

soins d'avortement infér  
santé maternelle viol  
humanitaire condi  
contraception so  
gynécologie sa  
de crise hum  
conseil con  
VIH gynéc  
situations  
de santé  
transmi  
sur le g  
'établi  
sexuell  
basées  
à l'état  
sexuell  
et basé  
à l'établ  
sexuellen  
basées sui  
à l'établis  
sexuellemen  
basées sur le g  
à l'établissemen  
sexuellement trans  
basées sur le genre si  
à l'établissement de san  
sexuellement transmissibles  
basées sur le genre situations de  
à l'établissement de santé conseil contracep  
sexuellement transmissibles VIH gynécologie santé maternelle viol  
basées sur le genre situations de crise humanitaire conditions né  
à l'établissement de santé conseil contraception soins d'avortem  
sexuellement transmissibles VIH gynécologie santé maternelle viol



# Remerciements

## Contributeurs

Kelly Culwell, MD – Consultante

Elias Girma – IPPF

Clare Hollowell – IPPF

YuHsin Huang – IPPF

Emily Jackson, MD – Consultante

Alice Janvrin – IPPF

Nathalie Kapp – IPPF

Petra Letter – IPPF

Daniel McCartney – IPPF

Sarah Onyango – IPPF

Shreena Patel – IPPF

Viraj Patel, MD – Consultant

Julie Taft – IPPF

Shadie Tofigh – Consultante

Seri Wendoh – IPPF

Rebecca Wilkins – IPPF

Traduction : WorldAccent

Conception graphique : Sue McDonald

## Relecture et commentaires :

Varun Anand

Kalpana Apte

Alvaro Bermejo

Melissa Cockcroft

Manuelle Hurwitz

Nathalie Kapp

Nasrin Oryakhil

Marta Royo

## Relecture et commentaires de membres de l'IMAP

Professeur Oladapo Alabi Ladipo

Dr Ian Askew

Dr France Donnay

Professeure Kristina Gemzell Danielsson

Professeur Mike Mbizvo

Janet Meyers

Professeure Hextan Ngan

Dr Raffaella Schiavon

# Avant-propos

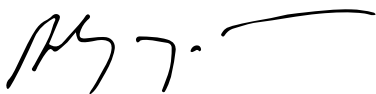
L'adoption d'une approche intégrée de la santé et des droits en matière de sexualité et de reproduction est indispensable pour assurer le bien-être sexuel et reproductif et l'autonomie physique de chacune et chacun. Pour cela, le continuum complet de soins doit être accessible pendant la vie entière. La question de la santé sexuelle et reproductive comprend non seulement la prévention et le traitement des maladies, mais aussi la promotion d'une sexualité et d'une reproduction saines et satisfaisantes. Cette dimension s'étend au-delà du champ de la contraception, de l'avortement et du traitement des infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH, pour inclure également la santé sexuelle, les soins de procréation médicalement assistée et la reconnaissance de l'éventail complet de l'expression du genre.

Une nouvelle stratégie 2022–2028 de la Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF) est en cours d'élaboration afin d'orienter l'action collective de l'IPPF et de ses associations membres. Elle donne la priorité aux soins centrés sur les clients et recommande des investissements dans les soins auto-administrés et de nouveaux modèles de prestation de soins de santé qui sont adaptés aux besoins des clients dans toute une variété de circonstances et de contextes, en particulier celles et ceux qui sont exclus et marginalisés.

Le moment ne pourrait pas être mieux choisi pour lancer ces directives cliniques centrées sur les clients. Elles fournissent au personnel de santé des recommandations de prise en charge clinique, y compris le traitement et la prévention, qui s'appuient sur des preuves scientifiques solides.

Avec son réseau mondial de plus de 40 000 points de prestation de soins de santé et par le rayonnement de ses actions de plaidoyer, l'IPPF se trouve dans une position unique pour rassembler des éléments factuels à l'appui de la santé et des droits sexuels et reproductifs. Il n'en reste pas moins que je suis bien conscient de l'énormité de la tâche que représente la révision de directives cliniques, qui passe par la détermination des principales questions et thématiques, la recherche et la synthèse de bases factuelles, l'appréciation de la qualité des bases factuelles et des recommandations existantes d'organismes internationaux (tels que l'Organisation mondiale de la Santé) et l'évaluation de leur pertinence par rapport aux contextes dans lesquels nous travaillons. Merci à toutes les personnes qui ont contribué à ce travail.

Toutefois, c'est à vous que je réserve mes plus grands remerciements: vous l'agent de santé ou l'administrateur de programme qui êtes sur le point de lire ces lignes directrices, car c'est vous qui, par votre travail quotidien, contribuez directement à bâtir un monde où chacune et chacun, dans toute sa diversité individuelle, est libre de faire des choix concernant sa sexualité et son bien-être. **Merci.**



**Dr Alvaro Bermejo**  
Directeur général, IPPF

# sommaire principal

Partie 1 :	Vue d'ensemble et thématiques transversales	4
Chapitre 1 :	Principes directeurs et approches	6
Partie 2 :	Soins de santé sexuelle et reproductive	15
Chapitre 2 :	Conditions nécessaires relatives à l'établissement de santé, antécédents et examen des clients	16
Chapitre 3 :	Conseil	58
Chapitre 4 :	Contraception	79
Chapitre 5 :	Soins d'avortement	165
Chapitre 6 :	Infections sexuellement transmissibles	193
Chapitre 7 :	VIH	250
Chapitre 8 :	Gynécologie et autres soins de santé reproductive	284
Chapitre 9 :	Santé maternelle	318
Chapitre 10 :	Violences sexuelles et basées sur le genre	367
Chapitre 11 :	Prestation de soins de santé sexuelle et reproductive en situation de crise humanitaire	389

# Partie 1

## Vue d'ensemble et thématiques transversales

# Chapitre 1 : Principes directeurs et approches

## sommaire

<b>1. Qualité des soins</b>	<b>7</b>
1.1 Introduction	7
1.2 Principes directeurs et valeurs	7
1.3 Principaux éléments et composants essentiels	11
<b>2. Ensemble intégré de services essentiels</b>	<b>13</b>
2.1 Contexte	13
<b>3. Bibliographie</b>	<b>14</b>
3.1 Ressources	14

# 1. Qualité des soins

## 1.1 Introduction

L'accès universel à des soins de qualité centrés sur les clients et fondés sur les droits est une condition essentielle à la prestation et à la programmation des soins de santé sexuelle et reproductive.

Le cadre de qualité des soins de la Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF) [1] fournit des orientations pour assurer la qualité des soins lors de la prestation de soins de santé sexuelle et reproductive par les associations membres de l'IPPF et leurs partenaires. Ce cadre sous-tend les principes directeurs et les valeurs de l'IPPF et recense les principaux éléments et les composants qui sont essentiels pour assurer la qualité des soins. Il intègre la Charte des droits des clients et des besoins des prestataires de l'IPPF, qui exige de toutes les associations membres d'adhérer aux principes suivants :

- Garantir les droits des clients à des informations exactes et à jour, à l'accès facile à des soins de santé, au choix des soins et des méthodes de soins, à la confidentialité, à l'intimité, au confort et à la dignité au moment de recevoir des soins de santé, à la continuité des soins de santé et au droit d'opinion.
- Veiller à ce que les prestataires de soins de santé aient accès à un apprentissage et à une formation continue, à des informations exactes et mises à jour, à une infrastructure appropriée pour fournir des soins de santé de qualité, à des conseils et à l'appui des administrateurs et des superviseurs, ainsi qu'à du soutien, du respect et des encouragements.

En outre, l'IPPF applique des normes et des principes que toutes les associations membres de l'IPPF sont tenues de défendre et de promouvoir pour faire partie de la Fédération, y compris une évaluation globale des pratiques relatives à la qualité des soins d'une association [2]. Ces nouvelles directives cliniques centrées sur les clients représentent une mise à jour des dernières lignes directrices de l'IPPF publiées en 2004, intitulées « Lignes directrices médicales et de prestation de services » [3].

## 1.2 Principes directeurs et valeurs

### 1.2.1 Approche centrée sur les clients

Les clients s'inscrivent au cœur de l'approche de l'IPPF en matière de qualité des soins et ont le droit de recevoir des soins de santé de la plus haute qualité. Ils doivent disposer des moyens d'agir pour prendre des décisions concernant leur santé et leur bien-être, les soins et les traitements qu'ils choisissent et reçoivent, et accéder au système de santé.

L'adoption par les prestataires de soins de santé d'une approche centrée sur les clients traduit de leur part une prise de conscience de leurs besoins et le respect de leurs droits. Cette obligation se manifeste par la fourniture d'options de soins de santé et de modèles de soins pertinents aux besoins, aux préférences et aux expériences vécues de la personne desservie (par exemple, en fournissant des options de soins par le biais d'interventions de santé numérique ou d'accompagnement des soins auto-administrés), par des échanges respectueux et par la fourniture d'informations correctes. Il incombe aussi aux administrateurs et aux superviseurs de veiller à ce que les droits des clients soient respectés, tout comme les besoins des prestataires de soins de santé.

Les points de prestation de soins de santé doivent fournir des informations et une éducation à chacune et chacun, indépendamment de l'âge, du sexe, du genre, de l'état matrimonial, de la capacité de payer, de l'origine ethnique, des convictions politiques et religieuses, du handicap, de l'orientation sexuelle ou de toute autre caractéristique.

### 1.2.2 Approche fondée sur les droits

L'approche fondée sur les droits est basée sur un ensemble de traités et de déclarations d'envergure mondiale. S'appuyant sur la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 [4], qui inclut le droit à la santé, et sur la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994 (CIPD), qui reconnaît : « *le droit fondamental de tous les couples et des individus de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances et de disposer des informations nécessaires pour ce faire, et du droit de tous d'accéder à la meilleure santé en matière de sexualité et de reproduction* » [5], la définition intégrée actuelle de la santé et des droits en matière de sexualité et de reproduction est la suivante : « *La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social associé à la sexualité. Elle ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie, de dysfonction ou d'infirmité. Par conséquent, une approche positive à l'égard de la sexualité et de la reproduction doit*

*reconnaître le rôle joué par des relations sexuelles agréables, la confiance et la communication dans la promotion de l'estime de soi et du bien-être général. Toute personne a le droit de décider librement des décisions régissant son corps et d'accéder aux services qui soutiennent ce droit» [6].*

En inscrivant la dignité et les besoins de la personne au centre de la conception, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation des soins de santé et de la prestation des soins de santé, l'IPPF vise à assurer le respect, la protection et la réalisation des droits humains de chacune et chacun et à protéger son plein choix, libre et éclairé en matière de santé sexuelle et reproductive.

Les droits des clients peuvent se définir comme suit :

**Droit à l'information :** Toute personne a le droit de connaître les avantages et la disponibilité des soins de santé sexuelle et reproductive pour elle-même et sa famille. Toute personne a aussi le droit de savoir où et comment obtenir des informations et des soins de santé sexuelle et reproductive. Tous les programmes de santé sexuelle et reproductive devraient diffuser des informations sur la santé sexuelle et reproductive, non seulement au niveau des lieux de prestation de soins de santé, mais aussi au niveau communautaire.

**Droit à l'accès :** Toute personne a le droit d'obtenir des soins de santé sexuelle et reproductive, indépendamment de sa race, de son sexe, de son identité de genre, de son orientation sexuelle, de son état matrimonial, de son âge, de ses convictions religieuses ou politiques, de son appartenance ethnique, de son handicap ou de toute autre caractéristique susceptible de lui faire courir un risque de discrimination. La réalisation de ce droit exige de garantir l'accès à divers prestataires de soins de santé ainsi qu'à des systèmes de prestation de soins de santé.

Les programmes de santé sexuelle et reproductive doivent prendre les mesures nécessaires pour faire en sorte que toute personne dans le besoin reçoive des soins de santé, surtout si des soins de santé demeurent difficiles d'accès. Une attention particulière doit être accordée aux jeunes, aux populations mal desservies et marginalisées telles que les professionnel·le·s du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes qui consomment des drogues, les groupes d'orientation sexuelle différente, les personnes souffrant de handicaps et les détenus.

**Droit de choisir :** Les individus et les couples ont le droit de décider librement s'ils veulent avoir des enfants, y compris quels moyens contraceptifs utiliser et la décision d'interruption volontaire de grossesse. Le respect des choix de la personne englobe la totalité des soins de santé sexuelle et reproductive toute la vie durant et inclut les décisions où le consentement éclairé est

essentiel (par exemple, le dépistage du VIH, l'adoption d'une prophylaxie pré ou post-exposition pour le VIH, la contraception et les soins d'avortement). L'information et l'éducation fournies doivent être impartiales et permettre à la personne de prendre des décisions libres et éclairées au sujet de sa fécondité et d'autres questions de santé sexuelle et reproductive de manière non coercitive, sans que les clients ou les prestataires de soins de santé ne fassent l'objet de mesures d'incitation ou de dissuasion et sans priver les clients de l'accès à une option de soins de santé si une autre a été acceptée.

Lorsqu'elle fait la demande de soins de santé sexuelle et reproductive, la personne doit être libre de choisir entre les méthodes ou traitements disponibles chaque fois que possible, comme entre des méthodes d'avortement ou de contraception. Les programmes de santé sexuelle et reproductive doivent aider chacune et chacun à choisir librement et en connaissance de cause en lui fournissant une gamme adéquate de moyens contraceptifs et entre des méthodes d'avortement chirurgicales et médicamenteuses. Chaque personne doit être en mesure d'obtenir la méthode qu'elle a décidé d'utiliser, dès lors qu'il n'y a pas de contre-indications à le faire, sans jugement ni stigmatisation.

Le concept d'acceptabilité et d'adéquation d'une personne évolue en fonction des circonstances/de sa situation. D'où la nécessité que le droit au choix tienne également compte des décisions d'un·e client·e de changer de méthode ou de l'abandonner, d'adopter un traitement de prophylaxie pré-exposition pour le VIH ou de demander la procréation médicalement assistée, par exemple.

Dans la mesure du possible, les clients ont le droit de choisir où consulter pour obtenir des soins de santé sexuelle et reproductive et le type de prestataires de soins de santé qui les met le plus à l'aise. Le choix de l'endroit où consulter peut impliquer un choix d'emplacement physique ou un choix du modèle de prestation de soins de santé (par exemple, soins basés dans la communauté, pharmacie, télésanté, soins à domicile, hôpital, centre de santé ou clinique de santé sexuelle et reproductive). Les prestataires du secteur public, des ONG et du secteur privé doivent accueillir positivement la création de nouveaux centres de soins de santé.

**Droit à la sécurité :** Toute personne a le droit d'être protégée d'une grossesse non désirée, de maladie et de violences sexuelles et, lorsqu'elle reçoit des soins de santé sexuelle et reproductive, ce droit à la sécurité implique ce qui suit :

- Bien que la contraception présente plus d'avantages que de risques pour la santé, chacune et chacun a droit à une protection contre tout éventuel effet nuisible sur sa santé physique et mentale.



- Dans la mesure où une grossesse non désirée peut constituer un risque pour la santé, le droit de la cliente à la sécurité inclut également le droit à des soins d'avortement et à une contraception sûrs et efficaces.
- Lorsqu'ils reçoivent des soins de santé, les clients ont également droit à une protection contre d'autres risques pour la santé qui ne sont pas liés à une méthode de contraception (par exemple, la protection contre la possibilité de contracter une infection par des instruments contaminés).

La sécurité concerne la prestation de soins de qualité, qui comporte à la fois l'adéquation de l'établissement de soins de santé à proprement parler et la compétence technique des prestataires de soins de santé. La garantie du droit de la personne à la sécurité inclut l'aide qui lui est apportée pour faire des choix éclairés en ce qui concerne ses soins de santé sexuelle et reproductive, la détection de contre-indications, l'utilisation des techniques appropriées pour dispenser des soins, le conseil à la personne quant à l'utilisation de moyens contraceptifs et aux traitements de soins de santé reproductive et la garantie d'un bon suivi. L'état des établissements de prestation de soins de santé, ainsi que celui du matériel et les instruments, doit assurer une prestation de soins en toute sécurité. Toute complication et tout effet indésirable grave doivent être traités de manière appropriée. Si un traitement n'est pas disponible dans un établissement de santé donné, il convient de transférer le-la client-e dans un autre établissement de santé.

La sécurité comprend également la fourniture de soins de santé dans un environnement exempt de discrimination, de harcèlement et d'abus ou d'autres comportements préjudiciables de la part des prestataires, du personnel ou d'autres clients [7]. Toute personne a le droit d'être protégée de toutes les formes de maltraitance, d'abus, de négligence et d'exploitation, indépendamment de l'âge, du sexe, de l'orientation sexuelle, du genre, de l'identité de genre ou de l'expression du genre, de la race, de l'origine ethnique ou nationale, de la religion ou des convictions, de l'état civil, de la grossesse ou du statut parental, du handicap, de la santé ou de tout autre statut personnel.

**Droit à l'intimité :** Toute personne a le droit de discuter en privé de ses besoins ou de ses préoccupations. Les clients doivent avoir la certitude que leurs conversations avec le conseiller ou le prestataire de soins de santé sont à caractère privé.

Lorsqu'un-e client-e fait l'objet d'un examen physique, celui-ci doit se faire dans un cadre respectueux de son intimité physique. Le droit du-de la client-e au respect de son intimité englobe également les aspects suivants liés à la qualité des soins :

- Au moment de recevoir un service de conseil ou de se soumettre à un examen physique, le-la client-e a le droit d'être informé-e du rôle de chaque personne présente dans la pièce (qu'il s'agisse de personnes en formation, de superviseurs, d'instructeurs, de chercheurs, etc.). Lorsque la présence de personnes en formation est nécessaire, l'autorisation préalable du-de la client-e doit être obtenue.
- Les clients ont le droit de connaître à l'avance le type d'examen physique qui sera effectué. Les clients ont également le droit de refuser tout examen s'ils ne se sentent pas à l'aise avec celui-ci ou de demander que cet examen soit effectué par un autre prestataire de soins.
- Toute discussion liée à son cas qui a lieu en présence du-de la client-e (en particulier dans les centres de formation) doit reconnaître le-la client-e et l'impliquer.

**Droit à la confidentialité :** Il convient d'assurer les clients que toutes les informations qu'ils fournissent ou les détails des soins de santé qu'ils ont reçus ne seront pas communiqués à des tiers sans leur consentement. Le droit à la confidentialité est protégé par le serment d'Hippocrate. À ce titre, les soins de santé sexuelle et reproductive doivent être dispensés conformément aux exigences légales locales et dans le respect des valeurs éthiques.

Toute violation de confidentialité pourrait entraîner le rejet du-de la client-e par la communauté, nuire à son état civil, provoquer des violences sexuelles et basées sur le genre de la part d'un partenaire, conjoint ou membre de la famille, ou entraîner un risque de harcèlement policier dans les pays qui criminalisent certains types d'orientation sexuelle et/ou de soins de santé. Toute violation peut également entamer la confiance d'une communauté à l'égard du personnel d'un programme de prestation de soins de santé. Conformément au principe de confidentialité, les prestataires de soins de santé doivent s'abstenir de parler de leurs clients par leur nom ou en présence d'autres clients. Il est interdit de discuter des clients en dehors de l'établissement de santé. Les dossiers médicaux des clients doivent être tenus fermés et classés immédiatement après utilisation. De même, l'accès aux dossiers médicaux des clients doit être restreint.

**Droit à la dignité :** Les clients ont le droit d'être traités avec empathie, courtoisie, considération, attention et dans le plein respect de leur dignité, quel que soit leur niveau d'éducation, leur statut social, leur race, leur appartenance ethnique, leur état matrimonial, leur identité de genre, leur orientation sexuelle ou toute autre caractéristique qui pourrait les distinguer ou les mettre en danger. En reconnaissance de ce droit, les prestataires de soins de santé doivent se garder de tout préjugé personnel lors de leur prestation de soins de santé.

**Droit au confort :** Les clients ont le droit de se sentir à l'aise lorsqu'ils reçoivent des soins. Ce droit est intimement lié à l'adéquation et à l'aménagement des établissements de prestation de soins santé (par exemple, tout établissement de santé doit afficher un niveau adéquat de ventilation, de propreté, d'éclairage, de places assises et de toilettes). Les clients ne doivent passer qu'un temps raisonnable dans les locaux pour recevoir les soins requis. Le milieu dans lequel les soins sont dispensés doit être conforme aux valeurs culturelles, aux caractéristiques et aux exigences de la communauté.

**Droit à la continuité :** Les clients ont le droit de recevoir des soins et des fournitures en matière de soins de santé sexuelle et reproductive, tels que des contraceptifs, aussi longtemps que nécessaire. L'interruption de la dispensation de soins à un-e client-e ne peut se faire que sous réserve d'une décision conjointe prise entre le prestataire et le-la client-e. L'accès d'un-e client-e à d'autres soins de santé sexuelle et reproductive ne devrait pas être tributaire de la poursuite ou de l'arrêt de moyens de contraception (ou d'une autre option de soins). Le-la client-e a le droit de demander le transfert de son dossier clinique à un autre établissement de santé et, en réponse à cette demande, le dossier clinique, ou sa copie, doit être envoyé à l'établissement de santé en question ou remis au-la client-e. L'orientation et le suivi sont deux autres aspects importants du droit des clients à la continuité des soins.

**Le droit à la liberté d'opinion :** Les clients ont le droit d'exprimer librement leur opinion sur les soins de santé qu'ils reçoivent. Les opinions des clients sur la qualité des soins, que ce soit sous forme de remerciements ou de plaintes, ainsi que leurs suggestions de modifications à apporter à la prestation des soins, doivent être considérées de manière positive, dans le cadre des efforts continus d'un programme en vue de contrôler, d'évaluer et d'améliorer ses soins de santé.

Dans l'idéal, tout nouveau programme ou tout nouvel établissement de soins de santé doit impliquer les clients au stade de la planification. L'objectif est de satisfaire les besoins et les préférences des clients potentiels d'une manière qui leur convient et leur est acceptable.

Les administrateurs de programme et les prestataires de soins de santé doivent respecter les droits de tous les clients. Cet objectif est directement lié à la disponibilité et à la qualité d'informations et de soins en matière de santé sexuelle et reproductive.

### 1.2.3 Inclusivité

Toute personne susceptible d'avoir besoin de soins de santé doit avoir accès à des soins qui tiennent compte de ses besoins uniques, indépendamment de différences visibles ou invisibles. Certains groupes sont plus susceptibles que d'autres de rencontrer des obstacles à leur accès aux soins ou d'être privés de soins, par exemple, les personnes handicapées, les professionnel-le-s du sexe, les personnes transgenres et non binaires et les jeunes. Tous les efforts doivent être déployés pour concevoir des soins de santé et des modèles de soins qui pallient directement les obstacles à l'accès aux soins pour ces groupes.

Les soins de santé et le langage utilisé pour décrire les soins doivent être inclusifs du genre et inclure ainsi les femmes et les filles, les personnes intersexuées, les personnes transgenres et les personnes ayant d'autres identités de genre ou des identités non binaires. L'IPPF reconnaît que les personnes qui ont la capacité de devenir enceintes peuvent ne pas s'identifier comme des femmes ou des filles, auquel cas des soins de santé accessibles et inclusifs nécessitent d'en prendre acte de manière explicite. En ce qui concerne les soins de santé maternelle, la contraception et les soins d'avortement, les soins de santé doivent être inclusifs à l'égard de toutes les personnes susceptibles d'avoir la capacité reproductive de devenir enceintes. L'objectif de ces directives cliniques centrées sur les clients est l'inclusivité du genre; cependant, à des fins de souplesse linguistique, quand le terme « femmes et filles » et « cliente » a été utilisé à l'occasion, il se réfère à toutes les personnes qui ont la capacité de devenir enceintes.

### 1.2.4 Approche transformatrice sur la question du genre

L'IPPF entend réaliser l'égalité des genres en tant que droit humain fondamental pour faire avancer l'autonomisation des femmes et des filles, qui est intrinsèquement lié à la santé et aux droits sexuels et reproductifs. L'IPPF intègre une approche transformatrice sur la question du genre dans la prestation de soins de santé, en veillant à ce que chaque femme et chaque fille reçoive des soins de santé qui améliorent sa prise de décision et la maîtrise de sa vie, et en remettant ainsi en question les normes, rôles et stéréotypes de genre qui stigmatisent l'autonomie reproductive des femmes. L'IPPF cherche à faire en sorte que la lutte contre les violences sexuelles et basées sur le genre constitue un élément essentiel de programmes intégrés et complets. Cela comprend le dépistage et le conseil en matière de soins de santé liés aux violences sexuelles et basées sur le genre (voir le [Chapitre 3 : Conseil](#) et le [Chapitre 10 : Violences sexuelles et basées sur le genre](#) pour en savoir plus).

### 1.2.5 Approche centrée sur les jeunes

L'IPPF entend faire en sorte que les besoins des adolescents et des jeunes soient reconnus, respectés et satisfaits. Elle peut s'acquitter de cette mission en intégrant une approche centrée sur les jeunes à tous les niveaux de l'organisation et en soutenant le leadership des jeunes tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'IPPF. Une approche centrée sur les jeunes promeut les droits sexuels en tant que droits humains. Les programmes pour les jeunes prônent une meilleure compréhension du respect, de l'équité, de l'expression sexuelle et de la protection contre la stigmatisation et la discrimination, non seulement chez les jeunes, mais aussi chez leurs parents, d'autres adultes et la communauté dans laquelle ils vivent. La promotion de ces valeurs permettra aux jeunes d'agir pour assurer leur propre bien-être et leur bonheur, ainsi que de manifester leur solidarité avec ceux dont les droits sont violés. Cette approche a des implications sur la façon dont les programmes de prestation de soins de santé sont conçus et mis en œuvre [8].

## 1.3 Principaux éléments et composants essentiels

Les principaux éléments et les composants essentiels du cadre de qualité des soins de l'IPPF [1] fournissent des approches pratiques pour garantir que les soins de santé sexuelle et reproductive répondent aux besoins des clients.

### 1.3.1 Environnement sûr et confidentiel

La garantie d'un environnement sûr et confidentiel est essentielle à la prestation de soins de santé sexuelle et reproductive de qualité. Les programmes de santé sexuelle et reproductive doivent chercher à créer des points de prestation de soins de santé qui constituent des espaces sûrs où les clients peuvent recevoir des soins, s'exprimer pleinement, sans craindre de faire l'objet de propos embarrassants, malvenus ou agressifs au regard de leur sexe, de leur race, de leur appartenance ethnique, de leur orientation sexuelle, de leur identité ou de leur expression de genre, de leur origine culturelle, de leur âge ou de leurs capacités physiques ou mentales. Le respect de soi, la dignité et les sentiments de la personne doivent être reconnus et respectés.

Des points de prestation de soins de santé doivent être mis en place dans des endroits appropriés, qui sont sécurisés à la fois pour les clients et pour les prestataires de soins de santé. En outre, les établissements de santé doivent garantir le respect de l'intimité et de la confidentialité. Tout point de prestation de soins de santé doit respecter des exigences de superficie/d'espace et d'aménagement qui dépendent

de la catégorie de soins de santé sexuelle et reproductive dispensés. Les informations et les données sur les clients doivent être conservées et tenues en toute confidentialité (voir le [Chapitre 2: Conditions nécessaires relatives à l'établissement de santé, antécédents et examen des clients](#) pour en savoir plus).

### 1.3.2 Soins de santé intégrés complets

Un large éventail de soins de santé sexuelle et reproductive doit être disponible au point de prestation des soins de santé pour répondre aux besoins des clients. L'ensemble de soins de santé recommandé par l'IPPF comprend un système solide d'orientation et des mécanismes de retours de la part des client·e·s et des prestataires (voir la [Section 2](#)) et garantit qu'un·e client·e reçoit des soins de santé intégrés complets, de préférence dans un seul et même endroit [9].

Les prestataires doivent fournir des informations compréhensibles, médicalement correctes et complètes sur les soins de santé disponibles. La prestation des soins de santé doit être éclairée par des normes et des protocoles de prestation de soins de santé médicalement corrects et à jour et/ou par les bonnes pratiques et les lignes directrices convenues au niveau national.

### 1.3.3 Soins de santé bien gérés

Des soins de santé bien gérés allient compétence professionnelle, attention personnelle et soins hors pair. Les soins doivent être compatibles avec les besoins et les exigences des clients, y compris en matière de suivi, ainsi que pour l'orientation vers des services spécialisés sûrs et fiables pour les soins de santé non offerts au point de prestation.

Les systèmes (tels que ceux concernant le personnel, le matériel et l'approvisionnement en médicaments) doivent être dotés de ressources suffisantes et disposer de moyens de distribution adéquate pour permettre une prestation de soins de santé appropriée et de qualité. De plus, les données recueillies doivent être exactes, complètes et éclairer les améliorations ou les modifications nécessaires à apporter à la prestation des soins de santé. Cela implique une démarche clairement définie en matière de planification, de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation, ainsi qu'une gestion efficace du personnel, des revenus, des finances, du matériel, des fournitures et du temps.

