formation en SR et en formation des formateurs, les superviseurs externes
* Experts internationaux en matière de SR
1. PERIODICITE DES FORMATIONS
* Avant d’occuper le poste
* Remise à niveau selon les besoins (au moins tous les 2 ans)
* Avant l’introduction de nouveaux programmes/de nouvelles activités
* En continue sur le lieu de travail
1. CIBLES
* Etudiants en médecine et des IFP
* Agents communautaires
* Prestataires
* Superviseurs à tous les niveaux
* Responsables de programme à tous les niveaux
* Responsables de la gestion d’information à tous les niveaux
* Responsables de formation à tous les niveaux

##### PROCEDURES POUR LES FORMATIONS REQUISES SELON LES SERVICES OFFERTS

| **Activités/****Services** | **Cibles** | **Thèmes de formation** | **Méthodologie** | **Formateurs** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Formation desFormateurs | • Médecin• Sages – femmes• Infirmières/infirmiers•Intervenants en SR | •Elaboration des curriculaet plans de session,matériel pédagogique• Conduite de la formation•Evaluation de laformation | •Formationen groupe•Stage pratique•Formation sur le site/tas•Supervision•Documentation | Formateurs des formateurs |
| Formationd’encadreur destage clinique | • Médecins formateurs• Sages – femmes formatrices • Infirmières/Infirmiers formateurs | •Compétences en encadrement clinique | •Formation en groupe•Encadrement•Documentation | Formateurs et encadreurs |
| SBC | • Accoucheusetraditionnelle (AT)• Agentscommunautaires(AC)• PartenaireCommunautaire(PC)• Educateurs Pairs | •Counseling PF•Utilisation de la liste de contrôle pour l’offre de CO, barrières, CI et CU•IEC/CCC (avantages PF, CPN, paludismechez la femme enceinte,IST/VIH/TME, violences aux femmes, calendriervaccinal, fer et vit A)•Référence•Formation sur «3 propres» | •Formation en groupe•Formation sur le site/tas•Supervision | Prestataires CSB et/ ou des autres niveaux du système |
| PF  | • Médecins• Sage – femmes• Infirmières/infirmiers• Infirmières auxiliairestravaillant dans un service SR | •Prévention des infections•SIG/PF•PFI•PEC Infertilité•IEC/CCC, plaidoyer, mobilisation sociale•IST/VIH/SIDA : prévention et prise en charge •Prévention, dépistage du cancer du col utérin(IVA, IVL)•Prise en charge des violences sexuelles et domestiques | •Formation en groupe• Stage pratique• Formation sur le site/tas• Supervision• Documentation | •Formateurs SR à différents niveaux |
| MLD | • Médecins• Sages-femmes• Infirmières/infirmierstravaillant dans un service SR etayant reçu uneformation en PFI | • Prévention des infections•CCV•Implants•DIU•PEC infertilité•Prévention, dépistage du cancer du col utérin(IVA, IVL)•IST/VIH/SIDA : prévention et prise en charge  | •Formation en groupe•Stage pratique•Formation sur le site/tas•Supervision•Documentation | Formateurs SR ou PF à différents niveaux ayantune expertise en MLD |
| CPN | • AccoucheusesTraditionnelles(AT)• Agentscommunautaires(AC)• PartenairesCommunautaires(PC)• Médecins• Sages – femmes• Infirmières/infirmiers•Intervenants dansles services SR | •Utilisation FSSMN•Prise en charge du paludisme pendant lagrossesse•IEC/CCC (avantagesAME, PF, palu femmeenceinte, •IST/VIH/TME : prévention, prise en charge•violences aux femmes, •calendrier vaccinal, nutrition et micronutriments, plande l’accouchement et préparation en cas de complications)• CTV•PTME•Dépistage du cancer du col utérin (IVA/IVL) | •Formation en groupe•Stage pratique•Formation sur le site/tas•Supervision•Documentation | Formateurs SR à différents niveaux |
| Accouchement et soins du nouveau –né | • Médecins• Sages – femmes• Infirmières/infirmiers•Intervenants dansles services SRet ayant reçu laformation sur laCPN | •Utilisation FSSMN/ partogramme•Prévention des infections•Santé maternelle etnéonatale•SONU•IEC/CCC : préparation en cas de complicationsde la mère et du nouveau-né•CPoN,•PFI• PEC SAA | • Formation en groupeStage pratique•Formation sur le site/tasSupervisionDocumentation | Formateurs SR à différents niveaux |
| SRA | • AccoucheusesTraditionnelles (AT)• Agentscommunautaires(AC)• PartenairesCommunautaires(PC), éducateurspairs, enseignants• Médecins• Sages – femmes• Infirmières/infirmiers | IEC/CCC (puberté,comportementresponsable, toxicomanie,sexualité, sévices sexuels, avortement, grossesses précoces et grossesses non désirées, IST/VIH/SIDA)Communication interpersonnellePFI Contraception d’urgence Méthode barrières (préservatifs)IST/VIH : prévention et prise en charge | •Stage pratique•Formation sur le site/tas•Supervision•Documentation | Différents niveaux ayant une expertise sur la SRA |
| Supervision | • Superviseurinterne• Superviseurexterne | •Supervision des servicesde soins de santé•Approche APQ•Supervision intégrée•Six composantes SR | •Formation en groupe•Stage pratique•Formation sur le site/tas•Supervision•Documentation | •Formateurs SR à différents niveaux ayant une expertise en supervision |
| Gestion deprogramme SR | • Responsables deprogramme àdifférents niveauxdu système de santé | •Management /•Supervision / Suiviévaluation•Plaidoyer, •Communication•Six composantes SR•Recherche opérationnelle | •Formation en groupe•Formation sur le site/tas•Supervision•Documentation | Formateurs SR à différents niveaux |