### 1.3.4 Personnel hautement qualifié et respectueux

Pour garantir des soins de santé de qualité aux clients, les points de prestation de soins de santé doivent être équipés d'un nombre adéquat d'effectifs requis pour soutenir les fonctions énumérées définies par le niveau de prestation de soins de santé.

Tous les effectifs (y compris les prestataires de soins de santé et le personnel de soutien) doivent impérativement adhérer à la mission et aux valeurs fondamentales de l'IPPF. Ils doivent être respectueux et ne pas porter de jugement de valeur envers l'ensemble des clients, y compris les jeunes et les autres groupes marginalisés.

Les prestataires de soins de santé doivent recevoir un soutien, sous forme de formation, d'accompagnement, de mentorat, de supervision et de motivation, pour fournir un large éventail de soins de santé sexuelle et reproductive de qualité, y compris une gamme de moyens contraceptifs. Ils doivent disposer des compétences techniques et interpersonnelles nécessaires pour fournir de tels soins et répondre aux besoins de tous les clients. Les prestataires de soins de santé doivent être formés à la prestation de soins de santé adaptés aux jeunes et soutenir les droits des jeunes et d'autres groupes marginalisés et mal desservis, tels que les personnes transgenres et les personnes vivant avec le VIH/sida. Les prestataires de soins de santé doivent se sentir à l'aise avec l'idée de fournir des soins de santé à de jeunes célibataires et à d'autres groupes marginalisés. Ils doivent aussi être à l'aise pour fournir l'éventail complet de soins sexuels et reproductifs, y compris les soins liés à l'avortement, quelles que soient leurs croyances personnelles ou leur religion.

Les membres du personnel doivent être en mesure de revoir conjointement les performances de l'établissement de santé et d'apporter des modifications et des améliorations si nécessaire. Ils doivent également être en mesure d'évaluer leurs propres performances, en partie sur la base des retours reçus des clients et du personnel quant à leurs compétences et à leur attitude. Tous les participants au système de prestation de soins de santé, y compris les administrateurs, les superviseurs, les collègues et les clients, doivent recevoir des retours.

### 1.3.5 Système sécurisé de gestion de la chaîne d'approvisionnement

Les points de prestation de soins de santé doivent bénéficier d'une gestion efficace de la chaîne d'approvisionnement pour assurer un approvisionnement continu en quantités suffisantes de produits de qualité. La chaîne d'approvisionnement doit garantir que les clients reçoivent le bon produit (c'est-à-dire la gamme de produits nécessaires pour répondre aux divers besoins des utilisateurs), dans les bonnes quantités et dans le bon état (produits de bonne qualité, intacts et à jour), au bon endroit au bon moment pour le bon coût (y compris le coût des produits et les coûts indirects tels que le transport, la perte de revenus, etc.).

### 1.3.6 Des ressources financières adéquates

Des ressources suffisantes sont nécessaires pour fournir efficacement des soins de santé sexuelle et reproductive de haute qualité, ce qui signifie disposer de la bonne équipe, dotée de la bonne formation, d'une bonne infrastructure, du bon matériel et des bons produits. Ces ressources doivent être prévues, planifiées et administrées à l'aide de données sur les soins de santé et d'une approche fondée sur l'optimisation des ressources, afin de garantir que les points de prestation des soins de santé deviennent financièrement viables au bout d'un certain temps.

La solidité et la viabilité financières peuvent se mesurer par la disponibilité de ressources financières adéquates pour assurer la continuité de la prestation des soins de santé. À son tour, cette continuité peut être évaluée par l'absence de ruptures de stock, la croissance des revenus nets (adéquation des recettes pour couvrir les dépenses) et la diversité des flux de financement pour permettre des solutions alternatives si l'un d'entre eux est perturbé par des imprévus.

### 1.3.7 Système efficace de communication et de retours

Il est impératif que les points de prestation des soins de santé soient centrés sur les clients. Pour cela, ils doivent être dotés de systèmes de suivi et d'évaluation performants, où le-la client-e et la communauté disposent l'un comme l'autre des moyens d'agir pour participer activement à la garantie et à la réalisation de la plus haute qualité des soins et de l'amélioration continue de la qualité. Il convient donc de prévoir un mécanisme pour recevoir les retours des clients au point de prestation des soins de santé et au sein de la communauté, et pour y répondre en temps opportun et comme il se doit. À l'IPPF, quiconque peut signaler une préoccupation, tant les clients, que les membres du public et toute personne travaillant en tant qu'employé ou volontaire pour le Secrétariat de l'IPPF, les associations membres, etc., par l'intermédiaire du système SafeReport [10].

Il est essentiel aussi de prévoir des mécanismes d'évaluation qui utilisent les données de performance et obtiennent des retours des prestataires de soins de santé afin que des améliorations puissent être apportées, y compris des mécanismes de signalement d'événements indésirables et d'apprentissage, qui sont généralement intégrés aux systèmes de gouvernance clinique. La participation communautaire est la garantie que les soins de santé répondent aux besoins de la communauté, ce qui favorise l'assurance et l'amélioration de la qualité, la planification et la programmation adaptées aux besoins, crée de la demande et stimule l'autonomisation, et promeut les droits.

### 1.3.8 Répondre aux besoins des prestataires de soins de santé

Les besoins des prestataires de soins de santé doivent également être pris en compte pour faire des droits des clients une réalité, faute de quoi les prestataires de soins de santé pourraient se trouver dans l'impossibilité de véritablement défendre les droits des clients. Les besoins des prestataires de soins de santé comprennent la formation, l'information et l'orientation, les infrastructures et les fournitures appropriées, le respect et la reconnaissance, l'encouragement et les retours, et l'expression libre et personnelle. Les prestataires de soins de santé doivent également être rassurés sur le fait que, quel que soit l'environnement dans lequel ils travaillent (de la communauté jusqu'au site de prestation de soins de santé clinique le plus complet), ils sont membres d'une communauté et d'un réseau de soutien plus larges.

Travaillant sans relâche, souvent dans des contextes juridiques, économiques et sociaux difficiles, les prestataires de soins de santé peuvent être exposés à des risques de harcèlement, d'abus, de discrimination et de stigmatisation du fait qu'ils assurent la prestation de soins de santé aux clients. C'est particulièrement le cas pour celles et ceux qui fournissent des soins de santé stigmatisés, tels que les soins d'avortement, ou qui travaillent avec des groupes marginalisés, tels que les professionnel-le-s du sexe. Le droit à la sécurité, à la dignité et au bien-être des prestataires de soins de santé et du personnel des établissements de santé doit être protégé pour leur permettre de mener à bien leur travail. Il s'agit pour cela de leur fournir un environnement de travail sûr et de s'assurer que des politiques et des procédures sont en place pour prévenir et atténuer les risques, et pour aider et soutenir les prestataires de soins de santé en cas de besoin.

## 2. Ensemble intégré de services essentiels

### 2.1 Contexte

L'IPPF entend fournir des soins de santé sexuelle et reproductive complets, intégrés et de qualité à tous ses clients. Un ensemble de soins de santé doit répondre aux besoins minimaux en matière de santé sexuelle et reproductive de la population que l'IPPF s'est engagée à servir. Cet ensemble de soins inscrit le-la client-e au centre de la prestation de soins de santé et garantit que des soins de santé intégrés et de qualité sont dispensés à tous.

L'éventail des soins de santé inclus reflète l'engagement de l'IPPF à assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et reproductive et adopte une approche fondée sur la vie entière qui met l'accent sur le spectre complet de la santé sexuelle et reproductive, encadré par une approche fondée sur les droits. Cet ensemble de soins de santé peut être utilisé comme cadre pour étayer la réalisation des objectifs organisationnels et programmatiques de l'IPPF.

Les présentes directives cliniques centrées sur les clients ont été conçues pour refléter un ensemble de soins de santé sexuelle et reproductive essentiels. Les prestataires de soins de santé et les autres utilisateurs des lignes directrices peuvent se référer aux chapitres pertinents pour obtenir des informations générales et des conseils sur la prestation de soins de santé concernant les composantes des soins essentiels de santé sexuelle, qui s'accompagnent de liens et références utiles pour favoriser une fourniture de soins globale et complète.

Un ensemble de soins de santé essentiels peut servir de point d'entrée pour favoriser l'intégration d'autres services de santé et de soutien et minimiser ainsi les occasions manquées de prestation de soins. Par exemple, si une cliente cherche à obtenir des soins d'avortement, il est possible qu'elle ait eu des rapports sexuels non protégés et ait été exposée à des infections sexuellement transmissibles, y compris au VIH, ou à des violences sexuelles et basées sur le genre. Dans ce cas, il pourrait être opportun d'offrir d'autres soins de santé et de veiller ainsi à ce que la cliente reçoive l'intégralité des soins requis en l'espace d'une seule et même consultation.

La fourniture d'un ensemble de soins de santé intégrés profite non seulement à la personne concernée en lui assurant l'accès à un large éventail de soins, mais contribue également au renforcement du système de santé :

- **Un cadre centré sur les clients pour la prestation de soins de santé.** L'IPPF promeut la prestation de soins de santé

centrée sur les clients en répondant à ses besoins les plus urgents en matière de santé sexuelle et reproductive, qui se traduit par une amélioration de leur état de santé par l'adoption d'une approche globale de la prestation de soins de santé.

- **Un cadre pour la priorisation des ressources.** Le fait de définir les soins de santé de base permet aux associations membres de donner la priorité à une gamme complète de soins de santé sexuelle et reproductive.
- **Un cadre pour la programmation.** Aux niveaux mondial et régional, des soins de santé intégrés fournissent un cadre grâce auquel le Secrétariat de l'IPPF peut énoncer ses priorités techniques qui permettent d'apporter un soutien efficace et efficient au sein de l'IPPF.
- **Un cadre pour le perfectionnement des systèmes.** Des soins de santé intégrés peuvent être utilisés comme cadre pour perfectionner et affiner des systèmes, notamment des systèmes de gestion d'informations sanitaires, de gestion de la chaîne d'approvisionnement, de la qualité des soins, de mesure de la performance et de gouvernance pour soutenir le renforcement de la prestation de soins de santé sexuelle et reproductive intégrés.

### 3. Bibliographie

- [1] Fédération internationale pour la planification familiale. Quality of Care Framework 2015. Londres : IPPF ; 2015. Disponible à : [https://www.ippf.org/sites/default/files/2016-07/Quality\\_of\\_care\\_framework\\_2015.pdf](https://www.ippf.org/sites/default/files/2016-07/Quality_of_care_framework_2015.pdf). Site consulté le 7 février 2022.
- [2] Fédération internationale pour la planification familiale. IPPF Standards and Responsibilities of Membership. Mai 2014. Disponible à : <https://www.ippf.org/sites/default/files/2018-02/IPPF%20Standards%20and%20Responsibilities%20of%20Membership%20May%202014.pdf>. Site consulté le 7 février 2022.
- [3] Fédération internationale pour la planification familiale. Medical and Service Delivery Guidelines: For Sexual and Reproductive Health Services. Troisième édition. Londres : IPPF ; 2004. Disponible à : [https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf\\_medical\\_and\\_service\\_delivery\\_guidelines\\_english.pdf](https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_medical_and_service_delivery_guidelines_english.pdf). Site consulté le 7 février 2022.
- [4] Nations Unies. Déclaration universelle des droits de l'homme. Disponible à : <https://www.un.org/fr/about-us/universal-declaration-of-human-rights>. Site consulté le 7 février 2022.
- [5] Nations Unies. Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement. Le Caire, 5–13 septembre 1994. New York : Nations Unies ; 1995. Disponible à : <http://daccess-ods.un.org/access.nsf/Get?Open&DS=A/CONF.171/13/Rev.1&Lang=F>. Site consulté le 7 février 2022.
- [6] Starrs AM, Ezeh AC, Barker G, et al. Accelerate progress – sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission. *Lancet*. 2018;391(10140):2642–2692.
- [7] Fédération internationale pour la planification familiale. Politique de Protection (Enfants et adultes vulnérables). Disponible à : <https://www.ippf.org/sites/default/files/Policy%201-17%20SAFEGUARDING%20CHILDREN%20AND%20VULNERABLE%20ADULTS.pdf>. Site consulté le 24 février 2022.
- [8] Fédération internationale pour la planification familiale. Young people at the centre. Vision and plan for placing young people at the heart of implementing IPPF's strategic framework. Londres : IPPF ; 2017. Disponible à : <https://www.ippf.org/sites/default/files/2018-08/Young-people-at-the-centre-May17.pdf>. Site consulté le 7 février 2022.
- [9] Fédération internationale pour la planification familiale. Integrated Service Delivery. Disponible à : <https://www.ippf.org/our-approach/integrated-service-delivery>. Site consulté le 7 février 2022.
- [10] Fédération internationale pour la planification familiale. SafeReport. Disponible à : <https://secure.ethicspoint.eu/domain/media/fr/gui/107397/index.html>. Site consulté le 7 février 2022.

#### 3.1 Ressources

Fédération internationale pour la planification familiale. Normes d'adhésion et responsabilités de l'IPPF. Disponible à : <https://www.ippf.org/resource/ippf-membership-standards-responsibilities>. Site consulté le 19 avril 2022.

# Partie 2

# Soins de santé sexuelle et reproductive

# Chapitre 2 :

# Conditions nécessaires relatives à l'établissement de santé, antécédents et examen des clients

# sommaire

## Sommaire

<b>1. Introduction</b>	<b>18</b>
<b>2. Conditions nécessaires relatives à l'établissement de santé pour des soins complets de santé sexuelle et reproductive</b>	<b>18</b>
2.1 Infrastructure de l'établissement de santé	18
2.2 Gestion de la chaîne d'approvisionnement	20
2.3 Finances de l'établissement de santé	21
2.4 Compétence du personnel de santé	21
2.5 Prévention et contrôle des infections	21
2.6 Mécanismes d'amélioration de la qualité	22
2.7 Orientations, partenariats communautaires et liens	22
<b>3. Antécédents médicaux</b>	<b>22</b>
3.1 Éléments à inclure dans une anamnèse médicale	22
3.2 Techniques de communication pour l'anamnèse sexuelle	24





## sommaire (suite)

<b>4. Examen physique</b>	<b>24</b>
4.1 Examen général	26
4.2 Examen abdominal	26
4.3 Examen gynécologique	27
4.4 Examen clinique du sein	28
4.5 Examen des clients présentant un appareil génital masculin	30
<b>5. Bibliographie</b>	<b>31</b>
5.1 Ressources	32
<b>Annexes</b>	<b>33</b>
Annexe 1 : Résumé des exigences relatives à l'établissement pour des soins complets de santé sexuelle et reproductive	33
Annexe 2 : Médicaments, équipements et fournitures essentiels nécessaires à des soins de santé sexuelle et reproductive	37
Soins complets d'avortement	37
Prévention du cancer du col de l'utérus, dépistage et traitement	39
Prise en charge clinique des victimes de viol	42
Contraceptifs	44
Liste du matériel, des médicaments et des fournitures pour un accouchement sécurisé pour les SONUB et les SONUC	49
Infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH	50
Ligature des trompes (stérilisation féminine): Fournitures et matériels d'urgence	52
Vasectomie (stérilisation masculine): Fournitures et matériels d'urgence	55



## 1. Introduction

Ce chapitre fournit des conseils sur les conditions nécessaires relatives aux établissements de soins complets de santé sexuelle et reproductive (y compris leur conception et les infrastructures) et sur la façon de réaliser l'anamnèse des clients et d'effectuer un examen physique. Il se recoupe avec plusieurs autres chapitres, dont le [Chapitre 3 : Conseil](#), le [Chapitre 8 : Gynécologie et autres soins de santé reproductive](#), et le [Chapitre 11 : Prestation de soins de santé sexuelle et reproductive en situation de crise humanitaire](#).

### Quelles sont les conditions nécessaires relatives à l'établissement de santé et les directives cliniques pour les soins de santé sexuelle et reproductive dans les situations de crise humanitaire ?

Pour obtenir des directives détaillées, les responsables de programme et les prestataires de soins de santé de première ligne doivent se reporter au [Chapitre 11 : Prestation de soins de santé sexuelle et reproductive en situation de crise humanitaire](#), ainsi qu'à plusieurs outils d'orientation :

- Dispositif minimum d'urgence (DMU) pour la santé sexuelle et reproductive en situations de crise [1]
- Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire [2]
- Trousses de santé reproductive interorganisations [3]
- Boîte à outils pour la santé sexuelle et reproductive des adolescent-e-s (SSRA) en situations de crise humanitaire [4]
- Outils d'évaluation des processus DMU [5]
- Calculateur des trousses de santé reproductive [6]

## 2. Conditions nécessaires relatives à l'établissement de santé pour des soins complets de santé sexuelle et reproductive

Pour assurer la durabilité, la qualité et l'adoption des soins de santé, les directeurs de programmes/d'établissement doivent imposer aux établissements de soins de santé sexuelle et reproductive des exigences standard pour les éléments suivants : l'infrastructure de l'établissement de santé ([Section 2.1](#)), la gestion de la chaîne d'approvisionnement ([Section 2.2](#)), les finances de l'établissement de santé ([Section 2.3](#)), la compétence du personnel de santé

([Section 2.4](#)), la prévention et le contrôle des infections ([Section 2.5](#)), les mécanismes d'amélioration de la qualité ([Section 2.6](#)) et les orientations, les partenariats communautaires et les liens ([Section 2.7](#)). À titre de recommandation générale, les conditions nécessaires relatives à l'établissement de santé doivent respecter des normes internationales en matière d'accessibilité, afin de s'assurer que l'inclusion du handicap est considérée comme un critère de qualité standard [7,8]. En outre, les questions liées aux infrastructures doivent elles aussi suivre des critères d'accessibilité pour garantir l'inclusion des personnes handicapées, et ce même si la réglementation et les cadres varient d'un pays à l'autre. Tous les clients bénéficient d'une infrastructure accessible.

### 2.1 Infrastructure de l'établissement de santé

Il est essentiel de tenir compte de la nature de l'infrastructure et de sa conception lors de l'aménagement d'un établissement statique de santé sexuelle et reproductive ou de l'intégration des soins de santé sexuelle et reproductive dans des établissements de santé existants. L'espace nécessaire dépendra des soins de santé dispensés, de la population de clients et des projets d'élargissement ou d'introduction d'autres services à l'avenir.

#### 2.1.1 Soins de santé sexuelle et reproductive

La prestation de soins complets de santé sexuelle et reproductive comprend le conseil en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs, les soins d'avortement, la santé maternelle et néonatale, la contraception, les services de prévention et d'intervention en cas de violences sexuelles et basées sur le genre, le dépistage et le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH, le dépistage et le traitement du cancer du col de l'utérus, les analyses en laboratoire et les soins gynécologiques d'ordre général pour tous les groupes de population. Cependant, le niveau des soins de santé sexuelle et reproductive peut varier et dépend du niveau désigné de l'établissement de santé. Pour la majorité des soins de santé sexuelle et reproductive, y compris les soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB), le niveau minimum de service peut généralement être fourni dans des établissements de santé de soins primaires d'une superficie comprise entre 700 et 1 500 pi<sup>2</sup> (65 à 139 m<sup>2</sup>), tandis que les soins de santé pour les méthodes contraceptives permanentes, les soins d'avortement à partir de la treizième semaine et les soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONUC) peuvent être fournis dans des établissements de santé d'une superficie comprise entre 1 500 et 2 000 pi<sup>2</sup>



(139 à 186 m<sup>2</sup>). Un résumé des exigences générales relatives aux établissements de santé sexuelle et reproductive est fourni à l'Annexe 1.

### 2.1.2 Emplacement

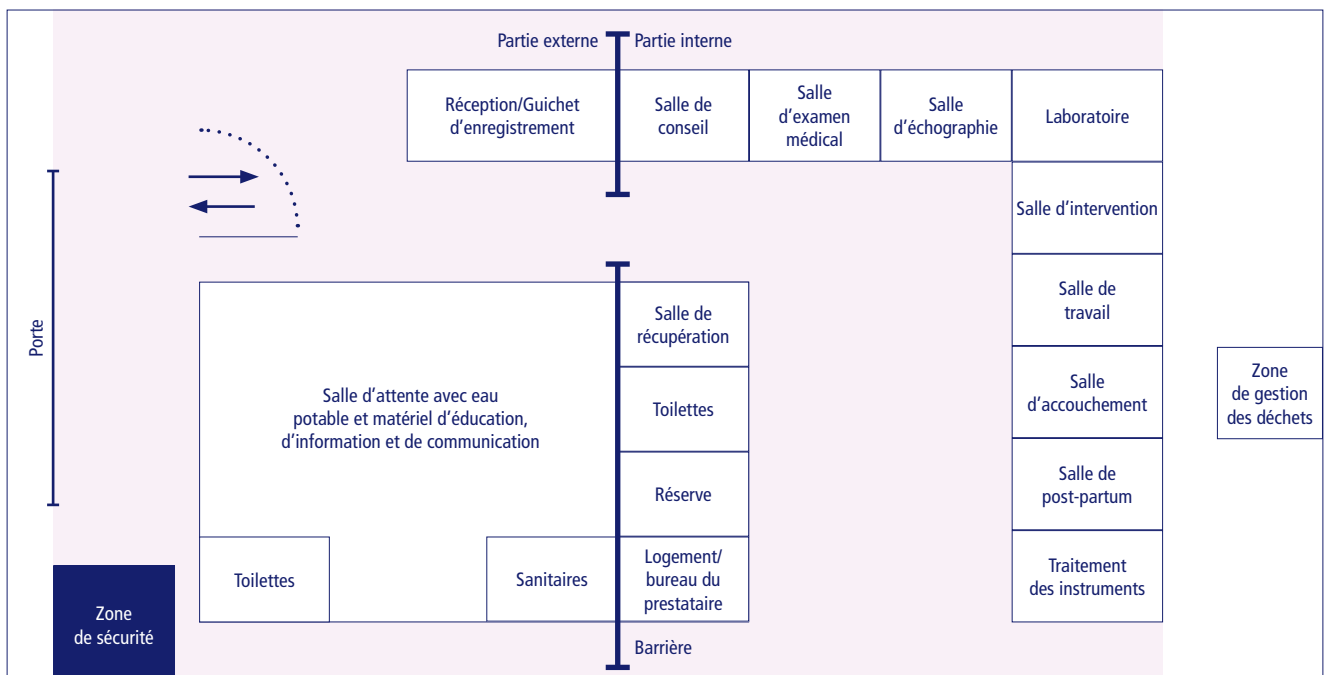
Lors du choix de son emplacement, l'établissement de santé doit être facile d'accès, protégé de facteurs environnementaux tels que la forte pollution de l'air et de l'eau et à l'écart de zones sujettes aux catastrophes naturelles, et dans un rayon accessible des sites d'orientation vers des services spécialisés. L'établissement de santé doit être proche des transports en commun, situé de préférence à pas plus de 20 minutes à pied de l'arrêt de bus, de la gare ou de toute autre forme de transports en commun les plus proches. Les horaires d'ouverture des établissements de santé doivent convenir à tout le monde – en particulier à ceux devant faire un long trajet et aux groupes marginalisés, tels que les personnes handicapées – avec des heures de clinique spécialisées. La sûreté des lieux doit être assurée tout au long des heures d'ouverture afin de garantir la sécurité tant des clients que des prestataires de soins de santé et des mesures de sécurité doivent être en place afin d'éviter l'entrée dans les locaux de toute personne indésirable et d'assurer un passage facile et sécurisé d'entrée dans l'établissement de santé et de sortie pour les clients.

### 2.1.3 Infrastructure et conception

L'infrastructure et la conception de l'établissement de santé doivent correspondre à la prestation actuelle et future des

soins de santé ainsi qu'aux besoins et à la sécurité des clients. L'infrastructure de l'établissement de santé doit disposer de l'accès à un approvisionnement fiable en eau et en électricité et être accessible à tous les clients, y compris les personnes ayant des déficiences ou des handicaps physiques différents (voir l'Encadré 1 : Accessibilité de l'infrastructure et de l'information de l'établissement de santé – page suivante). L'établissement de santé doit être aménagé pour inclure une partie externe et une partie interne afin d'assurer la sécurité, l'intimité, la confidentialité et la prévention des infections. La circulation des clients doit se faire à sens unique pour leur éviter de repasser par la salle d'attente, sauf au moment de sortir de l'établissement de santé. Une sortie séparée est préférable si l'établissement de santé fournit des services d'avortement et/ou des soins de santé à des jeunes et des personnes marginalisées. Il est préférable de prévoir des salles d'intervention et de récupération séparées pour les clientes enceintes et en travail, les clientes venues pour un avortement, les survivant-e-s de violences sexuelles et basées sur le genre et les client-e-s demandeur-euse-s de stérilisation à caractère permanent. La conception de l'établissement de santé décrite à la Figure 1 doit être adaptée en fonction du niveau désigné de l'établissement de santé et de l'intention de mettre à l'échelle des soins de santé sexuelle et reproductive intégrés. La Figure 1 illustre les deux principales sections d'un établissement statique de soins de santé sexuelle et reproductive. La partie externe comprend la réception/le guichet d'enregistrement, la salle d'attente, les toilettes et le poste de lavage des mains. La partie interne de l'établissement de santé comprend la salle de conseil, la salle d'examen médical, la salle d'échographie, le laboratoire, la salle d'intervention, la salle de travail, la salle d'accouchement, la salle de post-partum, le traitement des instruments, la salle de récupération, les toilettes, la réserve, le logement/bureau du prestataire et la barrière.

FIGURE 1. Exemple d'aménagement idéal d'un établissement de soins de santé sexuelle et reproductive





#### ENCADRÉ 1 : Accessibilité de l'infrastructure et de l'information de l'établissement de santé

##### Entrées/portes

- Rue pavée
- Signalisation en format accessible
- Marquages tactiles
- Largeur de porte adéquate au niveau du portail pour les piétons
- Places de stationnement réservées aux personnes handicapées

##### Zones de l'établissement de santé

- Salle d'attente adéquate
- Allée d'accès cimentée
- Aucun obstacle à la circulation entre les zones de l'établissement de santé
- Panneaux d'orientation
- Marquages tactiles au sol pour orienter les personnes ayant une déficience visuelle
- Système d'évacuation des eaux usées
- Rampes conformes aux normes internationales
- Escaliers et marches conformes aux normes internationales
- Poignées et mains courantes pour se tenir dans les escaliers et sur les rampes
- Marquages tactiles en bas et en haut des escaliers et rampes
- L'agencement du mobilier n'entrave pas la circulation
- Le guichet de réception est à la bonne hauteur
- Sol de l'escalier non glissant

##### Salles du service des soins ambulatoires

- Armoires sécurisées aux portes qui ferment
- De la place pour que les utilisateurs de fauteuils roulants puissent se déplacer sans encombre
- Largeur de porte adéquate
- Aucune différence de niveau pour entrer dans les salles ou rampes disponibles
- Matériel à jour et réglable (par ex. lits d'examen et d'accouchement)
- Lits médicalisés
- Accessibilité de l'information
- Bonne ventilation
- Salle de bains et toilettes
- Sols cimentés conduisant aux toilettes
- Toilettes réservées aux personnes handicapées
- Sièges de toilettes présents
- Les poignées et les mains courantes sont suffisantes et en bonne position pour permettre aux personnes à mobilité réduite et aux utilisateurs de fauteuils roulants d'utiliser les toilettes
- Lavabo à l'intérieur de la salle de toilettes

##### Signalisation visible et accessible

- Panneaux et informations dans des formats accessibles
- Bon éclairage

##### Communication

- Une personne-ressource formée à la langue des signes

de consultation médicale, le laboratoire, la salle d'échographie et les salles d'intervention, la salle de récupération, ainsi que des toilettes pour les clients. La démarcation/le mur qui sépare la partie externe de la partie interne de l'établissement de santé est une cloison permanente qui assure l'intimité sonore et visuelle et empêche toute entrée non essentielle dans la section interne de l'établissement de santé (voir l'[Annexe 1](#)).

## 2.2 Gestion de la chaîne d'approvisionnement

La prestation de soins de santé sexuelle et reproductive nécessite des fournitures, du matériel et des infrastructures. La gestion de la chaîne d'approvisionnement consiste à assurer l'accès des personnes à un approvisionnement constant en médicaments essentiels et en consommables. Une chaîne d'approvisionnement fonctionnelle implique

la disponibilité du bon médicament dans de bonnes quantités pour le-a bon-ne client-e au bon moment, dans les bonnes conditions (qualité) et au bon prix (de la manière la plus efficace, la plus sûre et la moins coûteuse possible). Par conséquent, la gestion de la chaîne d'approvisionnement englobe les fonctions essentielles suivantes : la sélection des produits, la prévision/quantification des besoins, la passation des marchés, le stockage, la gestion des stocks, le transport, le réapprovisionnement et le service aux bénéficiaires. Un facteur décisif tient au maintien d'un stock adéquat, équivalant de préférence à trois mois d'approvisionnement en matériel, produits de base et médicaments essentiels pour l'intégralité des soins de santé sexuelle et reproductive dispensés à l'établissement de santé. Pour garantir l'achat, la délivrance et l'utilisation de médicaments et de matériel de qualité, les directeurs d'établissement doivent baser leur choix en fonction de la liste de médicaments et de matériel essentiels de leur pays et/ou des normes internationales



de préqualification établies par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)/UNFPA [9]. Ces instruments et médicaments sont à inclure de manière systématique dans les systèmes de planification, de budgétisation, d'approvisionnement, de distribution et de gestion. L'*Annexe 2* décrit les médicaments, le matériel et les fournitures essentiels requis pour les soins de santé sexuelle et reproductive décrits. Voir la *Section 5.1 : Ressources* pour les outils d'orientation liés à la gestion de la chaîne d'approvisionnement.