### LA GESTION

#####

##### NORMES

* + 1. DEFINITION

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

* à la prévision des ressources nécessaires ;
* à la mobilisation et l’utilisation optimale de ces ressources ;
* au contrôle pour s’assurer que la mobilisation se fait à temps selon les quantités et les qualités requises.
	+ 1. OBJECTIFS
* Améliorer la performance du centre ou du service afin d’assurer une gestion efficiente et rationnelle des ressources
* Assurer la disponibilité et l’accessibilité des ressources
* Assurer le contrôle et la maintenance des ressources
	+ 1. LIEUX DE PRESTATION
* Lieu de travail
* CSB (publics ou privés)
* CHD
* SSD
* DRSPF
* Ministère
	+ 1. PRESTATAIRES
* Le responsable d’un service ou programme SR (AC, prestataire SR, gestionnaire de programme SR...)
	+ 1. MOMENT / PERIODICITE
* Tout au long de la mise en œuvre du programme
	+ 1. OBJETS
* Ressources humaines y compris les compétences techniques
* Ressources matérielles : fournitures, équipements, médicaments, infrastructures et espace
* Ressources financières

##### PROCEDURES :

1. GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

La gestion des Ressources Humaines (RH) dans le cadre du programme se fait selon les procédures de gestion des RH du Ministère de la Santé et du Planning Familial : les descriptions de poste de chaque agent (voir cahier de charge au niveau Centre de Santé de Base (CSB), Centre Hospitalier de District (CHD) et le plan de carrière défini.

1. GESTION DES RESSOURCES MATÉRIELLES/ MEDICAMENTS
2. **Matériels et équipements**

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

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

1. **Les médicaments et les consommables**
2. **Médicaments essentiels**

Les médicaments pour le traitement des IST, les médicaments utilisés dans le cadre de la MMR (y compris les SONU),suivent le circuit des médicaments essentiels dont ils font partie.

1. **Produits contraceptifs**

La commande nationale est établie par le niveau central sur la base des données provenant des districts/ régions. Le mécanisme d’approvisionnement appliquera le système «pull», c’est-à-dire approvisionnement en fonction des commandes. A chaque niveau, la commande sera établie à partir du calcul de la consommation moyenne mensuelle (CMM).

Les produits commandés arrivent directement au niveau des Pharmacies de Gros de District (PHAGDIS). Les responsables de ces dernières assurent l’approvisionnement des différents intervenants en appliquant le système «pull».