## 2.3 Finances de l'établissement de santé

Le budget de l'établissement de santé doit inclure des fonds suffisants pour subvenir aux types de coûts suivants : les coûts administratifs et le matériel, les médicaments et les fournitures nécessaires pour fournir des soins de santé sexuelle et reproductive et des services de prévention et de contrôle des infections ; l'équipement de protection individuelle ; des lignes budgétaires pour des ajustements raisonnables à apporter pour les personnes handicapées ; le temps du personnel ; les activités de sensibilisation de la communauté et des parties prenantes, les programmes de formation et les activités de supervision ; la mise à niveau de l'infrastructure ; la tenue de registres ; et le suivi et l'évaluation. Il incombe au directeur d'établissement d'élaborer des projections budgétaires annuelles et d'effectuer des évaluations et des analyses trimestrielles de l'établissement de santé afin de déterminer toute modification budgétaire à apporter.

## 2.4 Compétence du personnel de santé

Au sein du système de santé, le personnel de santé englobe les agents de soutien, les prestataires de soins de tous les niveaux et les agents de santé communautaires. Dans la mesure du possible, le personnel de santé doit refléter la diversité de la population locale, y compris les groupes sous-représentés tels que les personnes handicapées. Tout le personnel travaillant dans un établissement de santé doit recevoir une formation à ses procédures opérationnelles permanentes et aux directives sur la prestation des soins de santé. Les prestataires de soins de santé doivent être formés, techniquement compétents et utiliser les bonnes technologies cliniques pour dispenser des soins de santé sexuelle et reproductive de haute qualité. Les agents de santé communautaires doivent être formés et démontrer les compétences requises pour fournir des informations fondées sur des bases factuelles, des soins de santé de base (selon le contexte juridique) et des orientations vers des services spécialisés tout au long du continuum de soins en santé sexuelle et reproductive et en santé maternelle, néonatale,

infantile et adolescente. Le personnel de soutien au sein de l'établissement de santé doit avoir reçu la formation nécessaire pour fournir un environnement accueillant et sûr, même lorsqu'il effectue des tâches administratives, des tâches de prévention et de contrôle des infections, des mesures de sécurité, des tâches financières et dans la gestion de la chaîne d'approvisionnement. Lorsqu'il existe des lacunes dans les compétences, le personnel de santé doit recevoir la formation de perfectionnement nécessaire pour assurer le maintien des compétences en matière d'aptitudes, de connaissances et d'attitudes essentielles à la prestation de soins de santé sexuelle et reproductive de qualité. Quoiqu'il en soit, il revient au directeur d'établissement de veiller à la mise à jour périodique des compétences du personnel.

## 2.5 Prévention et contrôle des infections

Tout le personnel, clinique et non clinique, doit être formé pour appliquer les précautions universelles de prévention et de contrôle des infections. Ces efforts doivent être déployés dans toutes les situations et renforcés davantage dans les situations d'épidémies et de pandémies de santé publique où les prestataires de soins de santé sont en contact avec du sang, des liquides organiques, des lésions de la peau et des muqueuses. Il convient de prendre des précautions de prévention des infections, quel que soit le statut d'infection ou le diagnostic du/de la client-e, afin de réduire le risque de transmission de maladie pour les clients et les prestataires de soins de santé dans l'établissement de santé. Des protocoles de prévention et de contrôle des infections et du matériel d'information, d'éducation et de communication doivent être disponibles, affichés et mis à exécution. Si un membre du personnel est exposé à des liquides organiques, il convient d'observer la procédure en cas d'exposition professionnelle visée dans les procédures opérationnelles permanentes. Les éléments essentiels de la prévention et du contrôle des infections comprennent le lavage des mains, l'adoption de barrières de protection individuelle, l'utilisation de techniques aseptiques, la propreté des installations et la gestion des déchets infectieux, ainsi que la manipulation et le traitement appropriés d'instruments et de matériaux tranchants. Voir la *Section 5.1 : Ressources* pour les outils d'orientation liés à la prévention et au contrôle des infections.



## 2.6 Mécanismes d'amélioration de la qualité

Il appartient aux directeurs de programme et d'établissement de vérifier l'efficacité, l'équité, l'efficience et la qualité de leur système de santé grâce à l'adoption de mécanismes systématiques d'amélioration de la qualité tant au niveau individuel qu'au niveau organisationnel de la prestation des soins de santé. Le principal objectif de l'amélioration de la qualité est d'améliorer les soins et la sécurité des clients grâce à un apprentissage non punitif. Toutes les activités d'amélioration de la qualité doivent être planifiées et intégrées de manière systématique dans les opérations de l'établissement de santé en utilisant des indicateurs simples. Elles doivent être effectuées dans le respect des règles éthiques et elles doivent être participatives et transparentes pour le personnel, pour les clients et pour les acteurs communautaires. La collecte et l'analyse régulières des données figurant dans les dossiers médicaux des clients, recueillies manuellement ou par des moyens électroniques grâce à un système d'information et de gestion des établissements de santé, ainsi que des statistiques sur les soins de santé, sont nécessaires pour améliorer ou maintenir les normes de qualité de la prestation des soins de santé. Il peut s'agir pour cela d'adopter à l'échelle de l'organisation un système de notification de données pour y saisir des données sur les aspects suivants : l'ensemble des soins de santé sexuelle et reproductive, du matériel, des médicaments et des fournitures ; la supervision et le mentorat de soutien ; l'examen et l'analyse de toutes les statistiques en matière de soins de santé sexuelle et reproductive par l'examen des registres ; une feuille de cochage du système d'information sur la prise en charge des clients ; des outils d'auto-évaluation ; des observations à l'aide de listes de points à vérifier, d'outils d'audit clinique, d'examen de cas, d'audits des événements indésirables et de quasi-accidents ; les entretiens avec les clients après la prestation ; les retours du personnel et l'inclusion de tous les membres de la communauté (y compris les jeunes et les personnes handicapées) ; et des outils d'évaluation des soins de santé de proximité. Les données recueillies doivent permettre la ventilation par groupes marginalisés (par ex. l'âge, le statut d'invalidité, le statut d'immigration). Le cadre de qualité des soins de la Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF) fournit des orientations détaillées sur les cadres contextuels et les indicateurs d'amélioration de la qualité de la santé sexuelle et reproductive [10]. Voir la [Section 5.1 : Ressources](#) pour d'autres informations pertinentes sur la qualité des soins.

## 2.7 Orientations, partenariats communautaires et liens

L'existence de partenariats entre l'établissement de santé et la communauté dans l'ensemble des secteurs améliore la qualité de la prestation des soins de santé, y compris les orientations et les comportements de recours aux soins en matière de santé sexuelle et reproductive des individus au sein de la communauté. L'emplacement des points d'orientation (par ex. les établissements de santé de niveau supérieur, les centres de réadaptation), ainsi que les protocoles d'orientation vers des services spécialisés doivent être préétablis, en place, clairement affichés et communiqués à tout le personnel et aux agents de santé communautaires. Le personnel de l'établissement de santé joue un rôle important en tant que dirigeants locaux de leur communauté et les agents de santé communautaires, quant à eux, jouent un rôle important dans la création de liens entre les membres de la communauté, leur établissement de santé local, des organisations de la société civile (par exemple, des groupes de femmes, des groupes de jeunes) et les services sociaux. À eux tous, ces partenariats aident les individus à accéder à des soins de santé sexuelle et reproductive et aident le public à reconnaître les signes et les symptômes pour accéder aux soins dont ils ont besoin en temps opportun. Voir le [Chapitre 3 : Conseil](#) pour obtenir des orientations sur la création d'un environnement favorable tout au long du continuum de soins.

## 3. Antécédents médicaux

En plus d'offrir un conseil aux clients, la réalisation d'une anamnèse médicale détaillée est un élément important de la relation client-e/prestataire de soins de santé. Les sujets abordés pendant le conseil peuvent être utiles lors de la réalisation de l'anamnèse. Les principes fondamentaux et les conseils fondés sur les droits et les orientations fournis au [Chapitre 3 : Conseil](#) s'appliquent à tous les prestataires de soins de santé qui réalisent l'anamnèse d'un-e client-e.

### 3.1 Éléments à inclure dans une anamnèse médicale

Après avoir accueilli un-e client-e dans l'établissement de santé et lui avoir présenté le ou les prestataires, l'anamnèse est l'étape suivante de la relation client-e/prestataire de soins de santé pour déterminer ses antécédents médicaux et sous-tendre les raisons des examens physiques ultérieurs et des décisions concernant les tests de diagnostic et les options retenues en matière de soins de santé sexuelle et reproductive. Le [Tableau 1](#) (page suivante) décrit les informations à inclure lors de l'anamnèse afin d'aider à déceler et à évaluer



TABLEAU 1 : Éléments à inclure dans une anamnèse médicale

Catégorie	Informations à indiquer
Données personnelles	<ul style="list-style-type: none"><li>Nom, âge, identité de genre, race, religion, langue, profession, niveau d'instruction et coordonnées, si les clients se sentent à l'aise de les indiquer</li></ul>
Antécédents sociaux	<ul style="list-style-type: none"><li>État civil (marié-e, célibataire)</li><li>Environnement familial</li><li>Violence ou coercition</li><li>Consommation passée et actuelle d'alcool et de drogues illégales</li><li>Évaluation du fonctionnement [11]</li><li>Autres problèmes sociaux susceptibles de se répercuter sur les soins</li></ul>
Médicaments et allergies	<ul style="list-style-type: none"><li>Médicaments quotidiens, par ex. vitamines prénatales, anti-inflammatoires non stéroïdiens, antituberculeux, antiépileptiques, antirétroviraux</li><li>Utilisation de remèdes à base de plantes et détails de leur utilisation (dose, voie, moment)</li><li>Toute allergie connue aux médicaments</li></ul>
Antécédents médicaux	<ul style="list-style-type: none"><li>Maladies transmissibles, par exemple tuberculose, paludisme, maladie à virus Zika, maladie à virus Ebola</li><li>Maladies non transmissibles/chroniques : diabète sucré, hypertension, cardiopathie, troubles de la coagulation sanguine, maladie du foie</li><li>Cancers : cancer du sein, cancer du col de l'utérus, cancer de la prostate</li><li>Problèmes neuropsychologiques : anxiété, dépression, troubles de l'alimentation, troubles du sommeil, toxicomanie (alcool et drogues)</li><li>Antécédents de tabagisme, y compris le nombre de cigarettes fumées par jour</li><li>Problèmes urinaires, gastro-intestinaux, musculo-squelettiques, endocriniens, cutanés</li><li>Détails d'hospitalisations passées (raison, date, lieu)</li></ul>
Antécédents chirurgicaux	<ul style="list-style-type: none"><li>Type, date, lieu de l'intervention</li></ul>
Antécédents gynécologiques	<ul style="list-style-type: none"><li>Premier jour des dernières règles et cycle menstruel, saignements, écoulements</li><li>Nombre de naissances en vie, de mortinaissances, de fausses couches et d'avortements</li><li>Antécédents d'utilisation de contraceptifs et utilisation actuelle</li><li>Symptômes actuels et diagnostic antérieur d'IST, y compris le VIH</li><li>Tuberculose pelvienne</li><li>Admissibilité à un dépistage ou à un traitement particulier</li></ul>
Antécédents sexuels	<ul style="list-style-type: none"><li>Situation en matière de relation et partenariats sexuels concomitants</li><li>Risque individuel d'IST, y compris le VIH, de papillomavirus humain (HPV)</li></ul>



les facteurs de risque. Voir le [Chapitre 3 : Conseil](#) pour plus de détails sur le conseil centré sur les clients et le consentement éclairé, y compris le maintien de la confidentialité et de l'intimité. Les clients ne doivent répondre qu'aux questions auxquelles ils se sentent à l'aise de répondre.

## 3.2 Techniques de communication pour l'anamnèse sexuelle

Le prestataire de soins de santé doit maintenir une communication positive sans porter de jugement de valeur lorsqu'il prépare le terrain pour des questions portant sur les antécédents sexuels des clients. L'interaction prestataire de soins de santé/client·e relève d'un échange qui va dans les deux sens et cette section fournit des techniques de communication par étapes pour les prestataires de soins de santé qui se renseignent sur les antécédents sexuels d'un·e client·e lors de l'anamnèse. Si le·la client·e se présente avec une personne qui l'accompagne dans la salle d'examen, le prestataire de soins de santé doit s'assurer que le·la client·e consent à la présence dans la salle de cette personne au moment de discuter de questions liées à la santé sexuelle et reproductive.

**1. Préparer le terrain pour l'anamnèse sexuelle.** Avant de poser des questions sur les antécédents sexuels, le prestataire de soins de santé doit informer le·la client·e que les questions de l'anamnèse sexuelle sont posées de manière systématique à tous les clients. Ces questions ne sont posées que lorsqu'elles sont pertinentes pour les soins de santé du·de la client·e, afin d'assurer un diagnostic précis et la fourniture du traitement le plus efficace. Elles peuvent être précédées d'une déclaration du type : « J'aimerais vous parler de votre santé sexuelle. Je discute de santé sexuelle avec tous mes clients parce qu'il s'agit là d'une partie très importante de la santé en général. Tout ce que vous me direz restera confidentiel. Avez-vous des questions avant de commencer ? »

**2. Répondre aux questions du·de la client·e.** Le·la client·e peut être hésitant·e et ne pas comprendre en quoi ces questions sont importantes pour sa santé. Il appartient au prestataire de soins de santé de rassurer le·la client·e sur le fait que les informations fournies demeureront confidentielles et d'amorcer le processus de déstigmatisation des questions de sexualité et de santé sexuelle. Le prestataire doit bien comprendre aussi la possibilité que le·la client·e refuse de faire part de ses antécédents sexuels complets et l'importance de ne pas l'obliger à répondre à quelque question que ce soit. À ce stade, le prestataire de soins de santé peut demander si le·la client·e préférerait parler à une personne du même sexe. Voici des exemples de déclarations visant à déstigmatiser la conversation :

- « Nous posons ces questions à tout le monde parce qu'il est courant que les comportements et les partenaires sexuels évoluent avec le temps. »
- « Certains clients ont des préoccupations au sujet de leur santé sexuelle, alors je veux m'assurer de comprendre quelles pourraient être vos questions ou préoccupations et vous apporter toutes les informations dont vous pourriez avoir besoin. »
- « Comme vous le savez peut-être, des rapports sexuels sans protection (comme le préservatif) peuvent causer des IST. Ces types d'infections sont très courants et souvent ce n'est que par le dépistage qu'il est possible de déterminer si vous en êtes atteint·e ou pas. Si nous ne détectons pas ces infections et ne les traitons pas, vous risquez d'avoir des problèmes à plus long terme. »
- « Cette conversation porte sur les moyens de vous protéger contre le risque de grossesse non désirée, les IST y compris le VIH, et répondre à toutes les questions que vous pourriez avoir. C'est aussi l'occasion de discuter de problèmes ou de changements dans votre désir sexuel et dans votre fonctionnement sexuel. »

**3. Posez une première question sur l'activité sexuelle et suivez la procédure de questionnement décrite à la [Figure 2](#)** (page suivante). L'examen des comportements sexuels d'un·e client·e et de la nature de ses relations aide à déterminer la nécessité ou non d'effectuer une évaluation des risques et le type d'orientation vers des services généraux de santé, de santé mentale et des services sociaux qui pourraient être nécessaires. Pour des conseils sur la réalisation d'autres évaluations des risques, voir le [Chapitre 6 : Infections sexuellement transmissibles](#) et le [Chapitre 10 : Violences sexuelles et basées sur le genre](#).

## 4. Examen physique

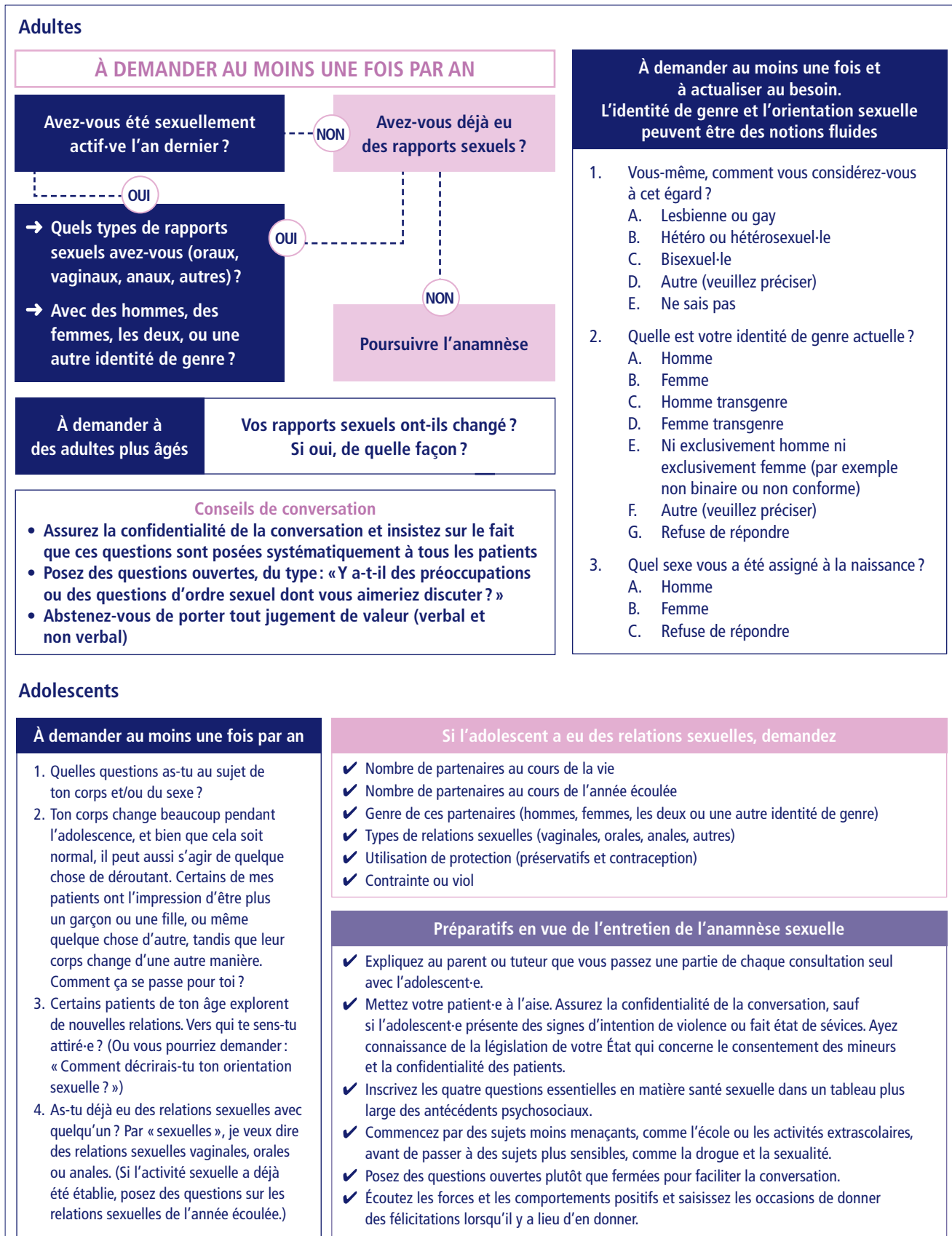
L'examen physique du·de la client·e est guidé par ses antécédents et devrait commencer par un examen clinique de routine d'ordre général. Les volets d'un examen physique peuvent comprendre un examen général ([Section 4.1](#)), un examen abdominal ([Section 4.2](#)), un examen gynécologique ([Section 4.3](#)), un examen des seins ([Section 4.4](#)) et un examen des organes génitaux masculins ([Section 4.5](#)).

Voici la liste des principaux points généraux à intégrer dans un examen physique :

- Commencez par obtenir le consentement du·de la client·e avant de procéder à quelque partie de l'examen que ce soit. Voir le [Chapitre 3 : Conseil](#) pour des lignes directrices éclairées sur le consentement et l'assentiment.



FIGURE 2: Questions essentielles de santé sexuelle à poser aux adultes et aux adolescents





- Résumez toutes les procédures de l'examen en des termes compréhensibles par le-la client-e et utilisez des illustrations à titre explicatif, le cas échéant. Laissez au-la client-e suffisamment de temps pour assimiler l'information et poser des questions.
- Veillez au respect des protocoles de prévention et de contrôle des infections pour les examens physiques, y compris le lavage des mains en début et en fin de chaque examen.
- Informez le-la client-e qu'il lui est possible d'arrêter le ou les examens à tout moment, en insistant sur l'idée que c'est au-la client-e qu'il revient de contrôler ses soins de santé.
- Mettez le-la client-e dans la bonne position, ou demandez-lui de se mettre dans la bonne position, pour chaque examen. S'il s'agit d'une personne handicapée, demandez-lui si elle a besoin d'aide pour se mettre dans la bonne position et adoptez des procédures d'examen pour l'aider, au besoin.
- Expliquez chaque étape d'un examen (par ex. « Je vais poser le spéculum à l'extérieur de votre vagin et vous le sentirez. Dites-moi comment vous vous sentez. Je vais maintenant insérer le spéculum dans votre vagin. »)
- N'exposez que les parties concernées du corps pour maintenir la dignité du-de la client-e autant que possible.
- Remerciez le-la client-e à la fin de l'examen et aidez-le-la à se remettre dans une position confortable.
- Donnez au-la client-e un peu d'intimité pour se rhabiller avant de discuter des conclusions de l'examen.
- En fonction des constats de l'anamnèse médicale et de l'examen physique, et avec le consentement éclairé du-de la client-e, fournissez les orientations appropriées. Demandez au-la client-e de signer un formulaire de communication de renseignements.

## 4.1 Examen général

Un examen de santé général comprend :

- Les signes vitaux, y compris le pouls et la tension, le poids, la taille, l'indice de masse corporelle, la température et, s'il est cliniquement indiqué de le faire, l'écoute du rythme cardiaque, la fréquence respiratoire et les sons de respiration.
- L'état général, tel que la corpulence, la démarche, la posture, l'élocution.
- Les signes de handicap physique ou sensoriel.
- Les signes de faiblesse, de léthargie, d'anémie ou de malnutrition.
- Les signes ou marques de violence physique.
- La présence de pâleur, ictère, varices sur les jambes, œdème de la cheville, pigmentation anormale de la peau et marques.
- La présence d'hypertrophie ou de sensibilité du foie, de la rate ou des reins, et de toute autre masse abdominale (par exemple, utérus gravide).
- Exclure la possibilité d'un élargissement de la thyroïde ; palper les ganglions lymphatiques cervicaux et supraclaviculaires ; vérifier la présence de ganglions lymphatiques inguinaux.

## 4.2 Examen abdominal

Les quatre étapes de l'examen abdominal sont décrites ci-dessous. Demandez au-la client-e de s'allonger à plat sur le dos, sans croiser les jambes et les bras le long du corps et commencez la consultation comme suit :

### 1. Inspection

Repérez la présence de cicatrices abdominales, en particulier de laparotomie médiane, de cicatrice d'incision de Pfannenstiel (gynécologie/obstétrique), d'appendicectomie (fosse iliaque droite). Repérez toute distension abdominale ou la présence de masses et leurs causes possibles : fœtus, liquide, graisse, flatuosité, selles. Repérez toute pilosité anormale.

### 2. Palpation

Palpez pour déceler toute masse ou élargissement de l'utérus, en notant la taille, la forme et la présence ou non de toute sensibilité. Observez le visage du-de la client-e pour déceler tous signes de douleur et de sensibilité et demandez s'il-elle ressent des douleurs lors de la palpation (palpations profondes et légères) de chaque quadrant abdominal et des creux inguinaux pour déceler des signes de lymphadénopathie.

### 3. Percussion

Examinez par percussion les limites du foie et de la rate pour exclure tout élargissement et, en cas de soupçon, évaluez le volume de liquide présent dans la cavité abdominale.

### 4. Auscultation

En cas de distension abdominale et de suspicion d'obstruction intestinale, écoutez (auscultez) pour déterminer la présence ou l'absence de bruits intestinaux.



## 4.3 Examen gynécologique

Un examen gynécologique comprend les antécédents gynécologiques et l'examen gynécologique des organes reproducteurs de la cliente. L'examen gynécologique comprend l'examen des organes génitaux externes, l'examen au spéculum, l'examen pelvien bimanuel et l'évaluation de masses ovariennes. Il est inutile d'exécuter l'intégralité des composantes d'un examen gynécologique, seules celles indiquées d'après les antécédents de la cliente les symptômes et les signes et les résultats généraux de l'examen. L'*Encadré 2* fournit des informations sur l'examen de clients présentant une déficience physique.

### 4.3.1 Examen des organes génitaux externes

Cet examen comprend l'inspection des lèvres, du prépuce, du clitoris, de l'ouverture urétrale, du périnée et de l'orifice anal. Inspectez la vulve pour déceler des cicatrices d'une intervention chirurgicale antérieure (par ex. épisiotomie, mutilation génitale féminine); des IST comme l'herpès génital, le HPV (verruës), etc.; des pertes/saignements anormaux; une atrophie (post-ménopausique); des masses (par ex. kyste de Bartholin); des varicosités (varices); et une pilosité anormale. Palpez la vulve pour déceler une sensibilité et/ou des masses, en particulier autour des glandes de Bartholin. En cas d'antécédents de prolapsus d'organe pelvien ou d'incontinence urinaire, demandez à la cliente qui a la vessie pleine de tousser pour observer la présence de cystocèle, de rectocèle ou de fuites urinaires. La cliente peut également changer de posture pour se mettre debout pour un examen renforcé du prolapsus.

### 4.3.2 Examen au spéculum

L'examen au spéculum permet aux prestataires de soins de santé d'observer les parois vaginales et le col de l'utérus. Le prestataire doit utiliser un spéculum de la bonne taille, à savoir un spéculum de plus grand format pour une cliente multipare dont les parois vaginales sont plus lâches et un spéculum de format étroit pour une cliente nullipare. Les instruments les plus couramment utilisés sont le spéculum bivalve de Cusco ou de Graves, ou le spéculum de Sims. Si un examen au spéculum est cliniquement indiqué pour une cliente qui n'a jamais eu de rapports sexuels, il convient d'utiliser un spéculum de petit format et d'aviser la cliente de la possibilité de rupture de l'hymen. Il convient d'utiliser de l'eau ou un lubrifiant soluble dans l'eau pour faciliter l'insertion du spéculum. Inspectez le col de l'utérus et le canal vaginal pour y déceler la présence de corps étrangers, de rugosités, de pertes (en notant la couleur, la quantité, la consistance et l'odeur) et de masses saillantes. Examinez le col de l'utérus pour y déceler la présence d'ectropion,

d'ulcération, de croissance, de sang, de polypes, de cancer ou de saignement par contact. S'il est indiqué de le faire (par exemple chez une cliente suspectée de maladie inflammatoire pelvienne, d'IST ou à risque élevé d'IST), procédez à un prélèvement endocervical pour en faire le diagnostic.

### ENCADRÉ 2 : Examen de clients présentant une déficience physique

- Si l'établissement de santé ne fournit pas de lits médicalisés ou si le-la client-e est plus à l'aise allongé-e par terre, il convient de l'examiner par terre après vous être assuré de son confort et de la propreté du sol. Pour examiner une personne allongée par terre, placez un linge replié sous les hanches de la cliente pour les relever légèrement et présentez la poignée du spéculum tournée vers le haut (sinon elle sera difficile à ouvrir).
- Si la personne est atteinte de lésions de la moelle épinière ou de paralysie cérébrale, il est possible qu'elle ait les muscles raides pendant l'examen. La même chose peut se produire si elle se trouve dans une position inconfortable ou en cas d'insertion sans précaution d'un spéculum ou de tout autre instrument. Ajustez sa position par des gestes délicats.
- Procédez lentement pendant l'examen et demandez au-la client-e de vous dire s'il-elle ressent de spasmes ou si l'examen est douloureux.
- Ne massez pas et ne frottez pas des muscles spastiques, au risque d'en provoquer le serrement.
- Pour aider le-la client-e à se détendre, demandez-lui de s'entraîner à pousser pour faire baisser son derrière. Une respiration profonde à chaque poussée peut aider le-la client-e à se détendre.
- La dysréflexie autonome est une urgence médicale et est fréquente chez les personnes souffrant de lésions de la moelle épinière. Un pic soudain d'hypertension est causé par une réaction à une douleur possible qui est passée inaperçue en raison de dommages neurologiques. Pour prévenir la dysréflexie, veillez à éviter une surface d'examen dure ou froide, le froid dans la salle d'examen et d'exercer de fortes pressions sur le périnée pendant l'examen, en particulier lors de l'utilisation du spéculum.