L’approvisionnement des Agents Communautaires est effectué par l’agent de santé du site de référence sur la base des consommations.

1. **Les autres produits :**
* SulfadoxinePyriméthamine pour le TPI
* MII/MID
* Antirétroviraux

L’approvisionnement des différents intervenants se fait par la dotation via SDSP

 **Figure** : **Chaîne nationale de distribution des intrants de santé y compris les intrants PF et flux de l’information**

SALAMA - UASM

Pha-G-Dis

UNITES DE PHARMACIE des Hôpitaux de Référence, des Hôpitaux Spécialisés

PHARMACIE des Hôpitaux des ONG agréées à but non lucratif

Pha-Ge-Com

Pharmacie des Centre de Santé des ONG agréées à but non lucratif

Pharmacie de CHRD I

Agents Communautaires

CLIENTS

Flux des intrants Flux desinformations

Flux de l’information

Flux des intrants de santé

1. GESTION DES INFORMATIONS

Le circuit des informations s’effectue conformément au système d’information sanitaire pour la gestion en vigueur: Service de Statistiques Sanitaires et Démographiques (SSSD). Le circuit est valable aussi bien pour le secteur public que privé.

PROGRAMMES

DRSP

SSSD

AUTRES

SDSP

Formation Sanitaire

OG, ONG

**Circuit des données pour la gestion du programme SR**

CSB

SSSD

SDSP

DRSP

**20 du mois suivant**

**30 du mois suivant**

**Date butoir de reception**

**10 du mois suivant**

**Rapport**

**Mensuel**

1. GESTION DES RESSOURCES FINANCIERES

Les interventions en SR sont supportées financièrement par la contribution de l’Etat, des Partenaires et de la communauté.

### LA RECHERCHE

##### NORMES

1. DEFINITION

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

1. OBJECTIFS
* Identifier les problèmes et les besoins en SR
* Formuler ou réorienter la stratégie
* Evaluer le programme (pertinence, efficacité, efficience, impact)
* Améliorer la qualité des prestations.
1. CHERCHEURS :
* Etudiants en préparation de mémoire, thésard
* Sociétés savantes
* Responsables régionaux ou de district de santé
* Chercheurs professionnels
1. MOMENT / PERIODICITE
* Avant, pendant, à la fin, et après la mise en œuvre du programme SR
1. OBJETS
* Population
* Services
* Acteurs
* Bénéficiaires
* Moyens
* Résultats, impacts

##### PROCEDURES

1. Définir l’objet de recherche en tenant compte de :
* la pertinence pour une prise de décision,
* l’utilité pour orienter les actions,
* la pratique, permettant une action sur terrain.
1. Formuler la proposition de recherche avec :
* les objectifs,
* les méthodes de recherche appropriées (qualitative ? quantitative ? rétrospective ?...)
1. Rédiger le protocole de recherche selon le plan suivant :
* le contexte et la justification
* les objectifs
* la méthodologie
* les ressources nécessaires
* le chronogramme
* le budget
1. Valider le protocole par le comité d’éthique
2. Collecter les données en respectant le protocole
3. Effectuer le traitement et l’analyse des résultats de collecte
* en respectant le protocole de recherche,
* en utilisant la technique appropriée pour l’exploitation des données,
* en respectant la franchise universitaire.
1. Valider les résultats par un comité d’experts
2. Effectuer la publication et la dissémination

### LA SUPERVISION

##### NORMES

1. DEFINITION

La supervision est un processus pour guider, aider, former et encourager le personnel à améliorer sa performance afin d’offrir des services de soins de santé de haute qualité.

1. BUT

Fournir des services de santé de la reproduction de haute qualité.

1. OBJECTIFS
* Améliorer les compétences et les performances du personnel et des structures sanitaires
* Améliorer la qualité des services SR
1. LIEUX

A tous les niveaux du système de santé

* Lieu de travail
* CSB
* CHRD
* SDSP
* CHRR/CHU
* DRSP
* Ministère
1. SUPERVISEURS
* Tout acteur ayant l’expertise à tout niveau dans le système de santé
1. MOMENT / PERIODICITE
* Tout au long de la mise en œuvre du programme SR
1. OBJETS
* Connaissances
* Attitudes
* Pratiques
* Performances

##### PROCEDURES

1. ***Supervision des responsables régionaux en SR (superviseur externe)***
	* 1. Tout responsable régional en SR doit recevoir une supervision un mois après sa formation ou sa nomination et tous les 6 mois par la suite.
		2. La supervision des responsables régionaux est assurée par les superviseurs centraux.
2. ***Supervision des responsables de districts***
	* 1. Tout responsable en SR du district doit recevoir une supervision, un moisaprès sa formation ou sa nomination et tous les 6 mois par la suite.
		2. La supervision des responsables du district est assurée par les superviseursSR de la Direction Régionale de la Santé Publique(DRS). Le niveau central interviendra en cas de besoin.
3. ***Supervision des encadreurs de stage pratique***
	* 1. L’encadreur de stage pratique recevra une supervision durant le premier encadrement qu’il conduit et tous les 6 mois par la suite.
		2. La supervision des centres de stage pratique est assurée par les superviseurs centraux et/ou régionaux et/ou districts.
4. ***Supervision des prestataires en SR***
	* 1. Tout prestataire nouvellement formé doit recevoir une supervision formative au moins trois mois après sa formation. Par la suite, le rythme de supervision technique est trimestriel.
		2. Des évaluations périodiques des connaissances, des attitudes, des pratiques et des évaluations des compétences seront effectuées pendant les supervisions ;
		3. Le superviseur des prestataires en SR est le responsable en SR du district en ce qui concerne le volet technique. Le Chef de Service du District de la Santé Publique assure une supervision biannuelle des sites axée sur la gestion du programme. Les superviseurs régionaux et/ou centraux interviendront en cas de besoin.
5. ***Supervision des AC***
	* 1. Tout nouvellement formé reçoit une supervision formative un mois après sa formation par le responsable en SR du district et par le prestataire de son site de référence.
		2. Par la suite, la supervision par les responsables du site de référence sera trimestrielle. Le responsable en SR du district supervise l’agent SBC une fois par an. Le Chef de Service du District de la Santé Publique intervient à la demande du responsable en SR du district. Les superviseurs régionaux interviennent en cas de besoin.
6. ***Superviseurs des autres Partenaires Communautaires (AT, pairs, animateurs etc...)***
	* 1. Tout partenaire communautaire doit assister à la réunion périodique de mise au point organisée par les prestataires des sites de référence.
		2. Tout partenaire communautaire doit recevoir une supervision des prestataires du site de référence tous les 3 mois (rythme trimestriel).

### LE SUIVI ET L’EVALUATION

##### NORMES

* + - * 1. DEFINITION

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

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

* + - * 1. BUT

Apporter des améliorations dans les services de santé de la reproduction.

* + - * 1. OBJECTIFS
* Assurer le suivi des activités de santé de la reproduction planifiées
* Evaluer le programme de santé de la reproduction
	+ - * 1. LIEUX

A tous les niveaux du système de santé

* Lieu de travail
* CSB
* CHD
* SSD
* DRSPF
* Ministère
	+ - * 1. EVALUATEURS
* Tout acteur ayant l’expertise en évaluation à tout niveau dans le système de santé
	+ - * 1. MOMENT / PERIODICITE
* Avant, pendant, à la fin, et après la mise en œuvre du programme SR
	+ - * 1. OBJETS
* Pertinence
* Adéquation
* Progrès
* Efficacité
* Impact
* Efficience
* Viabilité

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DOMAINES** | **PROCEDURES** | **EVALUATION PAR TYPE D’INTERVENANTS** |
| **Niveaucommunautaire** | **Niveau 1er****Contact (CSB)** | **Niveau Référence,****SDSP, Régional et central** |
| Plan de travail :• AT, AC• CSB• SSDPlan stratégique :DRSPMINSANPLes normes etprocédures desprestations désiréespar PMALes normes etprocédures desprestations désiréespar PMA | Suivi trimestrielEvaluation à mi-parcoursEvaluation finaleMonitorage en utilisantl’outil des standardsdes performances encontinue par le super-viseur interneMonitorage trimestrielen utilisant l’outil desupervision externe | Réalisations parrapport aux objectifs desconnaissances,attitudes etpratiquesRéalisations parrapport au Plan detravail | Résultats atteints parrapport au PTAEvaluation desconnaissances,attitudes etpratiquesEvaluation descompétencesEvaluation desobjectifs préventifs,promotionnels, etcuratifsEvaluation desperformancesréellesEvaluation desperformancesréelles | Résultats atteints parrapport au PTAEvaluation desobjectifs préventifs,promotionnels, etcuratifsEvaluation desperformancesréelles |