### 4.3.3 Examen pelvien bimanuel

Un examen bimanuel aide à informer le professionnel de la santé des niveaux de douleur et de confort de la cliente, de son état de grossesse, de l'âge gestationnel, de la présence d'une infection, d'anomalies anatomiques et de la position de l'utérus. Hormis pour les clientes post-partum, toutes les clientes doivent obligatoirement être soumises à un examen pelvien bimanuel avant toute intervention prévoyant l'insertion d'instruments dans l'utérus. Par conséquent, toute cliente demandant la pose d'un dispositif intra-utérin, d'un diaphragme, une stérilisation chirurgicale ou un avortement chirurgical doit faire l'objet d'un examen bimanuel par le prestataire de soins de santé effectuant l'intervention. De plus, un examen pelvien bimanuel doit toujours être effectué en présence de symptômes pelviens tels que des saignements vaginaux anormaux, des symptômes urinaires, un gonflement de l'abdomen, des douleurs ou de la gêne dans le bas-ventre ou des douleurs pendant les rapports sexuels (voir le *Chapitre 8: Gynécologie et autres soins de santé reproductive, Section 3*). Le prestataire de soins de santé doit documenter les caractéristiques de l'utérus, en particulier la taille (taille proche celle d'une poire chez une cliente en bonne santé), la forme (des distorsions peuvent être causées par des masses telles que des fibromes), la position (antéversée par rapport à rétroversée), les caractéristiques de surface (lisse par rapport à nodulaire) et la sensibilité pendant la palpation ou à la mobilisation du col de l'utérus (le cas échéant).

### 4.3.4 Évaluation des masses ovariennes

Il est difficile de faire la différence entre des masses ovariennes bénignes et malignes à partir d'un seul examen clinique. Palpez chaque fornix latéral pour déceler la présence de masses anormales ou d'une sensibilité anormale et en cas de détection de masses, en évaluer la taille, la consistance, la position et la mobilité. Il est justifié de suspecter un cancer avancé en présence d'autres symptômes et d'autres signes, tels qu'une dyspepsie, des ballonnements et une distension abdominale ou la perte de poids, en particulier chez une cliente post-ménopausique. Dans ces cas-là, il est possible qu'il soit difficile de palper les annexes par examen vaginal en raison du volume de liquide péritonéal. Effectuez une échographie ou transférez la cliente vers un service d'échographie en cas de suspicion de pathologie ovarienne.

Un examen rectovaginal n'est pas effectué systématiquement, mais peut être indiqué si la cliente présente des symptômes et/ou des signes de tumeur pelvienne, de cancer du col de l'utérus avancé ou d'endométriose. En enfonçant l'index dans le vagin et le majeur de la même main dans le rectum, palpez les ligaments utéro-sacrés et le septum rectovaginal pour en déceler la nodularité et d'autres lésions.

## 4.4 Examen clinique du sein

Les examens cliniques du sein constituent une méthode peu coûteuse de détection d'une anomalie évocatrice du cancer du sein. Un examen clinique du sein doit être effectué une fois par an et lorsqu'une cliente présente des symptômes ou des préoccupations, à partir de l'âge de 25 ans. Le professionnel de santé doit procéder à l'examen en comparant les deux seins visuellement, puis en palpant chaque sein à tour de rôle, en suivant les trois étapes décrites ci-dessous.

### 1. Inspection

Demandez à la cliente de s'allonger sur le dos ou de s'asseoir dans une position inclinée à 45°. Inspectez visuellement les deux seins en même temps (voir le *Tableau 2* – page suivante).

### 2. Palpation

La palpation comprend l'examen de chaque sein et des ganglions lymphatiques axillaires et supraclaviculaires. La zone complète de chaque sein à examiner doit être comprise comme étant la zone rectangulaire délimitée par la clavicule (haut), le sternum (centre), la ligne du soutien-gorge (bas) et la ligne médio-axillaire (gauche et droite), prolongée par une « queue » qui va jusque dans l'aisselle, qui elle aussi doit être examinée. Les ganglions lymphatiques axillaires sont disposés dans une zone triangulaire, le sommet se trouvant au niveau de l'espace étroit entre la première côte et les vaisseaux axillaires.



TABLEAU 2 : Éléments à observer lors de l'inspection visuelle

<b>Taille et forme des seins</b>	La taille et la forme des seins varient chez les clientes en bonne santé et il est courant qu'un sein soit plus gros que l'autre. Notez toute asymétrie marquée dans la taille ou le contour des seins
<b>Changement de couleur</b>	Peut être un signe d'ulcération imminente
<b>Changements cutanés</b>	Les grosseurs et les changements cutanés associés (par ex. inflammation, ulcération et rétraction cutanée) peuvent indiquer une pathologie sévère telle que le cancer
<b>Capitonnage visible</b>	Un aspect « peau d'orange » est signe d'œdème cutané causé par une obstruction des vaisseaux lymphatiques, qui peut être causée par des cellules tumorales, une infection ou une radiothérapie
<b>Mamelons et aréoles</b>	Changements du mamelon ou de l'aréole non associés à des caractéristiques congénitales, telles que les mamelons ombiliqués ou rétractés; pertes anormales (couleur laiteuse ou jaune verdâtre ou pertes épaisses/collantes, teinte grise et verte); grosseurs et protubérances du mamelon (cloques, abcès, carcinome canalaire in situ); changements de texture et de couleur de la peau (non associés à la grossesse); douleurs (non associées à une grossesse ou aux règles)
<b>Ondulation</b>	Demandez à la cliente de faire des mouvements pour accentuer les masses subtiles dans le sein. Demandez-lui de lever les bras au-dessus de la tête pour rendre l'ondulation de la peau plus apparente. Demandez-lui d'appuyer ses mains contre ses hanches pour tendre les muscles pectoraux, ce qui accentuera la présence d'ondulation au niveau de la paroi thoracique. Démontrez le mouvement à la cliente et demandez-lui de vous copier

### Conseils pour effectuer un examen du sein

Pour les clientes dont les seins sont volumineux ou pendulaires, les positions suivantes faciliteront l'examen :

- Pour examiner le sein latéral droit, la cliente peut se tourner sur sa hanche gauche en maintenant ses épaules à plat sur le lit et en posant sa main droite sur le front; dans cette position, la partie latérale du sein s'en trouve aplatie ce qui en facilite l'examen. Procédez de même de l'autre côté pour examiner le sein latéral gauche
- Pour examiner le sein médial droit, la cliente peut s'allonger sur le dos et lever le coude droit jusqu'à la hauteur de l'épaule. Faites de même avec le coude gauche pour examiner le sein médial gauche

#### a. Étapes de l'examen du sein :

- Positionnement de la cliente : Demandez à la cliente de s'allonger sur le dos ou de s'asseoir dans une position inclinée à 45°. Demandez-lui de mettre sa main droite derrière la tête pour examiner le sein droit et vice versa pour le sein gauche.
- Utilisez la technique à trois doigts pour palper le sein à l'aide du coussinet des trois doigts du milieu (non pas

le bout des doigts); deux mains peuvent être utilisées chez les clientes qui présentent des seins plus volumineux. Le prestataire de soins de santé doit sélectionner l'une des trois méthodes de palpation décrites ci-dessous avec laquelle il se sent le plus en confiance et s'assurer de procéder à l'examen méticuleux de toutes les zones importantes :

- *Schéma en bandes verticales* : Commencez la palpation en partant d'un coin de la zone mammaire pour chaque sein, en procédant à un mouvement vertical vers le haut et vers le bas entre la clavicule et la ligne de soutien-gorge, qui se décale sur toute la largeur de la zone jusqu'à ce que tous les tissus mammaires aient été palpés, y compris la queue axillaire. Il est possible d'ajuster la pression des petits mouvements circulaires selon trois niveaux d'intensité : pression légère pour la couche superficielle, modérée pour la couche médiane et ferme pour les couches profondes.
- *Schéma en cercles concentriques* : Palpez selon un mouvement en spirale, qui rayonne vers l'extérieur à partir du mamelon.
- *Schéma par rayonnements* : Palpez le long de lignes qui rayonnent vers l'extérieur à partir du mamelon, comme pour suivre les aiguilles d'une montre ou les rayons d'un vélo.



#### b. Étapes de l'examen des ganglions lymphatiques axillaires et supraclaviculaires :

- Assurez-vous que les muscles pectoraux de la cliente sont détendus pour sentir les ganglions lymphatiques. Soit le prestataire soutient le coude de la cliente (coude droit tenu dans la main droite du prestataire lors de l'examen du sein droit, et vice versa pour le sein gauche) pour la soulager du poids de son bras tout en palpant avec l'autre main, soit la cliente peut poser sa main sur l'épaule du prestataire.
- Le prestataire doit poser sa main dans l'aisselle et palper comme pour le sein (en utilisant la technique à trois doigts, en petits cercles), en remontant vers le haut à partir de la base de l'aisselle tout en palpant le long de la paroi latérale de la poitrine.
- Veillez à couvrir l'intégralité de la zone de l'aisselle et poussez le bout des doigts vers le haut et vers l'intérieur pour palper le sommet de l'aisselle.
- Le prestataire peut examiner les fosses supraclaviculaires en se mettant devant la cliente et en posant ses doigts dans chacune (d'abord d'un côté, puis de l'autre) et en les déplaçant par petits mouvements concentriques pour essayer de déceler la présence de tout ganglion lymphatique agrandi.

### 3. Documentation

En utilisant le système du cadran horaire, documentez l'emplacement de toute préoccupation et anomalie, sa distance depuis l'aréole et la taille de la masse.

#### Auto-examen du sein

Encouragez les clientes en âge de procréer à effectuer un auto-examen de leurs seins au moins une fois par mois pour se familiariser avec leur consistance et leur aspect normaux afin de déceler tout changement et de savoir quand consulter un professionnel de la santé. Fournissez un imprimé d'information, d'éducation et de communication sur l'auto-examen des seins et décrivez les consignes à observer pour l'auto-examen. Demandez à la cliente si elle a des questions. Voir le [Chapitre 8: Gynécologie et autres soins de santé reproductive](#), [Annexe 5](#) pour les étapes sur la façon d'effectuer l'auto-examen du sein

## 4.5 Examen des clients présentant un appareil génital masculin

Les organes reproducteurs masculins se composent du pénis, des testicules, du cordon spermatique, de l'épididyme, du scrotum et du périnée, et de la prostate. L'examen physique comporte une inspection visuelle et la palpation de ces organes et de l'anus s'il est indiqué de le faire d'après les antécédents médicaux et l'examen général. Il convient de normaliser les examens physiques chez les adolescents et les adultes comme constituant un élément essentiel d'une démarche de maintien en bonne santé et d'expliquer aux clients la manière de procéder à l'auto-examen de leur appareil reproducteur.

L'examen général comprend les signes vitaux et l'aspect général, qui porte sur le poids du client, les signes d'anémie ou d'autres maladies et la santé de la peau, en particulier les lésions cutanées et les chéloïdes sur le pénis et autour, les testicules, le scrotum et le périnée. Avant de procéder à tout examen physique, le prestataire de soins de santé doit se laver les mains et s'assurer qu'elles sont chaudes, car les testicules peuvent réagir au froid en se rétractant.

#### Quand et comment effectuer un toucher rectal

Le toucher rectal de la prostate est indiqué lorsqu'un client se plaint des problèmes suivants :

- mictions (fréquence, urgence, gouttes retardataires ou vessie hyperactive)
- présence de sang dans les urines ou le sperme, douleurs osseuses/lombalgies et/ou dysfonction érectile éventuellement associée à une perte de poids et/ou une léthargie

Étapes d'exécution du toucher rectal :

1. Portez des gants.
2. Demandez au client de s'allonger sur le côté gauche, les genoux remontés à hauteur de poitrine.
3. Mettez l'index en position antérieure, en appuyant sur la ligne médiane de l'anus, et insérez le doigt dans l'anus.
4. Balayez le doigt dans le sens des aiguilles d'une montre et dans le sens inverse des aiguilles d'une montre et effectuez une évaluation systématique des masses et des fèces impactées.
5. La prostate se présente en position antérieure : vérifiez-en la taille, la surface lisse et la rainure médiane.
6. Vérifiez l'éventuelle présence de trace de sang sur le gant.



Le prestataire de soins de santé doit demander au client de tousser afin de déceler une hernie ou une tumeur. Pour les hernies, vérifiez la fragilité de la paroi abdominale entre le scrotum et les intestins. Pour les tumeurs, le prestataire doit rechercher la présence de grosseurs sur toute la surface du corps et au niveau des testicules.

Toutes préoccupations médicales et/ou anomalies décelées au cours des examens physiques et généraux et lors de l'anamnèse médicale doivent être documentées et, le cas échéant, les clients doivent être traités ou transférés vers des soins spécialisés.

#### Quand les prestataires de soins de santé devraient-ils envisager d'effectuer des tests de diagnostic ?

Les tests suivants peuvent être effectués en fonction des facteurs de risque individuels relevés au cours de la séance de conseil et d'après les antécédents du/de la client-e, les résultats de son examen physique et les ressources disponibles :

- Test de grossesse si la grossesse n'est pas confirmée
- Échographie diagnostique, si indiquée, pour confirmer la date de la grossesse ou l'emplacement de la grossesse
- Hémoglobine ou hémocrite en cas de suspicion d'anémie
- Test de dépistage des anticorps anti-Rhésus, en cas de disponibilité d'immunoglobuline Rh si le Rh est négatif
- Dépistage du VIH/ conseil en cas de VIH
- Dépistage des IST (habituellement effectué au cours de l'examen pelvien)
- Dépistage du cancer du col de l'utérus (effectué au cours de l'examen pelvien)
- Analyse de sperme pour une vasectomie sans scalpel
- Autres tests de laboratoire tels qu'indiqués par les antécédents médicaux (par exemple, tests de la fonction rénale ou hépatique)

Note : Des analyses en laboratoire de routine et une échographie ne constituent pas des prérequis à des soins d'avortement

## 5. Bibliographie

- [1] Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire. Ressources du Dispositif minimum d'urgence (DMU). Disponible à : <https://iawg.net/resources/minimum-initial-service-package-misp-resources>. Site consulté le 20 avril 2022.
- [2] Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire. Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire. Disponible à : <https://iawgfieldmanual.com/manual>. Site consulté le 20 avril 2022.
- [3] Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire. Inter-Agency Reproductive Health Kits 6th edition – Manual. Disponible à : <https://iawg.net/resources/inter-agency-reproductive-health-kits-6th-edition-manual>. Site consulté le 20 avril 2022.
- [4] Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire. Boîte à outils pour la santé sexuelle et reproductive des adolescent-e-s (SSRA) en situations de crise humanitaire : Édition de 2020. Disponible à : <https://iawg.net/resources/adolescent-sexual-and-reproductive-health-asrhtoolkit-for-humanitarian-settings-2020-edition/la-version-fran%C3%A7aise-de-la-la-bo%C3%A9te-%C3%A0-outils-pour-la-sant%C3%A9-sexuelle-et-reproductive-des-adolescent-e-s-ssra>. Site consulté le 20 avril 2022.
- [5] Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire. Minimum Initial Service Package (MISP) Process Evaluation Tools (Révisé 2022). Disponible à : <https://iawg.net/resources/minimum-initial-service-package-misp-process-evaluation-tools-revised-2022>. Site consulté le 9 juin 2022.
- [6] Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire. Reproductive Health Kits (RH Kits) Calculator. 2016. Disponible à : <https://iawg.net/resources/rh-kits-calculator>. Site consulté le 20 avril 2022.



- [7] Organisation internationale de normalisation. ISO and health. Genève: ISO; 2019. Disponible à : <https://www.iso.org/files/live/sites/isoorg/files/store/en/PUB100343.pdf>. Site consulté le 20 octobre 2021.
- [8] Sightsavers [site Internet]. Accessibility standards and audit pack. Disponible à : <https://www.sightsavers.org/disability/health/accessibility-standards/>. Site consulté le 20 octobre 2021.
- [9] Organisation mondiale de la Santé [site Internet]. World Health Organization Prequalification. Disponible à : <https://extranet.who.int/pqweb/>. Site consulté le 1 mars 2022.
- [10] Fédération internationale pour la planification familiale. Quality of Care Framework 2015. Londres: IPPF; 2016. Disponible à : [https://www.ippf.org/sites/default/files/2016-07/Quality\\_of\\_care\\_framework\\_2015.pdf](https://www.ippf.org/sites/default/files/2016-07/Quality_of_care_framework_2015.pdf). Site consulté le 20 avril 2022.
- [11] Washington Group on Disability Statistics. The Washington Group Short Set on Functioning (WG-SS). 19 mars 2020. Disponible à : [https://www.washingtongroup-disability.com/fileadmin/uploads/wg/Documents/Questions/Washington\\_Group\\_Questionnaire\\_\\_1\\_-\\_WG\\_Short\\_Set\\_on\\_Functioning.pdf](https://www.washingtongroup-disability.com/fileadmin/uploads/wg/Documents/Questions/Washington_Group_Questionnaire__1_-_WG_Short_Set_on_Functioning.pdf). Site consulté le 20 octobre 2021.

## 5.1 Ressources

### Gestion de la chaîne d'approvisionnement

PATH, Organisation mondiale de la Santé, UNFPA. Essential Medicines for Reproductive Health: Guiding Principles for Their Inclusion on National Medicines Lists. Seattle: PATH; 2006. <https://www.unfpa.org/publications/essential-medicines-reproductive-health>. Site consulté le 20 avril 2022.

Ipas. Guidance proposée par Ipas concernant les fournitures requises pour l'avortement médicamenteux. 2021. Disponible à : <https://www.ipas.org/resource/ma-fr/>. Site consulté le 20 avril 2022.

Ipas. Calculateur d'AMIU. 2020. Disponible à : <https://www.ipas.org/mva-calc-fr/>. Site consulté le 20 avril 2022.

### Prévention et contrôle des infections

Ipas. Traitement des aspirateurs Ipas AMIU Plus et des canules Ipas EasyGrip (tableau mural). 2019. Disponible à : <https://www.ipas.org/resource/traitement-des-aspirateurs-ipas-amiu-plus-et-des-canules-ipas-easygrip-tableau-mural/>. Site consulté le 20 avril 2022.

Organisation mondiale de la Santé. Infection Prevention and Control Guidance to Action Tools. Genève: OMS; 2021. Disponible à : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341107/9789289055437-eng.pdf>. Site consulté le 20 avril 2022.

Training Resource Package for Family Planning [site Internet]. Modules de formation. Disponible à : <https://www.fptraining.org/training>. Site consulté le 9 juin 2022.

Organisation mondiale de la Santé [site Internet]. Fiches d'information: Déchets liés aux soins de santé. Février 2018. Disponible à : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/health-care-waste>. Site consulté le 20 avril 2022.

Organisation mondiale de la Santé. Decontamination and reprocessing of medical devices for health-care facilities. OMS/PAHO; 2016. Disponible à : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250232/9789241549851-eng.pdf?sequence=1>. Site consulté le 20 avril 2022.

### Qualité des soins

USAID, Data for Impact [site Internet]. Family Planning and Reproductive Health Indicators Database. Disponible à : <https://www.data4impactproject.org/prh-family-planning-and-reproductive-health-indicators-database/>. Site consulté le 20 avril 2022.

USAID, Data for Impact [site Internet]. Family Planning. Disponible à : <https://www.data4impactproject.org/prh/family-planning/>. Site consulté le 20 avril 2022.

Kumar J. How Does Quality of Care Relate to a Rights-based Approach to Family Planning Programs? New York: Conseil de population; 2015. Disponible à : [https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2015RH\\_QOC-RightsBasedFP\\_wp1.pdf](https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2015RH_QOC-RightsBasedFP_wp1.pdf). Site consulté le 20 avril 2022.





## Annexes

### Annexe 1: Résumé des exigences relatives à l'établissement pour des soins complets de santé sexuelle et reproductive

Ce tableau complète la *Figure 1* et fournit un bref aperçu de chaque type de salle, y compris les exigences relatives à la superficie, aux installations générales, au matériel et aux fournitures.

Espace de service externe	Superficie*	Installations fixes et mobilier	Matériel	Fournitures
Réception, guichet d'enregistrement et salles d'attente	11 à 22 m <sup>2</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Salle d'attente spacieuse, bien ventilée et sous abri – 60% sous abri</li> <li>Chaises ou bancs pour au moins 10 personnes à la fois</li> <li>Bureau de réception avec chaise</li> <li>Armoire de rangement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Écran d'affichage et matériel pour supports audiovisuels d'IEC</li> <li>Présentoirs ou étagères pour matériels IEC</li> <li>Ordinateur</li> <li>Imprimante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Matériels d'enregistrement</li> <li>Eau potable</li> <li>Journaux et magazines</li> <li>Affiches et prospectus de matériels IEC</li> <li>Panneaux d'orientation</li> <li>Plan de l'établissement de santé</li> </ul>
Toilettes	6 à 8 m <sup>2</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mobilier de toilette</li> <li>Lavabo avec robinet</li> </ul>	S.O.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Savon</li> <li>Détergent</li> <li>Papier toilette</li> <li>Serviettes hygiéniques</li> <li>Seaux à déchets pour déchets généraux et médicaux</li> </ul>
Sanitaires	6 m <sup>2</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lavabo avec robinet</li> </ul>	S.O.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Savon</li> </ul>
Espace de services interne	Superficie*	Installations fixes et mobilier	Matériel	Fournitures
Salle de conseil/consultation	6 à 11 m <sup>2</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Petit bureau avec trois chaises</li> <li>Petite armoire de rangement ou placard</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Maquettes pour la contraception (par ex. utérus)</li> <li>Échantillons de contraceptifs</li> <li>Échantillon d'AMIU</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contraceptifs (préservatifs et pilules, y compris la contraception d'urgence)</li> <li>Affiches, tableaux à feuilles mobiles sur différents sujets liés à la santé sexuelle et reproductive</li> <li>Mouchoirs en papier</li> </ul>



Espace de services interne	Superficie*	Installations fixes et mobilier	Matériel	Fournitures
Salle d'examen et d'injection (Examens physiques et dépistages)	6 à 14 m <sup>2</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Petit bureau avec trois chaises</li> <li>Table d'examen</li> <li>Lavabo avec eau courante (lavage des mains)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tensiomètre</li> <li>Stéthoscope, thermomètre</li> <li>Lampe d'examen</li> <li>Instruments d'examen</li> <li>Tambour de stérilisation</li> <li>Chariot</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gants chirurgicaux jetables</li> <li>Coton hydrophile et compresse de gaze stériles</li> <li>Solution hydroalcoolique pour les mains</li> <li>Solutions antiseptiques</li> <li>Contraceptifs</li> <li>Comprimés d'avortement médicamenteux</li> <li>AINS</li> </ul>
Salle d'intervention pour les interventions mineures (LARC, AMIU, IVA, etc.)	11 à 19 m <sup>2</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Table d'intervention</li> <li>Tabouret pour prestataire de soins de santé</li> <li>Marchepied pour les clients</li> <li>Aide-mémoire affichés aux murs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lampe d'examen</li> <li>Deux chariots médicaux à instruments (un pour les instruments d'intervention, l'autre pour les tambours de stérilisation contenant les instruments stériles et le plateau d'urgence)</li> <li>1 à 3 tambours de stérilisation</li> <li>Ensemble AMIU et canule et matériel d'examen des produits de conception (voir <a href="#">Annexe 2</a>)</li> <li>Ensemble du matériel de pose et de retrait d'implant (voir <a href="#">Annexe 2</a>)</li> <li>Ensemble du matériel de pose et de retrait de DIU (voir <a href="#">Annexe 2</a>)</li> <li>Matériel d'urgence (voir <a href="#">Annexe 2</a>)</li> <li>Seaux et poubelles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gants chirurgicaux jetables</li> <li>Coton hydrophile et compresse de gaze stériles</li> <li>Solution hydroalcoolique pour les mains</li> <li>Solutions antiseptiques</li> <li>Médicaments d'urgence (voir <a href="#">Annexe 2</a>)</li> <li>Instruments stériles</li> </ul>
Salle de récupération (avortement médicamenteux, clientes d'AMIU)	11 à 28 m <sup>2</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Suffisamment de lits ou de fauteuils inclinables pour permettre un temps de récupération adéquat pour chaque cliente</li> <li>Paravents pour l'intimité</li> <li>Petite table et deux chaises</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tensiomètre</li> <li>Stéthoscope</li> <li>Thermomètre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Eau potable</li> <li>Matériels IEC</li> </ul>



Espace de services interne	Superficie*	Installations fixes et mobilier	Matériel	Fournitures
<b>Salles de travail et d'accouchement</b>	17 à 23 m <sup>2</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lit, table, tabouret pour le prestataire de soins de santé primaires, lampe d'examen, aide-mémoire affichés aux murs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Thermomètre</li> <li>Autoclave</li> <li>Instruments pour les signes vitaux</li> <li>Doppler</li> <li>Set d'accouchement (voir <a href="#">Annexe 2</a>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Eau potable</li> <li>Matériels IEC</li> <li>Compresseurs propres</li> <li>Serviette propre</li> <li>Voir la <a href="#">Annexe 2</a></li> </ul>
<b>Salle de récupération pour les clientes en travail et d'accouchement</b>	11 à 28 m <sup>2</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Suffisamment de lits ou de fauteuils inclinables pour permettre un temps de récupération adéquat pour chaque cliente</li> <li>Paravents pour l'intimité</li> <li>Petite table et deux chaises</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tensiomètre</li> <li>Stéthoscope</li> <li>Thermomètre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Eau potable</li> <li>Matériels IEC</li> </ul>
<b>Salle d'opération pour interventions légères (si nécessaire pour la ligature des trompes et/ou la vasectomie sans scalpel)</b>	17 à 23 m <sup>2</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Table d'opération</li> <li>Marchepied pour le prestataire de soins de santé</li> <li>Lampe d'examen</li> <li>Aide-mémoire affichés aux murs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tensiomètre</li> <li>Deux chariots pour instruments (identiques à ceux dans la salle d'intervention)</li> <li>1 à 2 tambours de stérilisation</li> <li>Matériel et instruments pour ligature des trompes et vasectomie sans scalpel (voir <a href="#">Annexe 2</a>)</li> <li>Matériel d'urgence (identique à celui dans la salle d'intervention)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Eau potable</li> <li>Matériels IEC</li> </ul>
<b>Salle de récupération (méthodes permanentes)</b>	11 à 28 m <sup>2</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Suffisamment de lits ou de fauteuils inclinables pour permettre un temps de récupération adéquat pour chaque client-e</li> <li>Paravents pour l'intimité</li> <li>Petite table et deux chaises</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tensiomètre</li> <li>Stéthoscope</li> <li>Thermomètre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Eau potable</li> <li>Matériels IEC</li> </ul>



Espace de services interne	Superficie*	Installations fixes et mobilier	Matériel	Fournitures
<b>Salle/zone de traitement des instruments</b>	6 à 11 m <sup>2</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deux tables</li> <li>• Deux armoires pour le stockage des instruments propres et stériles</li> <li>• Eau courante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoclave</li> <li>• Tambours de stérilisation</li> <li>• Seaux pour le nettoyage</li> <li>• Matériel de séchage des instruments et linge</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Détergent</li> <li>• Désinfectants (poudre/solution à l'eau de Javel)</li> <li>• Brosses à récurer</li> </ul>
<b>Local de rangement (bien ventilé)</b>	7 à 19 m <sup>2</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Étagères</li> <li>• Armoire avec verrou</li> </ul>	S.O.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fournitures médicales</li> <li>• Contraceptifs</li> <li>• Matériel de rechange</li> <li>• Fournitures non médicales</li> </ul>
<b>Toilettes des clients (facilement accessibles aux personnes en convalescence)</b>	6 à 8 m <sup>2</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobilier de toilette</li> <li>• Lavabo avec robinet</li> </ul>	S.O.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Savon</li> <li>• Détergents</li> <li>• Papier toilette</li> <li>• Serviettes hygiéniques</li> <li>• Seaux à déchets pour déchets généraux et médicaux</li> </ul>
<b>Couloirs</b>	2 à 7 m <sup>2</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Matériels IEC sur la santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction affichés aux murs</li> </ul>	S.O.	S.O.
<b>Salle réservée au personnel</b>	7 à 14 m <sup>2</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 à 6 chaises</li> <li>• Une petite table</li> <li>• Deux lits</li> <li>• Casier</li> </ul>	S.O.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocoles cliniques, lignes directrices sur la prestation de soins de santé et l'orientation</li> <li>• Manuels de formation et outils pédagogiques</li> </ul>
<b>Salle d'administration/ de soutien clinique</b>	9 à 14 m <sup>2</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bureau</li> <li>• Trois chaises</li> <li>• Une armoire de rangement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ordinateur et imprimante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocoles cliniques, lignes directrices sur la prestation de soins de santé et l'orientation</li> <li>• Manuels de formation et outils pédagogiques</li> </ul>

Abréviations : IEC : information, éducation et communication ; AMIU : aspiration manuelle intra-utérine ; AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens ; LARC : méthodes de contraception à action prolongée et réversible ; IVA : inspection visuelle à l'acide acétique.

\* 1 m<sup>2</sup> = 10,764 pieds carrés.