### LA REFERENCE ET LA CONTRE–REFERENCE

##### NORMES

1. DEFINITIONS

La référence est le fait de transférer un(e)patient(e) / un(e)client(e) d’un niveau inférieur vers un autre niveau supérieur dans la pyramide sanitaire ou d’un département à un autre dans le même établissement.

La contre – référence est le renvoi de l’information concernant la prise en charge et l’état clinique des patients/clients de la structure de référence vers la structure d’origine.

1. BUTS
* Amener les patients /clients vers un prestataire ou une structure disposant des capacités et de toutes les ressources nécessaires pour assurer la prise en charge de leurs problèmes sanitaires.
* Permettre au prestataire d’assurer le suivi des patients une fois de retour dans leur localité d’origine, et d’améliorer la qualité des services qu’il offre.
1. OBJECTIFS
* Identifier les cas nécessitant une référence
* Organiser la référence
* Assurer la contre- référence

##### PROCEDURES POUR EFFECTUER LA REFERENCE/TRANSFERT ET LA CONTRE–REFERENCE

Si une patiente/cliente ou un nouveau-né présente un problème dont le diagnostic et/ou le traitement n’est pas à la portée d’un prestataire ou d’une structure sanitaire (qualification du prestataire et/ou PMA non adapté), le prestataire qualifié doit soupeser les éventuels risques et avantages liés à la référence de la patiente ou du nouveau-né vers une structure d’un niveau supérieur.

Pour cela, le prestataire doit tenir compte des facteurs suivants avant de décider si la référence doit être immédiate ou s’il peut attendre :

• La distance existant entre la structure de référence et le centre d’origine

• La nature du problème qui nécessite la référence

• La disponibilité des ressources nécessaires pour la référence (moyen de transport, soutien médical et personnel)

Etapes à suivre pour la référence et la contre- référence :

• Procéder à une évaluation rapide de l’état du/de la patient(e) / client(e)

• Prendre les mesures de stabilisation si nécessaire, avant de référer/transférer

• Expliquer au/à la patient(e)/ client(e) et/ou à sa famille la raison de la référence/transfert

• Prendre les dispositions ou aider sa famille à organiser rapidement la référence/ transfert

• Communiquer l’état de santé de la patiente/cliente à la structure de référence si possible

• Référer/transférer la patiente avec son dossier dans lequel doivent figurer le diagnostic, les résultats des examens effectués, les traitements reçus et la raison de la référence. Si les dossiers ne sont pas disponibles, noter soigneusement sur une fiche de liaison toutes ces informations afin de les envoyer à la structure de référence

• S’il s’agit d’une parturiente, vérifier la disponibilité de matériel et de fournitures nécessaires pour un éventuel accouchement au cours de la référence/transfert

• Demander à un prestataire qualifié d’accompagner la patiente si possible, afin de s’assurer que son état est surveillé pendant la référence/transfert et que tous les résultats sont notés

• S’il s’agit d’une accouchée et de son nouveau - né, les maintenir au chaud pendant la référence :

* Maintenir la nouveau-née peau contre peau avec la mère
* Couvrir la mère et le nouveau-né avec des couvertures et vérifier que la tête du nouveau-né est couverte
* Si le climat est très chaud, utiliser moins de couverture, mais protéger le nouveau-né de la lumière directe du soleil
* Encourager la mère à allaiter pendant le transfert

• Demander au site de référence/prestataire qualifié de renvoyer l’information concernant la prise en charge de la patiente ainsi que son état de santé.

## CONCLUSION

Ce document comportant les normes et les procédures de prestations de services et d’équipements techniques en matière de Santé de la Reproduction, sert de document de référence pour les responsables à différents niveaux du système de santé ainsi que les partenaires nationaux et internationaux afin d’offrir des services de qualité à l’ensemble de la population.

Pour une meilleure application des normes et procédures, il faudrait instituer à tous les niveaux du système de santé une structure d’audit qualité chargé de veiller au respect des normes pour respecter les droits des clients et réduire les dépenses de santé dues en grande partie à des prestations de moindre qualité. Cela aiderait énormément dans l’atteinte des objectifs fixés dans un moindre délai.

## ANNEXES :

Causes d’infertilité par fréquence :

* Causes féminines isolées : 30%
* Troubles de l’ovulation : 32%
* Anomalies tubaires : 26%
* Endométriose : 4%
* Facteur utérin : 4%
* Facteur cervical : 4%
* Hyperprolactinémie : 4%
* Idiopathique : 8%
* Causes masculines isolées : 20%
* Anomalies de la spermatogenèse > 50%
* Dysfonction sexuelle 10%
* Immunologique : 2%
* Mixtes : 40%
* Inexpliquée dans 10%

Hystérosalpingographie :

* Définition : examen radiologique qui permet la visualisation du canal endocervical, de la cavité utérine, des trompes, par l’injection par voie intracervicale d’un produit radio-opaque sous faible pression
* Précautions : éliminer une grossesse (10 premiers jours du cycle, test de grossesse négatif), éliminer ou traiter une infection génitale (leucorrhée, glaire purulente)
* Test au progestatif :
* Indications : aménorrhée (absence de règles depuis au moins 3 mois, en l’absence de grossesse), spanioménorrhée (cycles > 45j)
* Principe : Dydrogestérone (Duphaston® co 10mg) 1 à 2 cp/j : pendant 7 à 10 jours
* Interprétation :
* Positif : hémorragie de privation dans les 7 jours qui suivent l’arrêt du traitement = aménorrhée hypoœstrogénique
* Négatif : absence d’hémorragie de privation dans les 7 jours = insuffisance ovarienne globale, synéchie utérine totale, cloison vaginale transverse, absence d’utérus

Stimulation ovarienne : Citrate de Clomifène (CLOMID® cp 50mg) 2cp/j pendant 5j à débuter 2 à 5 jours après le début des règles ou arbitrairement si spanioménorrhée, puis renouveler 1 cycle sur 2 jusqu’à obtention de cycles normaux)

Malformations génitales chez la femme :