## Annexe 2: Médicaments, équipements et fournitures essentiels nécessaires à des soins de santé sexuelle et reproductive

### Soins complets d'avortement

Ces tableaux fournissent aux directeurs d'établissement et aux prestataires de soins formés en matière d'avortement une liste complète des médicaments, du matériel et des fournitures essentiels pour la prestation de soins d'avortement de qualité avant et après la treizième semaine de grossesse.

Dispositif	Matériel/fournitures/médicaments	Médicaments
<ul style="list-style-type: none"> <li>Espace privé pour le conseil (dans l'idéal, assurant l'intimité tant sur le plan visuel que sonore)</li> <li>Des sanitaires avec toilettes doivent être faciles d'accès pour toutes les clientes recevant des soins liés à l'avortement</li> <li>Postes de lavage des mains*</li> <li>Eau potable/gobelets</li> <li>Capacité de transport/de transfert d'urgence</li> <li>Salle d'intervention (AMIU seulement)</li> <li>Salle de récupération (AMIU seulement)</li> <li>Boîte réservée aux objets tranchants*</li> <li>Poubelles de couleur pour la séparation des déchets</li> <li>Tabouret pour la salle d'examen/d'intervention</li> <li>Armoires à pharmacie à verrou</li> <li>Capacité de transport/de transfert d'urgence</li> <li>Registre de prestation de services</li> <li>Formulaires de consentement pour les soins liés à l'avortement et la contraception</li> <li>Formulaire de transfert vers des services spécialisés</li> <li>Brochures, matériel éducatif (pour les clients adultes et plus jeunes)</li> <li>Aide-mémoire pour les soins complets en cas d'avortement : schéma posologique pour l'avortement médicamenteux, tableau mural pour le traitement des instruments*, conseils de fourniture d'avortement médicamenteux/AMIU, disque de l'avortement médicamenteux, etc.</li> <li>Aide-mémoire pour le conseil sur les méthodes contraceptives post avortement, tableau d'efficacité contraceptive, roue MEC, etc.</li> <li>Lignes directrices et protocole de prestation de services cliniques et protocoles et voies d'orientation vers des services spécialisés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Méthodes contraceptives disponibles, y compris DIU/SIU, implants</li> <li>Brassard de tensiomètre</li> <li>Thermomètre</li> <li>Stéthoscope</li> <li>Serviettes hygiéniques</li> <li>Désinfectants*</li> <li>Chariot d'instruments, plateau d'instruments, tambours/contenants pour le stockage de packs AMIU stérilisés en autoclaves*, haricots médicaux (grands et moyens), gallipot</li> <li>Table d'examen pelvien</li> <li>Lampe pour examen pelvien</li> <li>Couverture/champ pour recouvrir les jambes du/de la client-e</li> </ul> <p><b>Fournitures de laboratoire</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(En option) Échographie et ses accessoires</li> <li>(En option) Tests urinaires à <math>\beta</math>-hCG et pots à urine</li> <li>(En fonction du pays) Dépistage des anticorps anti-Rhésus et immunoglobuline anti-D</li> <li>Pas obligatoire pour les soins d'avortement, mais facultatif si d'autres tests de dépistage à titre préventif sont fournis : dépistage du cancer du col de l'utérus, dépistage des IST, dépistage du VIH, dépistage de l'anémie, vaccins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mifépristone, selon les disponibilités, ou combi-pack</li> <li>Misoprostol</li> <li>Antibiotiques (prophylaxie et traitement)</li> <li>Médicaments pour traiter les effets secondaires (par ex. anti-nausées)</li> <li>Analgésiques</li> <li>AINS</li> <li>Narcotiques/anxiolytiques et agents de réversion</li> </ul>

\* Les articles accompagnés d'un astérisque sont obligatoires pour la prévention des infections.



Matériel chirurgical	Prise en charge des complications	Traitement des instruments
<p><b>AMIU</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pince atraumatique ou pince de Museux</li> <li>• Pince à compresse/circulaire (Foerster)</li> <li>• Gaze</li> <li>• Bétadine (povidone-iodée) et gobelet*</li> <li>• Aspirateur Ipas AMIU Plus</li> <li>• Canules Ipas EasyGrip</li> <li>• Spéculums à auto-rétention de différentes tailles</li> <li>• Dilatateurs Denniston ou Pratt</li> <li>• Conteneur pour COP, lampe, cuvette transparente, tamis</li> <li>• Seau avec liquide de trempage*</li> <li>• Blocs paracervicaux et anesthésiques locaux</li> <li>• Seringue de 10–20 ml, aiguille de calibre 21–23 d'au moins 3 cm (1 po.), Lidocaïne 1 %</li> </ul> <p><b>D&amp;E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plateau d'instruments en acier inoxydable non perforé</li> <li>• Plateau d'instruments en acier inoxydable sans couvercle</li> <li>• Spéculum vaginal – Klopfer</li> <li>• Pince de Pozzi atraumatique coudée</li> <li>• Canules Ipas EasyGrip</li> <li>• Jeu de dilatateurs Pratt et Ipas Denniston</li> <li>• Pince à compresse</li> <li>• Forceps de Bierer taille 13 po., petit et grand, légèrement courbé</li> <li>• Forceps d'évacuation utérine de Sopher taille 11 po., petit et grand, légèrement courbé</li> <li>• Pince ovum de Sopher</li> <li>• PCB, anesthésique local, aiguille, seringue</li> <li>• Aspirateur Ipas AMIU Plus</li> <li>• Solution antiseptique</li> <li>• Sonde de Foley 60 cc</li> <li>• Curette d'aspiration Cheshire Medical droite, 14 mm</li> <li>• Fournitures nécessaires : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcool ou povidone iodée</li> <li>• Gants (stériles ou propres)</li> <li>• Deux seringues de 5 ml</li> <li>• Aiguille spinale 22G et porte-aiguilles</li> <li>• Digoxine 1,0–1,5 mg</li> </ul> </li> <li>• Gaze 4x4</li> <li>• Petit pansement ou pansement adhésif (facultatif)</li> </ul>	<p><b>Urgence</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Moniteur de glycémie avec bandelettes de test</li> <li>• Couverture</li> <li>• Instruments d'évaluation/signes vitaux tels que mentionnés dans la liste Évaluation clinique</li> <li>• Équipement de canules intraveineuses – un jeu de canules grand alésage (tailles 16 à 22), seringues, solution saline, sparadrap, pansement de fixation de canule, tourniquet, boîte pour objets pointus ou coupants</li> <li>• Bouteille d'oxygène de taille D/E avec masque sans réinspiration (avec réservoir d'oxygène) ou kit d'oxygène portable</li> <li>• Masque de poche</li> <li>• Oxymètre de pouls portable</li> <li>• Kits de perfusion intraveineuse</li> <li>• Seringues (2, 5, 10 ml)</li> <li>• Aiguilles – 21 G</li> <li>• Gants propres et stériles – plusieurs tailles*</li> <li>• Pack de compresses de gaze stériles</li> <li>• Sonde urinaire (Foley) et poche (sonde pour adulte)</li> <li>• Grands ciseaux</li> <li>• Bande de crêpe</li> <li>• Liquides pour voie intraveineuse : solution saline normale (0,9 %), solution lactate de Ringer</li> <li>• Eau stérile pour injection/rinçage I.V.</li> <li>• Solution injectable de glucose hypertonique, 25 %, 50 %</li> <li>• Adrénaline injectable, 1/1000</li> <li>• Atropine injectable, 1 mg/ml</li> <li>• Inhalateur de salbutamol</li> <li>• Chlorphéniramine injectable</li> <li>• Oxytocine injectable</li> <li>• Antibiotiques injectables (intraveineux et intramusculaires)</li> <li>• Anatoxine tétanique/Antitoxine tétanique injectable</li> <li>• Comprimés d'aspirine (81 mg)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Équipement-barrière de protection individuelle (pour le traitement des instruments : gants robustes, couvre-chaussures, protection du visage, blouse/tablier ; pour l'intervention/l'examen : gants propres et stériles, blouse/tablier, couvre-chaussures, lunettes)*</li> <li>• Pince stérile (en option)</li> <li>• 3 seaux (trempage, désinfection à haut niveau/stérilisateur, rinçage)*</li> <li>• Petite brosse*</li> <li>• Eau du robinet, eau stérile ou bouillie, détergent, désinfection à haut niveau (0,5 % de chlore) ou stérilisateur (glutaraldéhyde)*</li> <li>• En cas de désinfection à haut niveau à l'eau bouillante, grand pot métallique et source de chaleur</li> <li>• En cas de stérilisation à l'autoclave, papier ou linge, autoclave</li> <li>• Conteneurs avec couvercle pour y ranger les instruments*</li> </ul>

\* Les articles accompagnés d'un astérisque sont obligatoires pour la prévention des infections.

Abréviations : AMIU : aspiration manuelle intra-utérine ; AM : avortement médicamenteux ; MEC : critères de recevabilité médicale ; DIU : dispositif intra-utérin ; SIU : système intra-utérin ; IST : infection sexuellement transmissible ; PDC : produits de conception ; D&E : dilatation et évacuation ; I.V. : intraveineux-se ; IM : intramusculaire ; Désinfection à haut niveau.

Source : Adapté d'Ipas. Woman-Centered, Comprehensive Abortion Care Reference Manual. Chapel Hill, NC : Ipas ; 2013 ; Edelman A, Kapp N. Dilatation & Evacuation (D&E) Guide de référence : Interruption volontaire de grossesse et soins après avortement à partir de la treizième semaine de grossesse (« deuxième trimestre »). Chapel Hill, NC : Ipas ; 2018 ; Fédération internationale pour la planification familiale. Soins complets d'avortement : Lignes directrices et outils. Londres : IPPF ; 2021. Disponible à : <https://ippfmaforum.org/wp-content/uploads/2021/10/Soins-complet-davortement-Directives-print.pdf>. Site consulté le 22 avril 2022.

## Prévention du cancer du col de l'utérus, dépistage et traitement

Ce tableau fournit aux responsables d'établissement de santé et aux prestataires de soins formés en matière de soins de santé sexuelle et reproductive une liste complète des médicaments, du matériel et des fournitures essentiels pour la prévention du cancer du col de l'utérus, son dépistage et son traitement pour les centres de santé primaires.

Intervention	Catégorie de dispositifs médicaux	Matériel	Accessoires, matériel, logiciels, consommables, dispositifs à usage unique
Vaccin contre le HPV	Équipement de protection individuelle		<ul style="list-style-type: none"> <li>Gants, examen, non stériles, usage unique (plusieurs tailles)</li> </ul>
	Dispositifs à usage unique/consommables/ fournitures médicales		<ul style="list-style-type: none"> <li>Boîte de sécurité pour seringues/aiguilles usagées ; rouleau de ouate de 500 g ; seringues non stériles autobloquantes (diverses contenances)</li> </ul>
Examen et interventions gynécologiques†	Matériel médical	<ul style="list-style-type: none"> <li>Source lumineuse</li> <li>Table d'examen/ traitement gynécologique</li> </ul>	
	Instruments	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pince à tissu, longue</li> <li>Pince de Chéron</li> <li>Porte-aiguilles long</li> <li>Pince à biopsie du col</li> <li>Pince circulaire</li> <li>Rétracteurs de parois latérales vaginales</li> <li>Spéculum vaginal réutilisable</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Compresse, gaze, stérile et non stérile, à usage unique</li> <li>Récipient à échantillon</li> <li>Applicateur à embout absorbant/grand</li> <li>Abaisse-langue à usage unique (spatule en bois ou en plastique)</li> <li>Protecteur en papier de la table d'examen</li> </ul>
	Équipement et vêtements de protection individuelle	---	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gants, examen, non stériles, usage unique (plusieurs tailles)</li> </ul>
	Solutions et réactifs	---	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formol 10 % ou réactifs de fixation tissulaire tamponnés au phosphate</li> <li>Gel lubrifiant</li> <li>Pâte de Monsel</li> <li>Solution saline</li> <li>Iode de Lugol, solution pour bouteille/ acide acétique 3–5 %</li> <li>Solution de chlore à 0,5 % pour la décontamination des instruments</li> </ul>
	Autre	---	<ul style="list-style-type: none"> <li>Récipient à eau tiède</li> <li>Sac pour fournitures jetables contaminées</li> </ul>

† Il convient d'envisager de se munir des dispositifs énumérés dans cette procédure en plus du matériel qui figure dans la liste pour les interventions suivantes : colposcopie, cryothérapie, inspection visuelle avec l'acide acétique, curetage endocervical et frottis de Papanicolaou.



Intervention	Catégorie de dispositifs médicaux	Matériel	Accessoires, matériel, logiciels, consommables, dispositifs à usage unique
<b>Colposcopie</b>	Matériel médical	Colposcope	---
<b>Cryothérapie</b>	Matériel médical	<ul style="list-style-type: none"><li>Unité de cryochirurgie avec toutes les pièces et accessoires répertoriés</li><li>Colposcope</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Sonde, gâchette, poignée, culasse, entrée de la bouteille de gaz, bouton de serrage, manomètre indiquant la pression de la bouteille, sortie du silencieux, extrémité de la sonde du tube de transport de gaz</li></ul>
<b>Test de Papanicolaou (frottis de Pap)</b>	Instruments	Spéculum vaginal réutilisable	<ul style="list-style-type: none"><li>Anesthésique local, seringues</li></ul>
	Équipement et vêtements de protection individuelle	---	<ul style="list-style-type: none"><li>Gants, examen, non stériles, usage unique (plusieurs tailles)</li></ul>
	Dispositifs à usage unique/consommables/fournitures médicales	---	<ul style="list-style-type: none"><li>Lames de microscope en verre dépoli ou récipient à base de liquide (tube contenant une solution de conservation spéciale)</li><li>Abaisse-langue à usage unique (spatule en bois ou en plastique)</li><li>Brosse de cytologie cervicale ou écouvillon de cytologie cervicale (en option)</li><li>Protecteur en papier de la table d'examen</li></ul>
	Solutions et réactifs	---	<ul style="list-style-type: none"><li>Solution de chlore à 0,5 % pour la décontamination des instruments</li><li>Vaporisateur fixateur ou solution pour frottis de Pap (si des lames sont utilisées)</li></ul>
	Autre	---	<ul style="list-style-type: none"><li>Récipient à eau tiède</li><li>Sac pour les fournitures jetables contaminées</li></ul>





Intervention	Catégorie de dispositifs médicaux	Matériel	Accessoires, matériel, logiciels, consommables, dispositifs à usage unique
Inspection visuelle avec l'acide acétique(IVA)	Instruments	Spéculum vaginal réutilisable	---
	Dispositifs à usage unique/consommables/fournitures médicales	---	<ul style="list-style-type: none"><li>• Protecteur en papier de la table d'examen</li><li>• Applicateur à embout absorbant/grand</li></ul>
	Équipement et vêtements de protection individuelle	---	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gants, examen, non stériles, usage unique (plusieurs tailles)</li></ul>
	Solutions et réactifs	---	<ul style="list-style-type: none"><li>• Iode de Lugol, solution pour bouteille/ acide acétique 3–5 %</li><li>• Solution de chlore à 0,5 % pour la décontamination des instruments</li></ul>
	Autre	---	<ul style="list-style-type: none"><li>• Récipient à eau tiède</li><li>• Sac pour les fournitures jetables contaminées</li></ul>

Source: Adapté de l'Organisation mondiale de la Santé. WHO list of priority medical devices for cancer management. Genève: OMS; 2017.  
Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible à: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255262>. Site consulté le 10 septembre 2021.



## Prise en charge clinique des victimes de viol

Ce tableau renseigne les responsables d'établissement de santé et de programme et les prestataires de soins formés sur les infrastructures importantes nécessaires à la mise en route de soins de santé sûrs et de qualité pour les survivant.e.s de viol dans les centres de santé primaires et tertiaires.

Aménagement/meubles	Fournitures
<ul style="list-style-type: none"><li>• Salle de consultation propre, à l'écart des bruits, accessible aux enfants avec accès direct à des toilettes ou des latrines, et avec une porte, un rideau ou une cloison pour garantir l'intimité visuelle</li><li>• Table d'examen</li><li>• Éclairage, de préférence fixe (une torche pourrait effrayer des enfants)</li><li>• Miroir grossissant (ou colposcope). Accès à un autoclave pour stériliser le matériel</li><li>• Accès aux équipements de laboratoire/microscope avec un technicien formé</li><li>• Balance et toise pour enfants</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Spécimens disponibles** (tailles adultes uniquement)</li><li>• Mètre à ruban pour mesurer la taille des ecchymoses, lacérations, etc.**</li><li>• Seringues/aiguilles** (type papillon pour les enfants) et éprouvettes pour les prises de sang</li><li>• Fournitures de précautions universelles (gants, boîte pour l'élimination en toute sécurité des matériaux contaminés et tranchants, savon)**</li><li>• Équipement de réanimation**</li><li>• Instruments médicaux stériles (trousse) pour le traitement des déchirures et matériel de suture**</li><li>• Abaisse-langue (pour l'inspection du frein buccal et des blessures)</li><li>• De quoi couvrir la victime pendant l'examen (blouse, toile, drap)**</li><li>• Des vêtements de rechange pour remplacer ceux déchirés ou conservés à titre de preuve</li><li>• Fournitures sanitaires (serviettes jetables ou en tissu)**</li><li>• Tests de grossesse</li><li>• Disque de grossesse pour déterminer l'âge gestationnel</li><li>• Fournitures supplémentaires qui peuvent être nécessaires pour la collecte de preuves médico-légales/ documentation :<ul style="list-style-type: none"><li>• Peigne pour le prélèvement de corps étrangers dans les poils pubiens</li><li>• Coton-tiges/applicateurs/compresses à gaze pour prélever des échantillons</li><li>• Lames en verre pour préparer les lamelles sèches et/ou humides (pour le sperme)</li><li>• Conteneurs de laboratoire pour le transport d'écouvillons, feuille de papier pour collecter les débris lorsque la victime se déshabille</li><li>• Sacs en papier pour la collecte des preuves</li><li>• Sparadrap pour fermer et étiqueter les récipients/sacs</li></ul></li></ul>

\*\* Les éléments identifiés par un astérisque représentent les besoins minimum pour l'examen et le traitement des survivant.e.s de viol.



Médicaments à doses adaptées à l'âge	Fournitures administratives
<ul style="list-style-type: none"><li>• Pour le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST) selon le protocole du pays<sup>††</sup></li><li>• Pour la prophylaxie post-exposition (PPE) à la transmission du VIH<sup>††</sup></li><li>• Pilules contraceptives d'urgence<sup>††</sup> et/ou dispositif intra-utérin (DIU)</li><li>• Immunoglobuline antitétanique<sup>††</sup></li><li>• Vaccin contre l'hépatite B<sup>††</sup></li><li>• Analgésiques*<sup>††</sup> (par exemple, du paracétamol)</li><li>• Anxiolytiques (par exemple, du diazépam)</li><li>• Sédatifs pour enfants (par exemple, du diazépam)</li><li>• Anesthésique local pour les sutures<sup>††</sup></li><li>• Antibiotiques pour le traitement des plaies<sup>††</sup></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Antécédents médicaux disponibles et formulaire d'examen, y compris carte sanitaire avec pictogrammes<sup>††</sup></li><li>• Certificat médical/formulaires médico-légaux</li><li>• Répertoire pour les orientations vers des services spécialisés</li><li>• Aide-mémoire dans la langue du prestataire (par exemple, algorithme de soins/traitement, organigramme d'orientation)</li><li>• Formulaires de consentement<sup>††</sup></li><li>• Brochures d'information sur l'assistance post-viol (pour la victime)</li><li>• Armoire sécurisée et fermée à clé pour y conserver les documents confidentiels ou ordinateur protégé par mot de passe pour les fichiers électroniques<sup>††</sup></li></ul>

<sup>††</sup> Les éléments identifiés par un astérisque représentent les besoins minimum pour l'examen et le traitement des survivant.e.s de viol.

Source : Organisation mondiale de la Santé. Gestion clinique des victimes de viol. Développement de protocoles à adopter avec les réfugiés et les personnes déplacées dans leur propre pays. Genève : OMS ; 2020. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible à : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331535>. Site consulté le 9 juin 2022.



## Contraceptifs

Ces tableaux dressent la liste des médicaments, du matériel et des informations essentiels à donner en vue de l'aménagement de l'établissement de santé pour la dispense de méthodes à courte durée d'action, de méthodes réversibles à longue durée d'action et de méthodes de stérilisation.

### 1. Méthodes à courte durée d'action

Mobilier, matériel et fournitures de base	Produits	Fournitures
<ul style="list-style-type: none"><li>• Lit d'examen</li><li>• Marchepied</li><li>• Tensiomètre</li><li>• Stéthoscope</li><li>• Balance</li><li>• Chaises</li><li>• Table</li><li>• Armoire</li><li>• Poubelles</li></ul> <p><b>Articles administratifs</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Registre</li><li>• Matériels d'information, d'éducation et de communication</li><li>• Aide-mémoire</li><li>• Formulaires de consentement</li><li>• Protocoles cliniques/procédures opérationnelles permanentes</li><li>• Formulaire de renseignements sur le-la client-e</li><li>• Tableau de traitement des instruments</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Préservatifs masculins</li><li>• Préservatifs féminins</li><li>• Contraception d'urgence</li><li>• Pilules contraceptives par voie orale (COC, COP)</li><li>• Fioles AMPR (CIPS)</li><li>• CIPS AMPR (EN-NET)</li><li>• Contraceptifs injectables combinés (CIC)</li></ul>	<p>Pour AMPR</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Coton</li><li>• Seringue</li><li>• Fioles AMPR contenant une suspension aqueuse stérile : 150 mg par ml</li><li>• Aiguilles de calibre 22 x 1,5 po. (4 cm) de long ou aiguilles SafetyGlide™ de 3,5 cm de long</li><li>• Seringue de 5 ml</li></ul>



## 2. Implant

Mobilier et matériel de base	Matériel (Chiffre entre parenthèses = quantité)	Fournitures
<ul style="list-style-type: none"> <li>Lit d'examen</li> <li>Marchepied</li> <li>Tensiomètre</li> <li>Stéthoscope</li> <li>Balance</li> <li>Chaises</li> <li>Table</li> <li>Armoire</li> <li>Poubelles</li> </ul> <p><b>Articles administratifs</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Registre</li> <li>Matériels d'information, d'éducation et de communication</li> <li>Aide-mémoire</li> <li>Formulaires de consentement</li> <li>Protocoles cliniques/procédures opérationnelles permanentes</li> <li>Formulaire de renseignements sur le-la client-e</li> <li>Tableau de traitement des instruments</li> </ul>	<p><b>Pose</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) Tasse/bol/gallipot</li> <li>En option : (1) Pinces à compresse, droite, 5,5 po. (14 cm) pour le nettoyage</li> </ul> <p><b>Retrait</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) Tasse/bol/gallipot</li> <li>(1) Scalpel avec poignée correspondante ou scalpel jetable avec poignée</li> <li>(1) Pince Mosquito droite de 5 po. (12,7 cm)</li> <li>(1) Pince Mosquito courbe de 5 po. (12,7 cm)</li> </ul> <p><b>Instruments supplémentaires en cas de retrait difficile de l'implant :</b> Dans le cas d'implants insérés profondément et d'implants non palpables à l'aide d'une technique en U modifiée</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) Haricot médical</li> <li>(1) Pince à artère standard de 5,5 po. (14 cm)</li> <li>(1) Vasectomie modifiée, pince droite contondant</li> <li>de 12,5 cm (appelée aussi « pince en U », pince à anneau VSS ou « Norgrasp » de 2,2 mm de diamètre)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Solution hydroalcoolique pour les mains ET savon et ou savon antiseptique et eau (pour l'hygiène des mains)</li> <li>Petite serviette (pour le séchage des mains en cas d'utilisation de savon et d'eau)</li> <li>Gants stériles (sans poudre)</li> <li>Gants d'examen uniquement requis pour les implants Nexplanon et Implanon</li> <li>Povidone iodée (préférée comme antiseptique)</li> <li>Compresses stériles</li> <li>Anesthésique local tels que la lidocaïne (sans épinéphrine, 1 % ou 2 %)</li> <li>Eau distillée pour diluer la lidocaïne (en cas d'utilisation de lidocaïne à 2 %)</li> <li>Seringue de 5 ml avec aiguille de 1,5 po. (4 cm) et de calibre 21</li> <li>Lame de scalpel n° 11 avec poignée ou scalpel jetable n° 11 avec poignée</li> <li>Sparadrap</li> <li>Bandage compressif de bras (pour appliquer une pression sur l'incision)</li> <li>Petit champ stérile (pour reposer le bras de la cliente dessus) (60 cm x 60 cm)</li> <li>Champ stérile fenestré (60 cm x 60 cm)</li> <li>Matériel d'emballage des instruments (champs ou tissu jetable)</li> <li>Boîte de sécurité</li> </ul>

Source : EngenderHealth. Basic furniture, equipment, instruments, and expendable supplies needed to provide long-acting reversible and permanent methods of contraception. 2017. Disponible à : [https://toolkits.knowledgesuccess.org/sites/default/files/larc-pm\\_equipment\\_instruments\\_and\\_supplies\\_list\\_-\\_12212017.pdf](https://toolkits.knowledgesuccess.org/sites/default/files/larc-pm_equipment_instruments_and_supplies_list_-_12212017.pdf). Site consulté le 21 avril 2022.



## 3. Dispositif intra-utérin

Mobilier et matériel de base	Matériel (Chiffre entre parenthèses = quantité)	Fournitures
<ul style="list-style-type: none"> <li>Lit d'examen (de gynécologie avec étriers et housse imperméable)</li> <li>Marchepied</li> <li>Éclairage</li> <li>Table auxiliaire</li> <li>Chaises</li> <li>Table</li> <li>Armoire</li> <li>Poubelles</li> </ul> <p><b>Articles administratifs</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Registre</li> <li>Matériels d'information, d'éducation et de communication</li> <li>Aide-mémoire</li> <li>Formulaires de consentement</li> <li>Protocoles cliniques/procédures opérationnelles permanentes</li> <li>Formulaire de renseignements sur le-la client-e</li> <li>Tableau de traitement des instruments</li> </ul>	<p><b>Insertion pendant l'intervalle</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) Tasse/bol/gallipot</li> <li>(1) Pince utérine Schroeder-Braun, 9,75 po. (24,8 cm)</li> <li>(1) Hystéromètre Sims, 13 po. (33 cm)</li> <li>(1) Ciseaux, suture, Mayo-Clinic OU Littauer, incurvés, 6,75 po. (17,1 cm)</li> <li>(1) Spéculum (Graves ou tout spéculum à autorétention), vaginal, Graves, moyen (1,38 po. [3,5 cm] x 4 po. [10,2 cm])</li> </ul> <p><b>Insertion post-partum</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) Pincettes annelées de 9,5 po. (24,1 cm)</li> <li>(1) Pince de Kelly placenta de 12 po. (30 cm)</li> <li>(1) Spéculum (Graves ou tout spéculum à autorétention) de Sims ou tout spéculum vaginal</li> </ul> <p><b>Retrait</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) Tasse/bol/gallipot</li> <li>(1) Pince à compresse, Foerster, droite de 9,5 po. (24,1 cm)</li> <li>(1) Spéculum vaginal de Graves, moyen (1,38 po. [3,5 cm] x 4 po. [10,2 cm])</li> <li>(1) Pince à pansement de Bozeman droite, 10,5 po. (26,7 cm)</li> <li>(1) Pince de retrait de DIU à mâchoire crocodile, 8 po.</li> <li>(1) Récupérateur de fil de DIU</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tasse/bol/gallipot</li> <li>Le DIU (TCu 380A ou Multiload ou LNG-IUS)</li> <li>Solution hydroalcoolique pour les mains ET savon et eau ou savon antiseptique et eau (pour l'hygiène des mains)</li> <li>Petite serviette (pour le séchage des mains en cas d'utilisation de savon et d'eau)</li> <li>Gants d'examen</li> <li>Povidone iodée (préférée comme antiseptique)</li> <li>Compresse stériles</li> <li>Champs (pour recouvrir les cuisses de la cliente, la zone pubienne et à placer sous ses fesses)</li> <li>Champs (pour emballer les instruments)</li> <li>Serviette hygiénique</li> </ul>

Source : EngenderHealth. Basic furniture, equipment, instruments, and expendable supplies needed to provide long-acting reversible and permanent methods of contraception. 2017. Disponible à : [https://toolkits.knowledgesuccess.org/sites/default/files/larc-pm\\_equipment\\_instruments\\_and\\_supplies\\_list\\_-\\_12212017.pdf](https://toolkits.knowledgesuccess.org/sites/default/files/larc-pm_equipment_instruments_and_supplies_list_-_12212017.pdf). Site consulté le 21 avril 2022.