* Malformation des organes génitaux externes : accolement partiel des petites lèvres, abouchement ectopique des voies urinaires (ne pas confondre avec une incontinence urinaire)
* Infantilisme génital : absence ou insuffisance des caractères sexuels secondaires (glande mammaire, mamelon, pilosité pubienne, aspect de la vulve)
* Ambigüité sexuelle : grand clitoris, fusion postérieure des grandes lèvres, masse inguinale
* Malformations utérines pouvant se manifester à l’examen physique par une cloison vaginale, un col dédoublé
* Médicaments perturbant la spermatogenèse :
* Amœbicides : Amilhar®, Bémarsal
* Antihypertenseurs : Catapressan®, Aldomet®, Isméline®, Bétabloqueurs (Soprolol®, Sectral®), Inhibiteurs calciques
* Anticancéreux : Misulban®, Chloraminophène, Méthotrexate, Fluoro-uracile, Vincristine, Vinblastine, Thiotepa
* Anti-inflammatoires : colchicine, allopurinol
* Hormones : Farlutal®, Androcur®, Estrogènes, Androgènes et stéroïdes anabolisants
* Anti-infectieux : Bactrim®, Eusaprim®, Furadantine®, tous les sulfamidés (Salazopyrine®)
* Système nerveux, antidépresseurs :IMAO, Dihydan, Dilantin, Prozac®, Zoloft®, Lithium
* Hypolipidémiants : Fibrates (Lipanthyl®, Lipur®), inhibiteurs HMG COA, Vasten®, Zocor®
* Diurétiques : Spironolactone (Aldactone®)
* Gastro-entérologie : Cimétidine (Tagamet®), Mézalazine (Pentasa®, Rowasa®), Salazopyrine®
* Toxiques influant sur la spermatogenèse :
* Alcool, tabac, marijuana
* Radiothérapie
* Chimiques : Arsenic, benzène, plomb, cadmium, mercure, solvants : sulfure de carbone
* Pesticides, herbicides, DDT et autres organochlorés, dioxines, PBC, furanes
* Produits antichute de cheveux : Finastéride (Propécia®)
* Malformations génitales chez l’homme :
* Ambigüité sexuelle : micropénis (verge <11cm à l’état flaccide chez l’adulte), testicules non palpés, hypospadias postérieur (méat urétral en position ventrale de la verge), scrotum bifide
* Varicocèle : varice des veines para-testiculaires, se manifestant à l’examen par une légère augmentation de volume du scrotum, indolore et molle
* Dysfonction sexuelle :
* Trouble du désir sexuel : déficience persistante et récurrente dans le désir d’avoir des activités sexuelles
* Dysfonction érectile : absence totale ou érection insuffisante pour permettre l’accomplissement de l’acte sexuel
* Anorgasmie ou anejaculation : incapacité ou difficulté à atteindre l’orgasme lors des rapports sexuels chez la femme ou chez l’homme
* Vaginisme : contraction involontaire des muscles périvaginaux, qui empêche les rapports sexuels
* Courbe thermique :
* Méthode d’exploration des troubles du cycle
* Matériels : thermomètre médical + feuille de température spéciale comportant un trait horizontal par dixième de degré et un trait vertical par jour, dont l’échelle va de 36,3°c à 38°c
* Réalisation : prise au réveil avant le lever et à la même heure si possible, toujours par la même voie (axillaire, rectale, vaginale, buccale), le premier jour sur la feuille étant le premier jour les règles à gauche, et changer de feuille à chaque cycle
* Interprétation :
* Normale : décalage thermique et plateau (l’importance du décalage ou le chiffre absolu de la température n’a pas d’importance)
* Anormales : plateau court, plateau absent ou courbe plate, plateau long
* Test post-coïtal :
* Principe : examen au microscope du prélèvement cervical de la glaire de l’endocol, environ 8 à 16 heures après un rapport sexuel précédé de 3 jours d’abstinence
* Interprétation :
* Normal : glaire abondante, limpide, blanc d’œuf, d’une filance de 10cm, coulant par un orifice cervical ouvert, plus de 5 spermatozoïdes mobiles par champ à un grossissement x400
* Anormal : glaire pauvre à peine visible, ou épaisse, visqueuse et louche faisant obstacle à l’ascension du sperme, ou franchement purulente avec des leucorrhées abondantes

**COMITE DE REDACTION**

Dr RAVONIARISOA Marie Georgette,

*Directeur de la Santé Familiale*

Dr RAMANOELINA Saholiarisoa,

*Chef de Division Mère à la Cellule de Suivi et évaluation de la Performance /DSFa*

Dr RAVAONORO Christine,

*Chef de Service de la Maternité Sans Risque/DSFa*

Dr RAMANANJANAHARY Haingonirina,

*Chef de Service de la Planification Familiale/DSFa*

Dr RAZAFINDRAVELO Angeline,

*Chef de Service de la Santé de la Reproduction des Adolescents/DSFa*

Dr ANDRIAMAHALANJA Fenosoa,

*Chef de Service de la Santé de l’Enfant /DSFa*

Dr RANDRIAMASIARIJAONA Harinelina,

*Chef de Service de la Nutrition /DSFa*

Mr RANDRIANASOLO Mamiarivelo,

*Equipe technique/ DSFa*

**LES CONTRIBUTEURS PRINCIPAUX**

RATSIRARSON Joséa,

*Secrétaire Général*

RAMIHANTANIARIVO Herlyne,

*Directeur Général de la Santé*

RANDRIAMANARIVO Harinjaka,

 *Directeur de la Lutte contre les Maladies Non Transmissibles*

RAKOTOARIVONY Manitra,

*Directeur de la Promotion de la Santé*

RANDRIANARISOA José Clément

*Assistant Technique /SG*

RAZAFY Sylvain,

*Assistant Technique /SG*

TOVOHASINA Vahatrinirina,

*Assistant Technique /DGS*

RAKOTOMANANA Andrimbazotiana,

*Chef de Service de la Formation et du Perfectionnement /DRH*

RAZAFIARILALA ANDRIANJAFIMASY Monique,

*Chef Cellule Suivi Evaluation/DPEV*

RANDRIANARY Lantoniaina,

*Chef Cellule Suivi Evaluation/DLIS*

RAKOTONDRAZAKA Holiarisoa Mbolatiana,

 *Equipe technique SLMV/DLMNT*

RAMANANTENASOA Clarisse,

 *Equipe technique/DPLMT*

RALAIARIMANANA Corine,

*CMPV/DAMM*

RANIVOARIMANANA Marie Josiane,

 *Equipe Technique/DHRD*

RAZAFINIRINA Herisoa Henriette,

 *Equipe Technique CSEP/DPS*

RAHOLIARIMANANA Sahondraritera Herimamy,

*RSE/DPS*

RAZAFIPIRAZANANA Rakotoarisoa,

*Représentant DRS Analamanga*

RANDRIANOELINA Miaro ZO,

*SE/CNLS*

RADESA Franck Gérard,

*Assistant Technique /DGP MPPSPF*

JOHNSON Roland,

*Assistant Technique /DGP MPPSPF*

RAKOTOSEHENO NoroHaingo,

*CNP/MJS*

LAMINA ARTHUR,

*Chargé de Programme OMS*

RAMILIARIJAONA MASY HARISOA,

*Chargé de Programme de Santé Familiale OMS*

RAKOTOARISOA Hajamamy

*Chargé de Programme SR UNFPA*

RAHELINIRINA Faramalala,

*Responsable PF UNFPA*

ANDRIAMIADANA Jocelyne,

*USAID*

RAHAJARISON Andry,

*Responsable PF* USAID

ANDRIANIFAHANANA Velonirina,

*Gestionnaire de programme SR,PSI*

RAMAHAVORY Célin Jimmy,

*PSI*

RAZAFINDRAVONY Bakolisoa H,

*Responsable PF MCSP*

RAMANANARIVO Agnes,

*Responsable Santé Maternelle, MCSP*

RIBAIRA Yvette,

*Directeur du projet adjoint Mahefa Miaraka*

RAHARIMALALA Robertine,

*Conseillère service Santé communautaire MAHEFA MIARAKA*

RAVELOJAONA Voahirana,

*Responsable Santé Mère- Enfant, USAID Mikolo*

RAMANANTSOA Riana S,

 *Conseillère Technique principale USAID MIKOLO*

RAJAONSON Julie,

 *Responsable PSE MCSP*

RAKOTOMANGA Avotiana,

*Country Coordinator Access Collabortive*

RALIDERA OnisoaRindra,

*SRPF Senior HP+*

RATIARIVELO Josiane,

*FISA*

VELO Joseph,

*CSP/MSM*

RAKOTOMALALA Jean Claude,

*Secrétaireexécutif ASOS*

**LES AUTRES CONTRIBUTEURS**

**Représentant les entités suivantes :**

Secrétariat Général

Direction Générale de la Santé

Direction de la Santé Familiale

Direction de la Lutte contre les Maladies Non Transmissibles

Direction des Ressources Humaines

Direction de la Lutte contre IST/Sida

Direction du Programme Elargi de Vaccination

Direction de la Pharmacie, des Laboratoires et de la Médecine Traditionnelle

Agence du Médicament de Madagascar

Direction des Hôpitaux de référence Régionale et de District

Direction de la Promotion de la Santé

Direction Régionale de la Santé Analamanga

Cellule de Suivi et évaluation de la Performance en Santé Familiale

Service de la Planification Familiale

Service de la Santé de la Reproduction des Adolescents

Service de la Maternité Sans Risque

Service de la Santé de l’Enfant

Service de la Nutrition

Ministère de la Population, de la Protection Sociale et de la Promotion de la Femme

Ministère de la Jeunesse et du Sport

SE/CNLS

OMS

UNFPA

USAID

PSI

MCSP

HP+

MahefaMiaraka

USAID/ Mikolo

FISA

MSM

ASOS