## 4. Ligature des trompes (stérilisation féminine)

Matériel et fournitures de base	Instruments (Chiffre entre parenthèses = quantité)	Fournitures
<p><b>Salle de pré-intervention</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lit d'examen</li> <li>• Éclairage</li> <li>• Table auxiliaire</li> <li>• Tensiomètre</li> <li>• Stéthoscope</li> <li>• Balance</li> <li>• Thermomètre</li> <li>• Table et chaises</li> <li>• Armoire</li> <li>• Poubelles</li> <li>• Zone d'intervention/ bloc opératoire</li> <li>• Table d'opération (inclinable)</li> <li>• Marchepied</li> <li>• Éclairage (lampe de bloc opératoire)</li> <li>• Table auxiliaire (anesthésie)</li> <li>• Chariots d'instruments</li> <li>• Tensiomètre</li> <li>• Stéthoscope</li> <li>• Plateau d'urgence</li> <li>• Potence pour intraveineuse</li> <li>• Poubelle</li> </ul> <p><b>Articles administratifs</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Registre</li> <li>• Matériels d'information, d'éducation et de communication</li> <li>• Aide-mémoire</li> <li>• Formulaires de consentement</li> <li>• Protocoles cliniques/ procédures opérationnelles permanentes</li> <li>• Formulaire de renseignements sur le-la client-e</li> <li>• Tableau de traitement des instruments</li> </ul>	<p><b>Instruments abdominaux</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (1) Tasse/bol/gallipot</li> <li>• (1) Pince à compresse, Foerster, droite de 9,5 po. (24,1 cm)</li> <li>• (1) Pince à pansement de type standard, 5 po. (12,7 cm)</li> <li>• (1) Pince tissulaire, motif délicat, 5,5 po. (14 cm)</li> <li>• (2) Pince hémostatique Kelly droite de 5,5 po. (14 cm)</li> <li>• (2) Pince intestinale Allis, délicate, (5x6 dents) 6 po. (15,2 cm)</li> <li>• (2) Pince intestinale Babcock, 5,5 po. (14 cm)</li> <li>• (1) Porte-aiguilles, Mayo Hegar, 7 po. (17,8 cm)</li> <li>• (2) Rétracteur Richardson-Eastman, petit ou (1 jeu à 2 pièces) Rétracteur Army-Navy, à double extrémité</li> <li>• (1) Ciseaux, amygdale, Metzenbaum, 7 po. (17,8 cm)</li> <li>• (1) Ciseaux chirurgicaux, Mayo, incurvés, 6,75 po. (17,1 cm)</li> <li>• (1) Scalpel, poignée, #3, gradué en cm</li> <li>• (1) Crochet tubulaire Ramathibodi</li> </ul> <p><b>Instruments vaginaux</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (1) Tasse/bol/gallipot</li> <li>• (1) Pince à compresse Foerster droite de 9,5 po. (24,1 cm)</li> <li>• (1) Spéculum vaginal de Graves, moyen (1,38 po. [3,5 cm] x 4 po. [10,2 cm]) ou (1) Rétracteur vaginal Jackson (lame profonde) 1,5 po. (3,8 cm) x 3 po. (7,6 cm)</li> <li>• (1) Pince utérine Schroeder-Braun, 9,75 po. (24,8 cm)</li> <li>• (1) Élévateur utérin Ramathibodi</li> </ul> <p><b>Matériel et fournitures d'urgence<sup>1</sup></b></p>	<p><b>Fournitures analgésiques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anesthésique local tels que la lidocaïne (sans épinéphrine, 1 % ou 2 %)</li> <li>• Eau distillée pour diluer la lidocaïne (en cas d'utilisation de lidocaïne à 2 %)</li> <li>• Seringue de 10–20 ml avec aiguille de 1,5 po. (4 cm) et de calibre 21</li> <li>• Médicaments analgésiques</li> <li>• Sédatifs tels que le diazépam ou le midazolam ou la prométhazine</li> <li>• Analgésiques tels que le diclofénac ou l'ibuprofène</li> <li>• Analgésiques narcotiques tels que le fentanyl ou la pentazocine ou la mépéridine (péthidine) ou la nalbuphine</li> </ul> <p><b>Fournitures pour intervention chirurgicale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lame de scalpel</li> <li>• Suture absorbable (sur une aiguille non traumatique)</li> </ul> <p><b>Fournitures de prévention des infections</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Savon et eau et solution hydroalcoolique pour les mains OU savon antiseptique et eau</li> <li>• Petite serviette stérile</li> <li>• Gants stériles</li> <li>• Iode</li> <li>• Compresses stériles</li> <li>• Sparadrap chirurgical</li> <li>• Champs chirurgicaux stériles (4 champs ou un champ fenestré pour recouvrir la cliente)</li> <li>• Blouses stériles pour le chirurgien et son assistant</li> <li>• Coiffe et masque</li> <li>• Blouse de la cliente</li> <li>• Champ pour recouvrir la table coussinée chirurgicale</li> <li>• Champs (pour emballer les instruments)</li> <li>• Boîte de sécurité</li> </ul>

<sup>1</sup> Pour une liste des fournitures et du matériel d'urgence pour la ligature des trompes, voir le tableau sur la ligature des trompes.



## 5. Vasectomie sans scalpel (stérilisation masculine)

Mobilier et matériel de base	Instruments (Chiffre entre parenthèses = quantité)	Fournitures
<ul style="list-style-type: none"><li>• Lit d'examen</li><li>• Table auxiliaire</li><li>• Tensiomètre</li><li>• Stéthoscope</li><li>• Thermomètre</li><li>• Balance</li><li>• Marchepied</li><li>• Éclairage</li><li>• Chaises</li><li>• Table</li><li>• Stockage et utilisation</li><li>• Poubelle</li><li>• Plateau d'urgence</li><li>• Potence pour intraveineuse</li></ul> <p><b>Articles administratifs</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Registre</li><li>• Matériels d'information, d'éducation et de communication</li><li>• Aide-mémoire</li><li>• Formulaires de consentement</li><li>• Protocoles cliniques/procédures opérationnelles permanentes</li><li>• Formulaire de renseignements sur le-la client-e</li><li>• Tableau de traitement des instruments</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• (1) Tasse/bol/gallipot</li><li>• (1) Pince à compresse, droite, de 5,5 po. (14 cm)</li><li>• (1) Ciseaux de suture droits MayoClinic OU Littauer, 5,5 po. (14 cm)</li><li>• (1) Pince à anneau VSS (pince), 4 mm</li><li>• (1) Pince de dissection VSS</li></ul> <p><b>Matériel et fournitures d'urgence<sup>1</sup></b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Savon ordinaire (ou savon antiseptique)</li><li>• Essuie-mains stériles</li><li>• Eau courante</li><li>• Solution hydroalcoolique pour les mains</li><li>• Solution antiseptique (iode)</li><li>• Gants d'examen</li><li>• Gants stériles</li><li>• Gaze stérile</li><li>• Champs chirurgicaux stériles</li><li>• Un champ fenestré</li><li>• Blouse de chirurgien stérile</li><li>• Coiffe</li><li>• Masque</li><li>• Bottes</li><li>• Blouse de la cliente</li><li>• Catgut chromique ou soie ou coton non absorbable</li><li>• Solution de lidocaïne (à 2 %)</li><li>• Seringue de 5 ml ou 10 ml avec aiguille (21 G)</li><li>• Sac poubelle</li><li>• Boîte de sécurité</li><li>• Analgésiques</li><li>• Sparadrap</li><li>• Médicaments d'urgence de base</li></ul>

<sup>1</sup> Pour une liste du matériel, des médicaments et des fournitures d'urgence pour une vasectomie, voir le [tableau sur la vasectomie](#).

Source: EngenderHealth. Basic furniture, equipment, instruments, and expendable supplies needed to provide long-acting reversible and permanent methods of contraception. 2017. Disponible à : [https://toolkits.knowledgesuccess.org/sites/default/files/larc-pm\\_equipment\\_instruments\\_and\\_supplies\\_list\\_-\\_12212017.pdf](https://toolkits.knowledgesuccess.org/sites/default/files/larc-pm_equipment_instruments_and_supplies_list_-_12212017.pdf). Site consulté le 21 avril 2022.





## Liste du matériel, des médicaments et des fournitures pour un accouchement sécurisé pour les SONUB et les SONUC

### A. Soins de santé primaire – Niveau SONUB

Fournitures et matériels d'ordre général	Fournitures dans la salle d'accouchement	Médicaments/injections/perfusions
<ul style="list-style-type: none"><li>Alimentation électrique</li><li>Eau propre</li><li>Savon et solution hydroalcoolique pour les mains</li><li>Désinfectant</li><li>Autoclave</li><li>Gants propres</li><li>Stéthoscope</li><li>Thermomètre</li><li>Tensiomètre</li><li>Partographe</li><li>Fœtoscope/Doppler</li><li>Formulaires de consentement et d'orientation</li><li>Aide-mémoire</li><li>Matériels d'information, d'éducation et de communication</li><li>Procédures opérationnelles permanentes/protocoles cliniques</li><li>Boîte de sécurité</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Appareil d'aspiration</li><li>Aspirateur de mucosités</li><li>Ballon et masque néonataux</li><li>Bouteille/concentrateur d'oxygène</li><li>Balance pour bébé</li><li>Aiguille/seringue</li><li>Bandelettes pour tester l'urine</li><li>Ciseaux à lames stérilisées</li><li>Attache/pince de cordon ombilical</li><li>Serviettes hygiéniques propres pour la mère</li><li>Serviette propre</li><li>Ventouse obstétricale, Bird, manuelle, ensemble complet</li><li>Dispositif intra-utérin</li><li>Set d'accouchement : sacs en plastique, draps, serviettes, gants stériles, ciseaux, pinces à cordon ombilical x2, EPI (masque et blouse personnelle)</li><li>Kit de réparation du périnée</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Poche pour solutions intraveineuses</li><li>Ocytocine injectable</li><li>Sulfate de magnésium injectable</li><li>Antibiotiques pour la mère</li><li>Antibiotiques pour le nourrisson</li><li>Antihypertenseurs</li><li>Misoprostol pour les soins post-avortement</li></ul>

Source : Adapté de l'Organisation mondiale de la Santé. WHO safe childbirth checklist implementation guide: improving the quality of facility-based delivery for mothers and newborns. Genève: OMS; 2015. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible à : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/199177>. Consulté le 10 septembre 2021. Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire. Inter-Agency Reproductive Health Kits 6th edition – Manual. Disponible à : <https://iawg.net/resources/inter-agency-reproductive-health-kits-6th-edition-manual>. Site consulté le 1 octobre 2021.

### B. SONUC en établissement de santé tertiaire/hôpital pratiquant les accouchements par césarienne et les transfusions sanguines

Nécessite toutes les fournitures et médicaments essentiels mentionnés plus haut et les suivants :

- Kit de transfusion sanguine
- Kit d'accouchement par césarienne
- Ensemble pour embryotomie



## Infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH

Ces tableaux fournissent aux responsables d'établissement de santé et aux prestataires de soins formés une liste complète des médicaments, du matériel et des fournitures essentiels pour le dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST), ainsi que la prise en charge syndromique et prophylactique de la prestation de soins de santé des IST/du VIH dans des centres de santé primaires.

Matériel : Clinique ambulatoire	Matériel : Pharmacie	Matériel et essais : Laboratoire	Directives et matériels IEC
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lits d'examen</li> <li>• Chaises pour les patients</li> <li>• Tables pour les médecins</li> <li>• Appareil de radiographie</li> <li>• Balance/pèse-personne</li> <li>• Toise</li> <li>• Mètre ruban pour mesurer la circonférence de la tête</li> <li>• Thermomètre</li> <li>• Stéthoscope</li> <li>• Torche</li> <li>• Ciseaux à usage médical</li> <li>• Ensemble de matériel otorhinolaryngologique</li> <li>• Ophtalmoscope</li> <li>• Marteau-réflexe</li> <li>• Armoire de rangement des dossiers médicaux</li> <li>• Formulaire/dossiers de demande de test spécialisé</li> <li>• Ballon Ambu de réanimation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plateaux de comptage de pilules</li> <li>• Armoire verrouillable</li> <li>• Plateaux de distribution</li> <li>• Conteneurs, enveloppes, sacs de distribution</li> <li>• Réfrigérateur et tableau de températures</li> <li>• Climatisation/et ou ventilateurs</li> <li>• Blouses blanches</li> <li>• Gants, masques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chaise de phlébotomie</li> <li>• Toilettes dédiées à la collecte des selles et des urines</li> <li>• Espace pour la sélection des crachats</li> <li>• Test rapide d'anticorps anti-VIH</li> <li>• Numération globulaire complète</li> <li>• Test de la fonction hépatique</li> <li>• Sérologie des hépatites B et C</li> <li>• Fonction rénale et électrolytes</li> <li>• Examen microscopique des frottis d'expectoration</li> <li>• Test de grossesse</li> <li>• Taux de CD4</li> <li>• Tests d'IST (syphilis, infection urétrales, cervicale et vaginale)</li> <li>• Kit PPE pour le personnel et les clientes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directives nationales du ministère de la Santé en matière de soins et de traitement du VIH</li> <li>• POP, organigrammes des patients et aide-mémoire pour la prise en charge du VIH, le conseil en matière d'observance et la procréation médicalement assistée disponible pour les adultes et les clientes pédiatriques</li> <li>• Les dossiers pédiatriques comprennent des graphiques de suivi de la croissance</li> <li>• Disponibilité de tableaux de posologie pour les patientes pédiatriques (médicaments IO et médicaments de procréation médicalement assistée)</li> <li>• POP de lutte contre les infections</li> <li>• Dossiers pharmacologiques quotidiens et mensuels et modèles de rapport de stock</li> <li>• Manuel de procédure pour le prélèvement d'échantillons en toute sécurité (sang, expectorations, écouvillon vaginal et urétral, liquides organiques, urine et selles) disponible dans la zone de réception des échantillons</li> <li>• Matériels d'IEC sur les IST/VIH pour tous les groupes d'âge, sexes, etc.</li> <li>• Supports de conseil</li> </ul>



Médicaments généraux et médicaments IO	Distribution de fournitures pharmaceutiques (médicaments ARV et IO)	Médicaments d'urgence
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acyclovir 200 mg</li> <li>• Ceftriaxone 1 g</li> <li>• Azithromycine 500 mg</li> <li>• Doxycycline 100 mg</li> <li>• Céphalexine 500 mg</li> <li>• Amoxicilline 250, 500 mg</li> <li>• Pénicilline, benzathine 2.4. UM</li> <li>• Sirop de co-trimoxazole</li> <li>• Comprimés de co-trimoxazole de 480 mg et 960 mg</li> <li>• Ciprofloxacine 500 mg</li> <li>• Dapsone 100 mg</li> <li>• Métronidazole 250 mg</li> <li>• Érythromycine 500 mg</li> <li>• Comprimés d'itraconazole 200 mg</li> <li>• Mebendazole 100 mg</li> <li>• Comprimés de fluconazole 150 mg</li> <li>• Sirop de fluconazole 2 mg/ml-100 ml</li> <li>• Comprimés de primperan 10 mg</li> <li>• Primperan injectable 10 mg/2 ml</li> <li>• Prométhazine</li> <li>• Acide folique</li> <li>• Gel de miconazole</li> <li>• Lotion de benzoate de benzyle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diclofénac 50 mg</li> <li>• Cimétidine 300 mg</li> <li>• Paracétamol 500 mg/codéine 30 mg</li> <li>• Morphine orale</li> <li>• Paracétamol 120 mg/5ml 60ml</li> <li>• Loratadine</li> <li>• Clotrimazole 1 %</li> <li>• Hydrocortisone 1 %</li> <li>• Vitamine B6 250 mg</li> <li>• Comprimé et sirop multivitaminiques</li> <li>• Lopéramide</li> <li>• Comprimés d'ibuprofène 200 mg</li> </ul> <p><b>Médicaments antirétroviraux de première intention pour les clients adultes et pédiatriques, le cas échéant</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zidovudine</li> <li>• Lamivudine</li> <li>• Stavudine</li> <li>• Névirapine</li> <li>• Efavirenz</li> </ul> <p><b>Médicaments antirétroviraux de seconde intention pour les clients adultes et pédiatriques, le cas échéant</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abacavir</li> <li>• Didanosine</li> <li>• Ténofovir</li> <li>• Nelfinavir</li> <li>• Kaletra</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adrénaline</li> <li>• Antihistaminiques</li> <li>• Hydrocortisone</li> <li>• Oxygène</li> </ul>

Sigles : IEC : information, éducation et communication ; IST : infection sexuellement transmissible ; PPE : prophylaxie post-exposition ; POP : procédures opérationnelles permanentes ; IO, infection opportuniste.

Source : Adapté de FHI 360. HIV Clinical Care and Treatment (Outpatient) Facility QA/QI checklist. Disponible à : <https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/HIV%20Clinical%20Care%20and%20Treatment%20%28Outpatient%29%20Facility%20QAQI%20Checklist.pdf>. Site consulté le 21 avril 2022.



## Ligature des trompes (stérilisation féminine): Fournitures et matériels d'urgence

Médicaments de base et indication	Administration et posologie
<b>Épinéphrine (adrénaline)</b> Indiqué pour : <ul style="list-style-type: none"><li>• Tension artérielle basse</li><li>• Asthme aigu</li><li>• Anaphylaxie</li><li>• Arythmies cardiaques (fibrillation ventriculaire ; tachycardie ventriculaire sans poulx ; asystolie ; activité électrique sans poulx)</li></ul>	<b>Tension artérielle basse</b> : I.V. 2–16 µg ; puis 0,05–0,3 µg/kg/min (mélanger 4 mg dans 500 ml ; 1 ml = 8 µg/ml) <b>Asthme aigu et anaphylaxie</b> : SQ 0,3–0,5 mg (0,3–0,5 ml d'une solution 1:1000) toutes les 10–20 minutes, au besoin <b>Arythmies cardiaques</b> : I.V. 1 mg en bolus (10 ml de solution 1:10 000) suivi de 20 ml de solution saline toutes les 3–5 minutes. (Si seulement 1:1000 est disponible, diluer 1 ml d'adrénaline dans 10 ml de solution saline normale) <b>Avertissement – La solution à 1:1000</b> ne doit jamais être utilisée pour l'administration intraveineuse. (Assurer une dilution de 1:10 000)
<b>Aminophylline</b> (en cas de non-disponibilité d'albutérol et de terbutaline) Indiqué pour : <ul style="list-style-type: none"><li>• Asthme aigu</li><li>• Anaphylaxie avec respiration inadéquate</li></ul>	I.V. 5–6 mg/kg pendant 20 minutes ; puis 0,5–0,7 mg/kg/heure
<b>Atropine</b> Indiqué pour : <ul style="list-style-type: none"><li>• Réaction vagale</li><li>• Asystolie</li><li>• Activité électrique sans poulx</li></ul>	<b>Réaction vagale</b> : I.V. 0,4–0,6 mg <b>Activité électrique asystolique et sans poulx</b> : I.V. 1,0 mg <u>en bolus</u> ; répéter au besoin toutes les 3 à 5 minutes, jusqu'à un maximum de 0,04 mg/kg
<b>Diazépam</b> Indiqué pour : <ul style="list-style-type: none"><li>• Activité convulsive</li></ul>	I.V. 5–10 mg (0,15–0,25 mg/kg) à raison de 5 mg par 5 min ; peut être répété à intervalles de 10–15 minutes sous surveillance attentive jusqu'à la dose maximale de 30 mg. Possible de répéter dans 2 à 4 heures. Ne pas dépasser la dose <b>Note</b> : En cas d'impossibilité de démarrage de la perfusion intraveineuse, administrer 10–20 mg par voie rectale, à l'aide d'une seringue
<b>Diphénhydramine</b> Indiqué pour : <ul style="list-style-type: none"><li>• Anaphylaxie</li></ul>	50 mg par voie intraveineuse ou IM toutes les 6–8 heures (en cas d'anaphylaxie sévère, donner 100 mg par voie intraveineuse en dose initiale)



Médicaments de base et indication	Administration et posologie
<b>Éphédrine</b> (en cas d'utilisation d'anesthésie rachidienne/péridurale) Indiqué pour : <ul style="list-style-type: none"><li>• Tension artérielle basse après anesthésie rachidienne/péridurale</li></ul>	I.V. 10–15 mg ou IM 25–50 mg
<b>Hydrocortisone</b> Indiqué pour : <ul style="list-style-type: none"><li>• Asthme aigu</li><li>• Anaphylaxie</li></ul>	I.V. 250 mg ; répéter toutes les 4–6 heures au besoin. Des doses plus élevées peuvent être nécessaires pour la prise en charge de chocs
<b>Physostigmine</b> (en cas de non-disponibilité de flumazénil) Indiqué pour : <ul style="list-style-type: none"><li>• Dépression respiratoire due aux benzodiazépines (Diazépam) en l'absence de flumazénil</li><li>• Surdosage en atropine</li><li>• Réponse à la kétamine</li></ul>	0,5–2,0 mg par voie intraveineuse ou IM, par paliers de 0,5 mg jusqu'à une dose totale de 3–4 mg. À répéter toutes les 1–2 heures, selon les besoins
<b>Prométhazine</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Nausées et vomissements</li><li>• Tranquillisant pour prémédication</li><li>• Antihistaminique</li></ul>	25 mg ou 50 mg, IM profonde, préopératoire ou postopératoire Ajoute à l'effet sédatif des narcotiques. En cas d'administration avec de la mépéridine, réduire la dose de 25 % à 50 %
Médicaments supplémentaires (médicaments souhaitables pour procurer une sécurité supplémentaire)	
<b>Albutérol</b> (ou terbutaline) Indiqué pour : <ul style="list-style-type: none"><li>• Asthme aigu</li><li>• Anaphylaxie avec respiration inadéquate.</li></ul>	Administrer 3 ml par aérosol (nébulisé 0,83 mg/ml ; 3 ml/ampoule) toutes les 20 minutes pour 3 à 6 doses, puis toutes les 4 à 6 heures, au besoin
<b>Flumazénil</b> (préféré à la physostigmine) Indiqué pour : <ul style="list-style-type: none"><li>• Dépression respiratoire due aux benzodiazépines (diazépam)</li></ul>	0,2 mg (2 ml) par intraveineuse pendant 30 secondes ; à répéter à 1 minute d'intervalle jusqu'à une dose totale de 3 mg (15 ml) <b>Note :</b> Si ce traitement n'inverse pas la dépression respiratoire, il est peu probable que le surdosage en benzodiazépine (diazépam) soit à l'origine de la dépression. En cas de réponse partielle, administrer des doses supplémentaires en doses de 0,5 mg, jusqu'à une dose maximale de 5 mg



#### Matériel d'urgence

##### Matériel de base

- Insufflateur à la demande **OU** Insufflateur manuel (ballon Ambu)
- Masque
- Réservoir d'oxygène avec détendeur, tubulure de débitmètre, raccord d'oxygène et tubulure
- Appareil d'aspiration avec tubulure et deux pièges
- Cathéters non flexibles (taille Fr 18)
- Cathéter d'aspiration souple
- Voies respiratoires orales (tailles 90 mm et 100 mm)
- Voies respiratoires nasopharyngées (tailles 28 et 30)
- Garrot
- Cathéter à vessie de Foley (taille 16 ou 18) et sac de drainage
- Tensiomètre (stéthoscope, sphygmomanomètre)
- Torche (lampe de poche)
- Bassin pour vomissement
- Couverture

##### Fournitures de base

- Oxygène
- Liquides par voie intraveineuse (solution saline normale et dextrose à 5 % dans l'eau)
- Ensembles de perfusion avec aiguilles de gros calibre (calibre 14–16) et tubulure
- Sparadrap
- Compresse
- Antiseptiques pour nettoyer la peau
- Lubrifiant pour intubation nasopharyngée
- Seringues et aiguilles (hypodermiques)

Source : Training Resource Package for Family Planning [site Internet]. Tubal Ligation Handout #17: Emergency Supplies and Equipment. Disponible à : <https://www.fptraining.org/training/19/downloads>. Site consulté le 9 juin 2022.



## Vasectomie (stérilisation masculine) : Fournitures et matériels d'urgence

### Liste des médicaments

Médicaments de base et indication	Administration et posologie
<b>Épinéphrine (adrénaline)</b> Indiqué pour : <ul style="list-style-type: none"><li>• Tension artérielle basse</li><li>• Asthme aigu</li><li>• Anaphylaxie</li><li>• Arythmies cardiaques (fibrillation ventriculaire ; tachycardie ventriculaire sans pous ; asystolie ; activité électrique sans pous)</li></ul>	<b>Tension artérielle basse</b> : I.V. 2–16 µg ; puis 0,05–0,3 µg/kg/min (mélanger 4 mg dans 500 ml ; 1 ml = 8 µg/ml) <b>Asthme aigu et anaphylaxie</b> : SQ 0,3–0,5 mg (0,3–0,5 ml d'une solution 1:1000) toutes les 10–20 minutes, au besoin <b>Arythmies cardiaques</b> : 1 mg d'intraveineuse en bolus (10 ml de solution 1:10 000) suivi de 20 ml de solution saline toutes les 3–5 minutes (si seulement 1:1000 est disponible, diluer 1 ml d'adrénaline dans 10 ml de solution saline normale) <b>Avertissement – La solution à 1:1000</b> ne doit jamais être utilisée pour l'administration intraveineuse (assurer une dilution de 1:10 000)
<b>Aminophylline</b> (en cas de non-disponibilité d'albutérol et de terbutaline) Indiqué pour : <ul style="list-style-type: none"><li>• Asthme aigu</li><li>• Anaphylaxie avec respiration inadéquate</li></ul>	I.V. 5–6 mg/kg pendant 20 minutes ; puis 0,5–0,7 mg/kg/heure
<b>Atropine</b> Indiqué pour : <ul style="list-style-type: none"><li>• Réaction vagale</li><li>• Asystolie</li><li>• Activité électrique sans pous</li></ul>	<b>Réaction vagale</b> : I.V. 0,4–0,6 mg <b>Activité électrique asystolique et sans pous</b> : I.V. 1,0 mg <u>en bolus</u> ; répéter au besoin toutes les 3 à 5 minutes, jusqu'à un maximum de 0,04 mg/kg
<b>Diazépam</b> Indiqué pour : <ul style="list-style-type: none"><li>• Activité convulsive</li></ul>	I.V. 5–10 mg (0,15–0,25 mg/kg) à raison de 5 mg par 5 min ; peut être répété à intervalles de 10–15 minutes sous surveillance attentive jusqu'à la dose maximale de 30 mg. Possible de répéter dans 2 à 4 heures. Ne pas dépasser la dose. <b>Note</b> : En cas d'impossibilité de démarrage de la perfusion intraveineuse, administrer 10–20 mg par voie rectale, à l'aide d'une seringue
<b>Diphénhydramine</b> Indiqué pour : <ul style="list-style-type: none"><li>• Anaphylaxie</li></ul>	50 mg par voie intraveineuse ou IM toutes les 6–8 heures (en cas d'anaphylaxie sévère, donner 100 mg par voie intraveineuse en dose initiale)



Médicaments de base et indication	Administration et posologie
<b>Hydrocortisone</b> Indiqué pour : Asthme aigu Anaphylaxie	I.V. 250 mg ; répéter toutes les 4–6 heures au besoin. Des doses plus élevées peuvent être nécessaires pour la prise en charge de chocs
<b>Physostigmine</b> (en cas de non-disponibilité de flumazénil) Indiqué pour : Dépression respiratoire due aux benzodiazépines (Diazépam) en l'absence de flumazénil Surdosage en atropine Réponse à la kétamine	0,5–2,0 mg par voie intraveineuse ou IM, par paliers de 0,5 mg jusqu'à une dose totale de 3–4 mg. À répéter toutes les 1–2 heures, selon les besoins
<b>Prométhazine</b> Nausées et vomissements Tranquillisant pour prémédication Antihistaminique	25 mg ou 50 mg, IM profonde, préopératoire ou postopératoire <b>Note :</b> Ajoute à l'effet sédatif des narcotiques. En cas d'administration avec de la mépéridine, réduire la dose de 25 % à 50 %
Médicaments supplémentaires (médicaments souhaitables pour procurer une sécurité supplémentaire)	
<b>Albutérol</b> (ou terbutaline) Indiqué pour : Asthme aigu Anaphylaxie avec respiration inadéquate	Administer 3 ml par aérosol (nébulisé 0,83 mg/ml ; 3 ml/ampoule) toutes les 20 minutes pour 3 à 6 doses, puis toutes les 4 à 6 heures, au besoin
<b>Flumazénil</b> (préféré à la physostigmine) Indiqué pour : Dépression respiratoire due aux benzodiazépines (diazépam)	0,2 mg (2 ml) par intraveineuse pendant 30 secondes ; à répéter à 1 minute d'intervalle jusqu'à une dose totale de 3 mg (15 ml). <b>Note :</b> Un surdosage en benzodiazépines est peu probable en l'absence de réponse à un tel traitement. En cas de réponse partielle, administrer des doses supplémentaires en doses de 0,5 mg, jusqu'à une dose maximale de 5 mg





#### Fournitures de base

- Ballon Ambu
- Oxygène
- Liquides par voie intraveineuse (solution saline normale et dextrose à 5 % dans l'eau)
- Ensembles de perfusion avec aiguilles de gros calibre (calibre 14–16) et tubulure/garrot
- Sparadrap
- Compresses
- Antiseptiques pour nettoyer la peau
- Seringues et aiguilles (hypodermiques)

#### Matériel d'urgence

##### Matériel de base

- Insufflateur à la demande **OU** Insufflateur manuel (ballon Ambu)
- Masque
- Réservoir d'oxygène avec détendeur, tubulure de débitmètre, raccord d'oxygène et tubulure
- Appareil d'aspiration avec tubulure et deux pièges
- Cathéters non flexibles (taille Fr 18)
- Cathéter d'aspiration souple
- Voies respiratoires orales (tailles 90 mm et 100 mm)
- Voies respiratoires nasopharyngées (tailles 28 et 30)
- Garrot
- Cathéter à vessie de Foley (taille 16 ou 18) et sac de drainage
- Tensiomètre (stéthoscope, sphygmomanomètre)
- Torche (lampe de poche)
- Bassin pour vomissement
- Couverture

##### Équipement optionnel

(En cas de disponibilité de membres du personnel formés à son utilisation)

- Laryngoscope, avec ampoule de rechange et pile de rechange
- Tubes endotrachéaux
- Oxymètre de pouls
- Électrocardiographe (ECG) avec conducteurs
- Défibrillateur
- Appareil d'anesthésie générale par inhalation

Source : Training Resource Package for Family Planning [site Internet]. Vasectomy Handout #16: List of Emergency Equipment, Drugs, and Supplies. Disponible à : <https://www.fptraining.org/training/6/downloads>. Site consulté le 9 juin 2022.

# Chapitre 3 : Conseil

## sommaire

<b>1. Introduction</b>	<b>60</b>
1.1 Qu'est-ce que le conseil ?	60
<b>2. Le conseil en santé sexuelle et reproductive</b>	<b>60</b>
2.1 Conseil intégré en santé sexuelle et reproductive	60
2.2 Qui peut conseiller les clients en santé sexuelle et reproductive ?	62
2.3 Droits de la personne : principes du conseil	62
2.4 Compétences de communication en conseil	66
2.5 Cadre du conseil : REDI	66
<b>3. Genre et rapport de pouvoir dans le conseil</b>	<b>67</b>
<b>4 Conseil en sexualité et en santé sexuelle</b>	<b>68</b>
4.1 Conseil en sexualité	68
4.2 Thématiques du conseil en sexualité et en santé sexuelle	69
<b>5. Environnement favorable</b>	<b>71</b>
5.1 Renforcement de l'établissement de santé	71
5.2 Participation de la communauté	72



# sommaire (suite)

<b>6. Modèles de prestation de soins de santé pour le conseil</b>	<b>73</b>
6.1 Conseil en relation	73
6.2 Conseil en groupe	74
6.3 Interventions numériques : le conseil au téléphone et en ligne	74
<b>7. Bibliographie</b>	<b>76</b>
7.1 Ressources	78



## 1. Introduction

Ce chapitre aide les professionnels formés au sein du système de santé et en dehors de celui-ci à renforcer leurs connaissances et leurs compétences et à confirmer les attitudes qu'ils doivent avoir pour fournir un conseil en santé sexuelle et reproductive centré sur les clients, afin de favoriser la prise de décision volontaire et éclairée par ces derniers. Élément omniprésent des soins de santé sexuelle et reproductive, le conseil revêt une importance cruciale pour toutes les personnes en âge de procréer et en particulier pour les jeunes (âgés de 15 à 24 ans), tant dans les pays en développement que dans les situations de crise humanitaire. Les orientations en matière de conseil fournies dans ce chapitre sont à appliquer à tous les soins de santé sexuelle et reproductive prévus dans les présentes directives cliniques centrées sur les clients.

### 1.1 Qu'est-ce que le conseil ?

On définit le conseil comme l'échange d'informations basé sur une évaluation des besoins, des préférences et du mode de vie du-de la client-e pour soutenir sa prise de décision en accord avec ses intentions. Les principes fondamentaux du conseil s'articulent autour de trois grands axes : un choix éclairé et sans contrainte, des informations neutres, compréhensibles et fondées sur des bases factuelles, et un processus décisionnel collaboratif et confidentiel qui garantit des soins de qualité, respectueux et rapides, dans le respect de la dignité [1].

Une approche du conseil centrée sur les clients est la garantie du respect de leurs droits (voir la [Section 2.3](#)) et de l'égalité de la relation de pouvoir entre le-la client-e et le conseiller (voir la [Section 3](#)).

Le conseil aide les clients à :

- Évaluer et comprendre plus clairement leur situation.
- Identifier une gamme d'options et d'objectifs pour améliorer leur situation.
- Prendre leurs propres décisions éclairées, qui correspondent à leurs valeurs, à leurs sentiments, à leurs besoins au vu de leurs circonstances et à leurs droits, et fournir un consentement éclairé.
- Se sentir habilités à gérer leur situation, à gagner en autonomie et à mener à bien leurs décisions.
- Développer des compétences telles que la capacité de parler de sexe avec un partenaire.

### Sigles et abréviations

<b>LGBTI</b>	lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres et intersexués
<b>IST</b>	infection sexuellement transmissible
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la Santé
<b>VIH</b>	virus de l'immunodéficience humaine
<b>VSBG</b>	violences sexuelles et basées sur le genre

## 2. Le conseil en santé sexuelle et reproductive

Le conseil en santé sexuelle et reproductive à qualité intégrée implique que les prestataires de soins de santé utilisent à bon escient une combinaison de principes, de compétences, de connaissances et de processus de base en conseil, qui sont adaptés au contexte local du-de la client-e et à ses besoins de communication individuelle [2]. La [Section 2](#) précise chacun de ces éléments fondamentaux et la [Figure 1](#) (page suivante) donne une représentation schématique du conseil en santé sexuelle et reproductive.

### 2.1 Conseil intégré en santé sexuelle et reproductive

Dans les pays en développement et dans les situations de crise humanitaire, il est essentiel de reconnaître que le conseil sert de point d'entrée pour cerner les besoins non satisfaits en matière de santé sexuelle et reproductive qui peuvent avoir des conséquences potentiellement mortelles [3].

Le conseil en santé sexuelle et reproductive doit être adapté au contexte local, en tenant compte des besoins de la communauté et des obstacles aggravants (qu'ils soient structurels, socioculturels, traditionnels, liés au handicap, religieux et spirituels) et de leur impact sur la capacité d'accès aux soins d'un-e client-e.

Dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive, le conseil intégré implique d'aborder une multitude de problématiques au cours de la même séance conseil afin de dresser une vue d'ensemble. En retour, cela permet au-la client-e d'évaluer ses besoins en matière de santé sexuelle et reproductive et de gérer sa vie sexuelle [4].



Dans les milieux de santé sexuelle et reproductive, le conseil peut être utile pour :

- aider le-la client-e à clarifier ses besoins et souhaits d'avoir recours à la contraception
- aider le-la client-e à faire un choix éclairé et libre en matière de méthode contraceptive
- aider le-la client-e à en savoir plus sur la méthode contraceptive de son choix
- aider le-la client-e à comprendre la bonne utilisation de la méthode contraceptive de son choix
- aider le-la client-e à surmonter ses angoisses et à prendre les bonnes décisions en cas de difficultés
- répondre aux préoccupations concernant les infections, y compris le VIH
- préparer le-la client-e à la grossesse et à la parentalité
- aider la cliente à prendre des décisions éclairées au sujet de l'allaitement
- aider la cliente à mener ou non une grossesse jusqu'à son terme
- aider les survivant-e-s de violences sexuelles et basées sur le genre (VSBG) à se doter des outils dont il-ell-s ont besoin pour faire face à leur traumatisme
- discuter de toutes les questions relatives à la sexualité et aux relations sexuelles, y compris l'orientation sexuelle, l'identité et l'expression de genre, le bien-être sexuel, l'infertilité, la ménopause, la dysfonction érectile et d'autres questions de santé sexuelle et reproductive
- en savoir plus sur les normes, les lois et les droits dans leur communauté et comment les faire valoir dans les soins de santé fournis
- fournir des orientations vers des services sociaux spécialisés en milieu clinique et communautaire

FIGURE 1 : Aperçu schématique du processus de conseil



Source : Adapté avec la permission de l'OMS [2]. Manuel pour le renforcement des compétences : le conseil pour la prise en charge de la santé maternelle et néonatale. Genève. OMS; 2014.



## 2.2 Qui peut conseiller les clients en santé sexuelle et reproductive ?

Dans de nombreux contextes, il se peut qu'il n'y ait pas de conseiller spécialisé à proprement parler. Cependant, en fonction des politiques nationales, d'autres prestataires peuvent fournir un conseil, parmi eux des agents de santé publique formés et compétents, des infirmières, des psychologues, des éducateurs, des médecins, des travailleurs sociaux ou des travailleurs communautaires [5].

Les personnes motivées pour fournir du conseil sont plus susceptibles d'être des conseillers compréhensifs et compétents et de posséder les caractéristiques suivantes :

- L'engagement à la pratique et à la promotion des principes de santé et de droits sexuels et reproductifs énoncés à la [Section 2.3](#).
- De bonnes compétences en communication (verbale et non verbale) comme décrites à la [Section 2.4](#).
- La prise en compte des valeurs, croyances et attitudes personnelles sur tous les aspects de la santé et des droits sexuels et reproductifs, et la fourniture d'un conseil centré sur les clients :
  - Sans porter de jugement de valeur
  - En ayant une bonne connaissance de soi et sans imposer ses valeurs aux clients
  - En adoptant une attitude respectueuse, compréhensive, chaleureuse et accessible
  - Dans un esprit de motivation et d'engagement envers les droits et le bien-être du/de la client-e
  - Dans un esprit d'ouverture et de volonté d'apprendre continuellement et de tirer les leçons de ses propres erreurs
  - En affichant de bonnes connaissances et une sensibilité à l'égard de personnes dont les valeurs, la culture et le mode de vie diffèrent des siens

## 2.3 Droits de la personne : principes du conseil

Les principes suivants, fondés sur les droits, sous-tendent les normes en matière de conseil en santé sexuelle et reproductive. Comme c'est le cas pour les autres lignes directrices du présent chapitre, les conseillers doivent adapter l'application de ces recommandations à leur contexte particulier et veiller au respect de ces principes lorsqu'ils conseillent des clients sur des questions précises de santé sexuelle et reproductive. De même, une clinique doit être accessible à tous les groupes de personnes, y compris les jeunes et les personnes souffrant de différents types de handicaps, et offrir toute une panoplie de soins de santé sexuelle et reproductive pour faire en sorte que les personnes puissent choisir entre une variété d'options et recevoir les soins intégrés dont elles ont besoin (voir [Chapitre 2 : Conditions nécessaires relatives à l'établissement de santé, antécédents et examen des clients](#) pour obtenir des précisions sur les conditions nécessaires relatives à l'établissement de santé sexuelle et reproductive). Les normes en droits humains relatives à la mise en œuvre des principes de conseil visées au [Tableau 1](#) (page suivante) sont précisées dans le document de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sur la qualité des soins en matière d'information et de services contraceptifs basés sur les normes des droits humains : *Quality of care in contraceptive information and services, based on human rights standards: A checklist for health care providers* [6].

### Important !

Aux fins du présent chapitre, les termes « prestataires de soins de santé » et « conseillers » sont interchangeables et englobent une variété de professions qui, sous réserve d'avoir reçu la formation correspondante, peuvent fournir des services de conseil



TABLEAU 1 : Principes du conseil en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs

Principes	Application au conseil
<b>Principe 1 : Non-discrimination</b>	Toute personne a droit à être traitée sur un pied d'égalité, indépendamment de son âge, de son sexe, de sa race, de son orientation sexuelle, de son identité de genre, de sa couleur, de sa religion, de sa langue, de son état matrimonial, de son statut de réfugié, qu'elle soit survivant-e de violences sexuelles et basées sur le genre (VSS) et/ou handicapée. La qualité du conseil ne doit pas varier en raison des caractéristiques des clients, notamment quant à leur lieu de résidence, leur âge, leur état de santé, leur statut d'assurance, leur consommation de drogues ou leur emploi dans le travail du sexe [6]. Ainsi, chaque client-e doit recevoir des soins respectueux et être traité-e avec dignité.
<b>Principe 2 : Disponibilité des informations et des services</b>	Les cliniques de soins de santé, les plateformes de conseil numériques et les communautés doivent compter un nombre suffisant de conseillers formés (si possible, des conseillers de différents genres) pour assurer des interventions d'éducation, de partage d'informations et de conseil. Il convient aussi de mettre à disposition du matériel d'information, d'éducation et de communication adapté à l'âge et au contexte, sensible au genre, accessible aux personnes handicapées (par exemple disponible sous différents formats, comme en Braille pour les aveugles) et respectueux de la confidentialité [7].
<b>Principe 3 : Accessibilité des informations et des services</b>	La prestation des services de conseil se fait sur des plateformes virtuelles ou dans des locaux raisonnablement accessibles tant sur le plan physique que géographique, qui garantissent la confidentialité lorsque ont lieu des activités d'éducation, de partage d'informations et de conseil, que ce soit au sein de l'établissement de santé, à domicile, en ligne, par téléphone, au sein de la communauté, etc. Les activités de conseil doivent être équitables par rapport aux besoins des différentes populations d'une communauté, en particulier des groupes marginalisés tels que les adolescents et les personnes handicapées. Les services de conseil doivent proposer des horaires pratiques, indépendamment du lieu ou des plateformes virtuelles utilisés [7]. Par ailleurs, des moyens de transport doivent être assurés pour les personnes handicapées, en particulier dans les situations de crise. Il est impératif que les groupes marginalisés puissent se rendre dans les cliniques et en revenir en toute sécurité, en particulier dans les situations de crise humanitaire.
<b>Principe 4. Acceptabilité des informations et des services</b>	Le conseiller doit être bienveillant, chaleureux et accueillant et faire en sorte de faire preuve de ces mêmes qualités lors de la séance de conseil. À ce titre, il pourrait être utile de prévoir un espace séparé pour le conseil d'adolescents [8]. Le conseiller doit éviter de submerger le-la client-e par un trop-plein d'informations, adapter la séance de conseil à ses besoins et utiliser des aides visuelles pour faciliter la discussion, telles qu'un tableau à feuilles mobiles, des affiches d'anatomie et sur la santé sexuelle et reproductive ou une maquette du bassin. Les illustrations et les textes doivent utiliser un langage et des images simples et doivent être compréhensibles pour toutes sortes de clients dont les besoins varient (par exemple, les personnes ayant un handicap linguistique ou autre).
<b>Principe 5. Qualité</b>	Les connaissances et les compétences du conseiller sont à jour, non seulement pour prodiguer un service de conseil de qualité, mais aussi en ce qui concerne les informations factuelles requises pour conseiller les clients sur des sujets, des services, des tendances et des changements spécifiques en matière de santé sexuelle et reproductive dans leur localité [9]. Le conseiller ne laisse pas ses valeurs personnelles nuire à ses responsabilités professionnelles et ainsi entraver le droit des clients à un choix et à une prise de décision éclairés et sans contrainte [10]. Le conseiller détermine les canaux d'orientation avec d'autres services sanitaires et communautaires pour les questions de santé sexuelle et reproductive dans leur localité, y compris les soins d'avortement, la contraception, la prévention des IST dont le VIH, le soutien et/ou les soins aux survivant-e-s de VSBG [9]. Le conseiller consigne l'information sur des formulaires de collecte de données (c.-à-d. des registres, dossiers, formulaires de consentement éclairé et de divulgation de renseignements) [11]. Afin de garantir un conseil de qualité, les responsables de clinique ou de plateforme numérique de conseil en santé doivent évaluer les candidats et le personnel pour déterminer leurs connaissances en matière de conseil en santé sexuelle et reproductive et leurs compétences en communication, et garantir une formation continue, un suivi de soutien et des mises à jour cliniques dans les domaines de la santé et des droits en matière de sexualité et de reproduction.



Principes	Application au conseil
<b>Principe 6 : Prise de décisions éclairées</b>	Les clients sont traités avec respect et compréhension. Le conseiller doit s'abstenir de recourir à la contrainte et éviter de manipuler le-la client-e vers le choix qu'il juge lui convenir le mieux ; cela est particulièrement vrai pour les adolescent-e-s et les personnes handicapées. Le conseiller soutient le-la client-e et lui fournit des informations complètes (c.-à-d. des options de procédure/méthode et de procédés, les symptômes et effets secondaires, etc.) dans un format accessible et compréhensible pour lui permettre de prendre une décision éclairée. Il peut s'agir pour cela de faire appel à un interprète dans la langue des signes ou d'employer un langage accessible pour veiller à ce que le-la client-e soit en mesure de prendre une décision éclairée. Voir l' <i>encadré d'information</i> (page suivante) fournissant des lignes directrices détaillées sur les procédures de consentement/d'assentiment [11].
<b>Principe 7 : Intimité et confidentialité</b>	Le conseiller met les renseignements médicaux à l'abri de tout risque de divulgations non autorisées, respecte la dignité du-de la client-e, en garantissant son intimité et la confidentialité de ses informations [12,13]. Il doit indiquer clairement dès le début que la conversation, toute intervention clinique et tout suivi resteront confidentiels, à moins que le-la client-e ne souhaite en aviser une partie tierce. Il convient d'aviser le-la client-e de toute limite de confidentialité (par exemple, déclaration obligatoire dans le pays) avant le début de la consultation ou de l'examen. Le conseiller s'assure que la séance se déroule dans un cadre sûr et dans un espace privé, et ne peut pas être entendue par autrui. Pour des raisons de confidentialité, le conseiller doit toujours demander si le-la client-e souhaite que la personne qui l'accompagne (par exemple, un-e parent-e, partenaire, ami-e, interprète en langue des signes, etc.) vienne dans la salle de consultation ou de procédure. Tout-e autre accompagnateur-riche est tenu-e à l'obligation de confidentialité (par exemple, en signant un accord de confidentialité écrit). Il est interdit au conseiller de divulguer à autrui les propos de son-a client-e et il est tenu de ranger immédiatement le dossier du-de la client-e afin d'assurer une gestion correcte et sûre de ses données [5].
<b>Principe 8 : Participation</b>	Une bonne communication contribue à l'instauration d'un rapport de confiance et à la participation du-de la client-e tout au long de la séance de conseil [12]. La salle de conseil est aménagée de manière à ce que la communication entre le-la client-e et le conseiller soit de caractère privé et confidentiel. Cette précaution facilite les discussions sur les facteurs de risque, y compris la sexualité, les relations sexuelles et le comportement sexuel. Elle aide également le-la client-e à trouver des solutions pour sa situation et à les mettre en œuvre [13].
<b>Principe 9 : Redevabilité</b>	Le conseiller se tient responsable du respect des droits de chaque client-e lors de la fourniture d'informations, d'éducation et de conseil sur des questions de santé sexuelle et reproductive. Les formulaires confidentiels de retour des clients et les enquêtes de satisfaction sont l'une des nombreuses méthodes à la disposition des conseillers pour améliorer la qualité de leur conseil [14].

Source : Adapté de l'Organisation mondiale de la Santé, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health [5].





### Processus de consentement/assentiment éclairé et volontaire

Les conseillers doivent connaître les procédures pour obtenir le consentement éclairé et volontaire du-de la client-e pour se prêter à des soins cliniques.

#### 1. Déterminer la capacité du-de la client-e à comprendre les soins cliniques qui lui sont offerts et à prendre une décision à leur égard en fonction des informations fournies, sans incitation, coercition ni discrimination.

- a. Il est important de bien connaître l'âge légal du consentement dans le pays, tout en reconnaissant « que, en conformité avec leurs capacités évolutives, les enfants ont le droit d'accéder à un conseil ou à des conseils à titre confidentiel ainsi qu'à des informations sans le consentement de leurs parents ou tuteurs légaux » [6]. Si le-la client-e n'a pas l'âge légal requis pour consentir à des soins cliniques, il convient de se dire que dans « les situations où il est dans l'intérêt supérieur de l'enfant ou de l'adolescent-e, le consentement éclairé doit être demandé à cet enfant ou à cet adolescent » [6].
- b. Les personnes handicapées ont le droit d'être reconnues en leur capacité à part entière de prendre des décisions au sujet de leur vie sexuelle et reproductive. Bien que les cadres juridiques puissent varier, quelles que soient les circonstances, les personnes handicapées doivent être informées et invitées à donner leur consentement en identifiant les mécanismes de soutien et les ajustements raisonnables à apporter à leur prise de décision et en en tenant compte [15]. Voir l'encadré

d'information (ci-dessous) contenant des suggestions pratiques pour demander le consentement éclairé de personnes vivant avec un handicap.

#### 2. Obtenir et documenter le consentement et l'assentiment.

- a. Une fois que les clients ont reçu un service d'information et de conseil, ont été considérés aptes à recevoir des soins de santé sexuelle et reproductive, ont reçu des réponses à toutes les questions qu'ils pouvaient avoir et ont fait un choix volontaire et éclairé de recevoir des soins de santé sexuelle et reproductive, le prestataire doit leur demander de signer un document de consentement/d'assentiment.
- b. Les clients doivent être informés qu'ils peuvent révoquer leur consentement à tout moment et que le prestataire est tenu de respecter leur décision.
- c. Le consentement verbal est requis lorsque le consentement écrit ne peut pas être fourni via des plateformes de santé numérique.
- d. Dans certaines circonstances, notamment lors de la prestation de conseil à des migrants, des réfugiés et des communautés ethniques, un service d'interprétation adéquat et confidentiel doit être fourni afin d'assurer le consentement.
- e. Le consentement n'est pas requis si le-la client-e est inconscient-e et a besoin de soins vitaux.

### Suggestions pratiques pour demander le consentement éclairé de personnes vivant avec un handicap [16]

Lorsqu'ils offrent des soins sexuels et reproductifs à des personnes handicapées, les praticiens qui cherchent à en obtenir le consentement éclairé doivent prendre les précautions suivantes :

1. Partir de l'hypothèse que toutes les personnes handicapées ont la capacité de consentir aux services. Sauf preuve du contraire, les prestataires de soins de santé ne doivent pas supposer qu'un-e client-e handicapé-e n'est pas en mesure de donner son consentement à recevoir des soins de santé. C'est vrai pour les personnes présentant tous les types de déficiences, y compris des déficiences intellectuelles ou cognitives. Observer les lignes directrices

pour communiquer avec les personnes handicapées et s'adresser directement au-la client-e, même s'il-elle est accompagné-e d'un membre de sa famille ou d'un aidant.

2. Reconnaître que la capacité de consentir est un concept fluide et fait référence à la capacité de consentir à des soins de santé donnés à un moment donné. Autrement dit, cette capacité peut évoluer avec le temps et peut ne pas être la même pour tous les types de décisions. Aborder le processus de demande de consentement éclairé comme s'inscrivant dans le cadre d'une discussion continue avec le-la client-e, et non comme un événement ponctuel.

suite



### Suggestions pratiques pour demander le consentement éclairé de personnes vivant avec un handicap [16] suite

3. Être attentif à la façon de présenter l'information. Pour qu'un-e client-e donne son consentement éclairé, il-elle doit comprendre l'information sur laquelle ce consentement est fondé et la façon dont l'information lui est communiquée. Lorsqu'il s'agit de prendre des décisions majeures, il peut être utile pour les clients de réfléchir à la question par plus petites étapes successives, par exemple en discutant de leurs objectifs en matière de soins de santé, des interventions qui auront lieu, des mesures qu'ils devront prendre, et ainsi de suite.

Les prestataires doivent prendre le temps de travailler avec les clients et de discuter des décisions en détail, afin de s'assurer qu'ils comprennent ce à quoi ils consentent.

4. Se rappeler que les clients dépourvus de la capacité de consentir ont droit à l'information et doivent faire partie de la prise de décisions. Toujours partager l'information, écouter les clients et expliquer comment et pourquoi les décisions ont été prises.

## 2.4 Compétences de communication en conseil

Pour soutenir la prise de décision éclairée et volontaire du client, le conseiller doit être doté de bonnes compétences en communication verbale et non verbale qui l'aident à [11] :

- **Établir un rapport :** utiliser des formules chaleureuses et accueillantes, sans porter de jugement de valeur (en s'abstenant de supposer le genre du-de la client-e et en utilisant un langage neutre du point de vue du genre), afficher des compétences de réflexivité en employant des paraphrases, en faisant preuve d'empathie et en montrant une écoute et une compréhension du-de la client-e, et enfin, aborder sans ambages le sujet de la sexualité et de la confidentialité.
- **Générer de l'information :** poser des questions ouvertes et pratiquer l'écoute active et la paraphrase pour évaluer les besoins du-de la client-e, explorer les risques et s'assurer que les deux parties se comprennent.
- **Fournir des informations :** communiquer des connaissances sur les soins de santé sexuelle et reproductive fondées sur des bases factuelles d'une manière qui n'est pas écrasante et dans un langage compréhensible pour le-la client-e. Il s'agit là d'un moyen pour le-la client-e de réfléchir à sa situation en matière de santé sexuelle et, au besoin, à se donner des objectifs de changement.
- Les prestataires de soins de santé doivent également utiliser un langage inclusif et déstigmatisant :
- Les mots que les prestataires choisissent d'employer ou non varient forcément en fonction des différences culturelles, du groupe d'âge et des préférences personnelles (par ex. utiliser un langage non stigmatisant et neutre du point de vue du genre et demander au-à la client-e de quelle façon il-elle souhaite qu'on s'adresse à lui-elle) [17]. D'autre part, les prestataires doivent utiliser un langage non discriminatoire et sensible lorsqu'ils s'adressent à des groupes marginalisés tels que les personnes

handicapées (par exemple, ne pas dire « handicapé » ou « paralysé », mais plutôt une personne qui a des difficultés à marcher). Les prestataires doivent être en mesure de développer une formulation pour parler de sexe et de sexualité qui ne met pas mal à l'aise et qui est adapté au contexte dans lequel ils travaillent.

- Le langage corporel et des messages verbaux simples peuvent contribuer à stigmatiser ou à déstigmatiser la sexualité humaine. Les prestataires doivent choisir des mots et un ton qui abordent les questions de sexualité et de relations sexuelles sans susciter un sentiment de honte et de stigmatisation.
- Des termes comme « normal », « anormal » et « commerce sexuel » sont à utiliser avec précaution. Des expressions telles que « promiscuité », « se livrer à des activités sexuelles » et des rapports sexuels « avant le mariage » ou « extraconjugaux » sont à éviter.
- Les prestataires doivent faire preuve d'inclusivité à l'égard de toutes les personnes qui demandent des soins de santé sexuelle et reproductive. Ils doivent reconnaître et respecter le fait que chaque client-e a pu connaître des expériences difficiles, y compris des violences sexuelles et un avortement.

## 2.5 Cadre du conseil : REDI

Les principes et les compétences en communication utilisés par les prestataires de services de conseil sont abordés aux *Sections 2.3* et *2.4*. Le sigle REDI, qui signifie instauration d'un rapport, exploration, prise de décision et mise en œuvre de la décision (de l'anglais « Rapport building, Exploration, Decision-making, and Implementing the decision »), est un processus efficace de conseil en quatre étapes centré sur les clients pour aider les clients nouveaux et ceux qui reviennent à prendre des décisions volontaires et éclairées adaptées à leur situation, à leurs circonstances sociales et à leurs besoins complets en matière de santé sexuelle et reproductive [12].



### Important ! Ne pas nuire ! Fournir des soins éclairés aux survivants

Les conseillers doivent être informés de la prévalence des violences sexuelles et basées sur le genre (VSBG) dans leur contexte et être sensibles à l'histoire et aux expériences d'un-e survivant-e. L'OMS encourage les prestataires de soins de santé à soulever le sujet de la violence et de la sécurité avec les clients qui présentent des blessures visibles ou des conditions qu'ils suspectent être en lien avec des VSBG. Cependant, en cas de silence de la part du/de la client-e, le prestataire doit s'abstenir de faire pression sur lui-elle mais respecter ses souhaits, en l'informant des soins de santé sexuelle et reproductive disponibles et en proposant une orientation vers des services spécialisés et des visites de suivi si nécessaire. Il ne faut pas oublier que si les femmes et les filles sont principalement touchées par les violences sexuelles et basées sur le genre, les hommes et les garçons, les personnes qui s'identifient comme lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et intersexuées (LGBTI) et les personnes handicapées sont eux aussi la cible de violences sexuelles et basées sur le genre. Des recherches indiquent que les personnes handicapées et les personnes qui s'identifient comme LGBTI courent un plus grand risque d'être victimes de tout type de violence ou de VSBG. Les femmes, les filles et les garçons handicapés sont jusqu'à 10 fois plus susceptibles d'être victimes de VSBG dans leur vie [18]. Voir le [Chapitre 10 : Violences sexuelles et basées sur le genre pour des lignes directrices détaillées](#) quant au conseil de survivants de VSBG.

## 3. Genre et rapport de pouvoir dans le conseil

Il est important d'éviter que des stéréotypes genrés ne viennent nuire au processus de conseil. Le prestataire doit adopter une approche centrée sur les clients. Une approche du conseil fondée sur les droits et sur des bases factuelles est propice à faciliter l'égalité et le rapport de pouvoir personnel entre femmes et hommes et à lutter contre la stigmatisation et la discrimination en ce qui concerne le handicap et l'orientation sexuelle.

Dans un grand nombre de contextes, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à demander un service de conseil. L'idée de parler de ses sentiments et d'explorer ses difficultés émotionnelles et psychologiques fait partie intégrante de la socialisation liée au genre et de la manière dont les femmes et les hommes se considèrent et s'évaluent. Selon le contexte (par exemple, en situation de conflit où

les garçons sont utilisés comme enfants soldats et pour infliger des violences, sexuelles et autres) [8], il peut être nécessaire d'adopter des approches spécifiques en matière de conseil aux hommes et aux garçons adolescents, dans la mesure où il est possible qu'ils soient contraints de garder leurs émotions secrètes et qu'ils aient des sentiments de honte et d'isolement. Pour obtenir des conseils en vue de solliciter la participation des hommes en matière de santé sexuelle et reproductive, consulter la liste de ressources fournie à la [Section 7.1](#).

La position d'un individu au sein de sa famille et de son milieu socioculturel influe sur sa connaissance de la santé et des droits en matière de sexualité et de reproduction et sur sa capacité à les faire valoir [12]. Dans de nombreux contextes, la présence de problèmes de masculinité à base de dominance masculine peut expliquer qu'il est difficile pour des clientes de parler à des hommes prestataires et pour des clients masculins de parler à des femmes prestataires. D'où la nécessité d'offrir aux clients la possibilité de s'adresser à un conseiller du même genre s'ils le préfèrent. Le déséquilibre de pouvoir n'est pas toujours en faveur du prestataire. Les clients peuvent eux aussi exercer consciemment ou inconsciemment du pouvoir sur le prestataire et/ou le manipuler. Les prestataires doivent en être conscients et en discuter avec leurs clients. Les prestataires sont également encouragés à consulter d'autres conseillers pour obtenir de l'aide en pareil cas.

Les conseillers doivent s'abstenir d'exercer un déséquilibre de pouvoir susceptible d'être cause de discrimination et de toute forme de coercition en matière reproductive, en particulier pour les survivants de violences sexuelles et basées sur le genre, les clientes demandant des soins d'avortement, les clients adolescents, les populations minoritaires de diversité sexuelle et de genre ou les clients handicapés.

### Important !

Dans le contexte de l'éducation sexuelle, du conseil, des programmes et des soins en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs, jamais des personnes d'orientation sexuelle, d'identité et d'expression de genre et de caractéristiques sexuelles variées ne doivent être considérées en des termes pathologiques. Voir les [Sections 4.1 et 4.2](#) pour des conseils sur les moyens de minimiser la stigmatisation et la discrimination des communautés LGBTI.



## 4. Conseil en sexualité et en santé sexuelle

La sexualité est une partie importante de la vie humaine. En raison du manque de communication franche et honnête sur le sexe et la sexualité, des individus et des communautés peuvent avoir du mal à se procurer des informations exactes et à recevoir du soutien concernant les questions liées à la santé sexuelle et reproductive. Parler de sexe et de sexualité peut être difficile tant pour les conseillers que pour les clients.

Les conseillers peuvent jouer un rôle important en aménageant des espaces sûrs qui permettent aux clients d'explorer les aspects positifs et stimulants de leur orientation sexuelle et de leur faire gagner de la confiance en eux dans leurs relations sexuelles et leur ressenti en tant qu'individu sexuel.

Dans le cadre de leur engagement en faveur de la santé et des droits sexuels et reproductifs, de la réduction de la stigmatisation et de la reconnaissance accrue de la sexualité comme un aspect positif de la vie humaine, les prestataires peuvent mettre en pratique les attitudes suivantes :

- Une **attitude positive à l'égard de la sexualité** : le conseiller comprend l'impact positif que le sexe et la sexualité exercent sur la vie des gens et soutient ses clients pour qu'ils aient des relations sexuelles agréables, équitables et sûres et/ou soient heureux de leur sexualité.
- Une **attitude critique vis-à-vis de la sexualité** : le conseiller est capable de reconnaître ce que la communauté considère de « normal »/« anormal », « bon »/« mauvais » dans la sexualité et les relations sexuelles et d'y réfléchir de manière critique et est conscient des acteurs au sein de la société qui détiennent le pouvoir de qualifier la sexualité de cette manière.
- Une **attitude d'introspection** : le conseiller est capable de réfléchir à ses valeurs et expériences personnelles, à ses attitudes ou « règles » personnelles concernant la sexualité, le sexe, le mariage, les préservatifs, la pornographie, le plaisir sexuel, la sexualité féminine ou les relations sexuelles entre personnes de même sexe, aux acteurs au sein de la société qui décident de ces règles et au sort réservé à ceux qui enfreignent celles-ci, à la manière dont il peut explorer avec le-la client-e les possibilités de vivre selon différents types de règles.

### Important !

Il est fréquent que les adolescents et les personnes handicapées ne soient pas considérés comme des individus investis du droit de jouir d'une vie sexuelle et de prendre des décisions concernant leur santé sexuelle ou leur orientation et leur expression sexuelles. En outre, la vie sexuelle des personnes plus âgées est parfois négligée ou stigmatisée, alors qu'une activité sexuelle peut demeurer un aspect important de la santé et du bien-être de quiconque tout au long de la vie. Il est important que les conseillers adoptent dans leur pratique une attitude positive vis-à-vis de la sexualité, critique vis-à-vis de la sexualité, ainsi qu'une attitude d'introspection quant à leurs propres idées fausses et préjugés, et qu'ils s'assurent que ces populations reçoivent des soins de qualité.

### 4.1 Conseil en sexualité

Selon la définition de la sexualité de l'OMS, de nombreux facteurs biologiques, sociaux, culturels, économiques, environnementaux, religieux et contextuels influencent les comportements sexuels, les relations, les sentiments, les orientations, les désirs et les attitudes des personnes ; les expériences et les expressions de la sexualité de chacune et chacun sont uniques.

Il est important que les prestataires soient conscients de certains problèmes lorsqu'ils discutent avec leurs clients de sexualité, de diversité sexuelle et de genre, de relations sexuelles et du lien entre la santé sexuelle et reproductive (par exemple l'utilisation de contraceptifs) et les difficultés sexuelles.

Le bien-être sexuel contribue pour beaucoup à la qualité de vie et peut avoir une incidence positive sur des pratiques sexuelles à moindre risque et des relations positives. Cependant, face à des messages sur la sexualité qui sont souvent négatifs et contradictoires, les clients peuvent être déconcertés, avoir honte de leur corps, se poser des questions sur leur sexualité et être privés de l'autonomie d'exercer leurs droits sexuels et reproductifs. Par exemple, les normes de genre, le sexisme, l'âgisme, l'homophobie, la transphobie, l'incapacitisme (pour ne citer qu'eux) sont autant de formes de préjugés et de stéréotypes qui limitent l'épanouissement de soi et les possibilités d'expression sexuelle, en particulier pour les jeunes, les personnes handicapées et les personnes dont l'orientation, l'identité et l'expression de genre et les caractéristiques sexuelles sont diverses.



Pour dispenser un service réel de conseil sur la sexualité et le bien-être sexuel, y compris le plaisir, les prestataires doivent comprendre le contexte de la sexualité. Le processus de conseil doit reconnaître en tout temps la diversité des sexualités qui existent et la reconnaître, l'apprécier et la saluer.

La sexualité comprend tout un éventail d'expériences physiques et émotionnelles qu'une personne peut avoir en relation à son expression sexuelle à des phases distinctes de sa vie. On compte parmi elles des expériences de douleur, de colère, d'anxiété, d'ennui et de déception, ainsi que des expériences de désir, de jouissance et de plaisir. Les rapports sexuels et les relations sexuelles peuvent être douloureux ou agréables, dénués de plaisir de même que source de plaisir, inconfortables de même que satisfaisants, et habilitants – et parfois même tout cela en même temps. Le processus de conseil doit tenir compte de tous ces aspects et bien les comprendre.

Le conseil en sexualité examine le lien qui existe entre ce que la sexualité signifie pour l'individu et les relations qu'il entretient et il peut être utile pour explorer les peurs et les obstacles qu'il rencontre pour s'affirmer [13].

## 4.2 Thématiques du conseil en sexualité et en santé sexuelle

Les sections suivantes décrivent les thématiques liées à la sexualité et aux relations sexuelles et des considérations spéciales qu'un conseiller peut aborder avec ses clients au cours de séances de conseil.

### 4.2.1 Diversité sexuelle

La diversité sexuelle est un terme qui englobe toutes les caractéristiques liées à la diversité des orientations sexuelles, des identités et des expressions de genre, et des caractéristiques sexuelles [19].

Dans de nombreux contextes, les clients présentant une diversité sexuelle et de genre sont victimes d'oppression, de discrimination et de stigmatisation. L'orientation sexuelle ou les relations sexuelles entre personnes de même sexe peuvent influencer la santé et les droits sexuels et reproductifs d'un-e client-e, son bien-être sexuel et sa volonté de parler à des prestataires.

Les personnes intersexuées ont des caractéristiques sexuelles externes ou internes qui illustrent la grande diversité du sexe biologique chez les êtres humains. Intersexué signifie que tous les corps ne relèvent pas de la dichotomie homme-femme.

Un soutien doit être apporté aux personnes transgenres et intersexuées jeunes et adultes pour prendre des décisions autonomes concernant leur propre corps et les prestataires doivent leur apporter des informations et du conseil appropriés sur les opérations chirurgicales ou les thérapies hormonales.

Les prestataires doivent réfléchir à leur niveau de confort et à leurs valeurs en travaillant avec des clients dont les orientations sexuelles, l'identité et l'expression de genre diffèrent des leurs, et veiller à ne pas imposer leurs valeurs aux clients.

Il est important que les prestataires soient conscients des aspects juridiques liés à l'orientation sexuelle. Cela les aidera à soulever le sujet de l'orientation sexuelle avec leurs clients.

Les prestataires ne doivent jamais supposer connaître l'orientation sexuelle de leurs clients et doivent utiliser à tout moment un langage non sexiste et inclusif. Voir le *Chapitre 1 : Principes directeurs et approches* pour plus de précisions sur l'inclusivité et le langage non sexiste.

### 4.2.2 Préoccupations sexuelles

Toutes sortes de facteurs négatifs peuvent nuire à une relation sexuelle. Que ce soient des problèmes physiques et émotionnels, des questions de dépendance, des expériences sexuelles passées ou des difficultés de communication. En interrogeant les clients sur les problèmes qui entravent et stimulent le jeu et le plaisir sexuel pour eux, le conseil peut les aider à peser ces problèmes et à décider s'il existe une possibilité d'accroître les expériences stimulantes positives et de lutter contre les expériences négatives.

Il n'existe pas d'ensemble standard de questions à poser au cours d'une séance de conseil pour aider les clients à prendre confiance en leur sexualité. Il n'en reste pas moins que les conseillers peuvent essayer d'utiliser une série de questions exploratoires simples pour amorcer des conversations sur le sexe et la sexualité et évoquer des sujets comme la jouissance sexuelle, le plaisir, l'inconfort et la douleur.

Les recommandations de l'OMS sur la communication brève relative à la sexualité [20] encouragent les prestataires à explorer et à aborder la sexualité dans les séances de conseil en adoptant l'approche suivante :

- **Se rendre disponible pour le-la client-e :** en instaurant un rapport avec celui-celle-ci. Même si la communication brève relative à la sexualité s'adapte au contexte et aux besoins particuliers, les prestataires de soins de santé peuvent employer certaines questions types pour aborder le sujet de la santé sexuelle d'une manière socialement adaptée, par exemple : « Avez-vous des questions sur la sexualité ou des préoccupations dans ce domaine ? »



- **Intervenir** : poser des questions pour lancer la conversation sur la santé sexuelle et la sexualité, par exemple : « Êtes-vous satisfait-e de votre vie sexuelle ? », « Votre vie sexuelle répond-elle à vos attentes ? » ou « Comment vivez-vous vos relations sexuelles ? »
- **Personnaliser l'approche** : mettre en évidence les problèmes, difficultés, dysfonctionnements ou troubles sexuels et les liens entre ces différents aspects, en posant par exemple les questions suivantes : « Quelles difficultés rencontrez-vous dans l'utilisation des préservatifs ? », « Certaines personnes qui ont le même problème que vous (par exemple cancer, hypertension, diabète, traitement du sida) m'ont dit qu'elles rencontrent aussi des problèmes sexuels. Cela est-il également votre cas ? »

### 4.2.3 Plaisir sexuel et relations sexuelles

Le plaisir sexuel peut signifier différentes choses en fonction des clients et peut être vécu à titre individuel ou en tant qu'expérience partagée.

Le fait de mettre l'accent sur des expériences sexuelles agréables et positives peut aider à aborder des discussions en vue d'adopter des comportements sexuels à moindre risque et des compétences de négociation affirmées. Qui plus est, le fait d'aviser son-sa partenaire de ses préférences sexuelles et d'éprouver du plaisir sexuel en conséquence peut induire une plus grande confiance en soi et une meilleure estime de soi, ce qui peut à son tour renforcer la capacité de l'individu à prendre des décisions éclairées sur des pratiques sexuelles à moindre risque et équitables.

Voici quelques exemples de points de discussion à aborder dans les séances de conseil sur le plaisir sexuel et les relations sexuelles :

- Satisfaction/jouissance physique et psychologique
    - la satisfaction/jouissance physique et psychologique dans les rapports sexuels du-de la client-e
    - les aspects qui rendent les relations sexuelles plus ou moins agréables
  - Autodétermination
    - la capacité du-de la client-e à choisir librement une rencontre sexuelle
    - la contrainte d'avoir une relation sexuelle
  - Consentement
    - difficultés pour parvenir à un accord consensuel sur ce que le-la client-e veut/ne veut pas faire avec ses partenaires sexuels
  - Sécurité
    - ce qui fait sentir le-la client-e à l'aise/mal à l'aise dans ses relations sexuelles
- sa méthode de protection la plus courante
  - dans quelles situations le-la client-e se sent plus/moins en sécurité
  - difficultés à avoir des relations sexuelles sûres
- Intimité
    - les principales difficultés à protéger son intimité
    - les facteurs indépendants de la volonté du-de la client-e pour protéger son intimité lors de ses relations sexuelles
  - Confiance en soi
    - les facteurs qui empêchent le-la client-e de s'exprimer au cours des rencontres
    - y a-t-il quelque chose qui fait que le-la client-e se sent limité-e (par exemple un handicap, son image du corps) ; le rôle du partenaire dans la confiance en soi plus ou moins grande que le-la client-e ressent
  - Communications/négociation
    - la capacité du-de la client-e à parler avec son-sa(ses) partenaire(s) de ce qu'il-elle attend d'une relation sexuelle
    - la capacité à proposer d'explorer des choses nouvelles

### 4.2.4 Dysfonctionnements sexuels

Les prestataires devraient discuter des dysfonctionnements sexuels, de leurs causes possibles et de leur traitement, et encourager les clients à demander de l'aide au besoin. Les deux dysfonctionnements les plus couramment rencontrés sont les suivants :

#### Difficulté à atteindre l'orgasme

- Il s'agit là d'un problème que peuvent connaître des personnes de tous âges. Dans les enquêtes sur les orgasmes, les femmes ont tendance à faire état de plus de difficultés à atteindre un orgasme que les hommes. Pour autant, la qualité et le moment de l'orgasme peuvent être un problème pour les personnes de tous sexes.
- Les prestataires peuvent discuter du plaisir et de l'importance de l'orgasme. Le-la client-e pense-t-il-elle qu'un rapport sexuel doit forcément donner lieu à un orgasme ? Un rapport sexuel peut-il malgré tout être agréable/satisfaisant si ce n'est pas le cas ?
- Atteindre l'orgasme n'est souvent pas aussi simple que ne le font penser les films/la télévision et la pornographie. Par exemple, de nombreuses femmes ont du mal voire n'arrivent pas à atteindre l'orgasme pendant seulement le sexe pénétrant (pénis dans le vagin) et sont susceptibles d'avoir besoin d'une stimulation clitoridienne. Il pourrait être utile de parler de la structure interne du clitoris et du nombre de terminaisons nerveuses dans la partie externe du clitoris par rapport au canal vaginal.



- Parfois, les pressions qui existent pour atteindre l'orgasme pendant les rapports sexuels peuvent exacerber le problème et entraîner des sentiments d'échec. Les prestataires peuvent parler au·à la client·e de ce qui le·a détend et de la façon dont il·elle pourrait initier des relations sexuelles (en solo ou en couple) qui ne se concentrent pas sur l'orgasme comme objectif en soi, mais sur le plaisir/l'intimité.

### Douleurs pendant les rapports sexuels

- Des douleurs pendant les rapports sexuels peuvent être causées par l'état d'esprit d'une personne, des problèmes relationnels, des médicaments, des conditions médicales/gynécologiques et chirurgicales, ou par un·e partenaire ou des pressions sexuelles indésirables [21].
- Personne ne devrait se sentir contraint d'avoir des rapports sexuels qui ne lui procurent pas du plaisir ou qui lui causent des douleurs. Voir le *Chapitre 10 : Violences sexuelles et basées sur le genre* pour des orientations sur le conseil aux survivants de violence sexuelle et les voies d'orientation.
- Il convient d'établir ce que le·la client·e entend par rapports sexuels. Cela signifie-t-il pénétration ? Si c'est le cas, il peut être utile de discuter des autres moyens qui existent de donner et de recevoir du plaisir et de l'importance que cela revêt pour la personne en question d'avoir ce type de rapports sexuels.
- Les douleurs dans le vagin peuvent être le résultat d'une infection, de vaginisme ou d'irritations provoquées par des produits cosmétiques. Les douleurs pelviennes peuvent être dues à une maladie inflammatoire pelvienne, à une endométriose ou à des fibromes. Il est important de poser des questions pour déterminer la cause de la douleur.
- Les douleurs peuvent également être dues à un manque d'excitation et les relations sexuelles pénétrantes peuvent être douloureuses pour les clientes qui en font l'expérience pour la première fois ou les clientes post-ménopausées qui souffrent de sécheresse vaginale. Il est important de parler de consentement et de plaisir ainsi que de lubrification, à la fois naturelle et synthétique.
- La contraception et l'utilisation du préservatif peuvent jouer un rôle important dans le confort physique d'une personne ayant des relations sexuelles pénétrantes ; les prestataires doivent parler de la méthode utilisée par le·la client·e et des impressions qu'il·elle en ressent.

Les prestataires de soins de santé en matière de sexualité et de procréation doivent envisager d'orienter vers un spécialiste les clients présentant de graves dysfonctionnements sexuels qui créent des difficultés pour les clients et leurs partenaires.

Les prestataires doivent savoir vers quels services orienter les clients pour qu'ils reçoivent des soins fiables, positifs à l'égard de la sexualité et impartiaux.

## 5. Environnement favorable

Dans certaines communautés, le conseil peut avoir des connotations négatives en raison de l'embarras et de la stigmatisation qui entourent la sexualité et la santé et les droits sexuels et reproductifs. Il est important que les clients actuels et potentiels se sentent soutenus et acceptés pour obtenir les soins dont ils ont besoin afin de gérer leur vie reproductive.

Les conseillers ont un rôle à jouer en ce qui concerne la santé des adolescents, l'inclusion des personnes handicapées, la diversité des orientations sexuelles, les identités et les expressions de genre et les caractéristiques sexuelles, ainsi que les questions sociales au sein de la communauté. Les conseillers sont souvent très appréciés et respectés par leurs clients et peuvent mener des discussions sur les inégalités, les pratiques néfastes et d'autres questions sensibles et parfois controversées en matière de santé sexuelle et reproductive.

La création d'un environnement favorable au conseil implique une approche multisectorielle/des parties prenantes qui crée des liens entre des cliniques et des organismes gouvernementaux locaux, des écoles, des organisations dirigées par des jeunes, des organisations de personnes handicapées, des membres de la famille et des chefs religieux et communautaires [8,22,23]. De même, le renforcement du soutien apporté au sein des cliniques et des communautés améliore les canaux d'orientation à chaque étape du continuum des soins et crée un environnement qui permet aux individus de développer des comportements positifs en matière de santé sexuelle et reproductive [24].

### 5.1 Renforcement de l'établissement de santé

Pour qu'une clinique puisse fournir à tous les groupes de population des soins de santé sexuelle et reproductive de qualité, le conseil doit respecter les neuf principes fondés sur les droits (voir le *Tableau 1*) et répondre aux conditions relatives aux cliniques décrites au *Chapitre 2 : Conditions nécessaires relatives à l'établissement de santé, antécédents et examen des clients*. L'environnement et les caractéristiques de l'établissement de santé ont une incidence sur la décision d'un·e client·e de s'y présenter pour obtenir de l'information, du conseil et des soins, et d'y revenir [5,11].



## 5.2 Participation de la communauté

Dans certains contextes, c'est peut-être la première fois qu'est engagée une démarche d'éducation, d'information et de conseil en santé et en droits sexuels et reproductifs, d'où l'importance fondamentale d'établir un rapport de confiance avec les membres de la communauté. Donner de l'information et de l'éducation en amont du service de conseil est un moyen de renforcer la confiance, d'améliorer les échanges entre prestataire et client·e et de gagner du temps lors des consultations de conseil où l'apprentissage est amélioré parce que le·la client·e reçoit de l'information et de l'éducation liées à ses besoins spécifiques. À son

tour, le·la client·e client se sent habilité·e à fournir un consentement éclairé pour les soins de santé et à divulguer des informations pour des services référés.

Le *Tableau 2* décrit les stratégies de participation communautaire qui s'attaquent aux obstacles multiples auxquels les clients font face et contribuent à catalyser des comportements positifs en matière de santé sexuelle et reproductive. Ces stratégies sont fondées sur les droits et conçues pour être mises en œuvre dans des contextes informels et formels, y compris dans des situations de crise humanitaire, et sont adaptables pour répondre aux besoins des participants et des groupes les plus marginalisés.

**TABLEAU 2 : Stratégie de participation communautaire pour une santé sexuelle et reproductive positive**

Stratégie	
<b>Mobiliser les chefs religieux et les organisations communautaires de femmes, les jeunes, les personnes ayant diverses orientations sexuelles, identités et expressions de genre et caractéristiques sexuelles, et les personnes handicapées</b>	Il est essentiel de travailler avec les chefs communautaires pour contrecarrer des informations inexacts et dissiper les mythes et les idées fausses sur la santé et les droits sexuels et reproductifs et le conseil qu'une communauté pourrait avoir. Un engagement constructif avec les organisations communautaires qui représentent les femmes, les jeunes, les personnes ayant diverses orientations sexuelles, identités et expressions de genre et caractéristiques sexuelles, et les personnes handicapées, est un moyen de déstigmatiser la santé et les droits sexuels et reproductifs de ces populations, et fournit une occasion de dialogue direct et d'orientation vers des soins de santé
<b>Engagement complet du groupe [25] et transmission d'informations en groupe</b>	Une démarche d'engagement complet du groupe et de transmission d'informations en groupe va au-delà de la sensibilisation des décideurs et des dirigeants, pour s'adresser à des groupes de personnes afin de promouvoir un dialogue ouvert et une compréhension de la santé et des droits sexuels et reproductifs. L'animateur doit fournir des informations et du matériel clairs aux communautés en question. Contrairement au conseil en groupe, cette démarche d'engagement complet du groupe et de transmission d'informations en groupe n'est pas confidentielle. Il est donc important que les participants discutent de problèmes dans des termes généraux et ne divulguent pas de renseignements personnels. La taille idéale du groupe dépend du lieu et du temps disponible, mais généralement des groupes de 10 à 15 personnes donnent lieu à de bonnes discussions. Ces activités de groupe sont très efficaces lorsqu'il s'agit d'établir le contact avec des hommes et garçons et des communautés marginalisées. Pour plus d'informations sur l'approche d'engagement complet du groupe, voir la liste des ressources à la <a href="#">Section 7.1</a>





Stratégie	
<p><b>Clarification des valeurs et transformation des attitudes (CVTA) [10]</b></p>	<p>L'approche CVTA aide les participants à réfléchir à leurs expériences personnelles et aux ressorts essentiels au sein de leurs communautés qui les aident à façonner leurs attitudes et leurs croyances en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs. Les ateliers CVTA visent à explorer en profondeur ces problématiques et sont conçus pour remettre en question les notions préconçues des participants et pour ouvrir la voie à l'acceptation de la santé et des droits sexuels et reproductifs et au soutien qui leur est apporté. Les animateurs formés en CVTA peuvent organiser des ateliers CVTA distincts ou intégrer des activités CVTA dans d'autres initiatives d'engagement communautaire. En outre, des ateliers CVTA peuvent être organisés avec différents groupes communautaires sur diverses questions de santé sexuelle et reproductive et de droits sexuels dans des endroits propices pour les participants. Pour plus d'informations sur les modules de formation sur l'approche CVTA, voir la liste des ressources à la <a href="#">Section 7.1</a></p>
<p><b>Éducation sexuelle intégrée (ESI) [26]</b></p>	<p>L'ESI est une approche d'engagement communautaire fondée sur des bases factuelles qui est dispensée à des enfants, des adolescents et des jeunes. L'IPPF définit l'ESI comme « un processus d'apprentissage global, évolutif et adapté à l'âge, culturellement et contextuellement pertinent et scientifiquement précis, fondé sur une vision des droits humains, de l'égalité de genre, de la positivité sexuelle et de la citoyenneté qui vise à autonomiser les adolescents et les jeunes ». L'ESI leur donne les moyens « d'améliorer et de protéger leur santé, leur bien-être et leur dignité, et de les aider à développer des compétences en réflexion critique, leur citoyenneté ainsi que des relations saines et positives, fondées sur un pied d'égalité. » Pour obtenir plus d'informations sur l'ESI, voir la liste des ressources à la <a href="#">Section 7.1</a></p>

## 6. Modèles de prestation de soins de santé pour le conseil

Alors que les systèmes de santé subissent les pressions exercées par les pandémies, les crises humanitaires et/ou le manque de ressources financières et humaines, l'accès équitable à des informations et à un conseil de qualité devient rare [27]. La santé numérique et le conseil en groupe sont des approches novatrices pour élargir l'accès en dehors du système de santé formel pour les personnes qui souhaitent se livrer à une prise en charge autonome et pour les populations marginalisées et mal desservies qui font face à des obstacles importants à l'accès à un conseil de qualité [27,28].

Les bonnes pratiques du conseil en face-à-face et en personne ont été examinées en détail dans ce chapitre. Tous les concepts de conseil présentés dans ce chapitre peuvent également être utilisés et adaptés aux autres modèles de prestation de conseil décrits dans les sections suivantes.

### 6.1 Conseil en relation

Les conseillers sont souvent confrontés à des questions et à des difficultés, dont beaucoup ne sont pas directement liées à la santé sexuelle et reproductive ou à la sexualité. Il peut s'agir ainsi de difficultés dans les relations et le mariage (par exemple la dot, le mariage précoce et forcé, les questions financières et domestiques), de santé mentale chez les adolescents, ou de difficultés et désaccords entre enfants et parents.

**Important ! Une approche interdisciplinaire doit faire partie intégrante des programmes de santé sexuelle et reproductive et des soins de santé**

Quelles que soient son identité, ses circonstances et ses besoins, toute personne a droit aux mêmes droits en matière de santé sexuelle et reproductive que n'importe qui d'autre. Et il s'agit pour cela de tenir compte de toutes les considérations relatives à la religion, à l'origine nationale et ethnique, à l'âge, au handicap et à l'orientation sexuelle. Il est essentiel de faire en sorte que tous les programmes de santé sexuelle et reproductive et les soins de santé tout au long du continuum des soins soient ancrés dans une approche fondée sur les droits et sur des bases factuelles (voir le [Tableau 1](#)).



### Important !

Le fait qu'un parent ou partenaire renforce ses connaissances et sa compréhension ne devrait pas pour autant compromettre la capacité de prise de décision de l'enfant ou de l'autre partenaire. Les lignes directrices sur le consentement et l'assentiment visées à la [Section 2.3](#) décrivent le protocole que les praticiens doivent utiliser lorsqu'ils conseillent des clients. Pour les couples qui font preuve de communication positive et de respect mutuel, le conseiller peut encourager la communication en couple et la prise de décision partagée.

Il arrive souvent que les préoccupations soient liées à des normes de genre, à des problèmes sociaux ou économiques que connaissent les clients individuels, les couples, les enfants et leurs parents. Souvent, ces problèmes requièrent un examen à long terme et ne peuvent pas être réglés rapidement en une ou deux séances ; il se peut aussi qu'il faille orienter les clients vers des soins plus spécialisés.

Parfois, un rôle de négociation incombera aux conseillers, qui s'accompagnera d'exigences spécifiques pour travailler avec des couples ou avec des parents et leurs enfants, par exemple :

- S'assurer que chacune et chacun peut discuter librement, sans se sentir jugé·e ou intimidé·e et sans que personne ne domine la conversation.
- Aider les clients à faire face à leurs émotions, comme le sentiment de trahison, d'impuissance, de manque d'écoute et atténuer les éventuels déséquilibres de pouvoir.
- Veiller à ce qu'aucune forme de coercition, de menace ou de violence n'entrave le droit d'un individu à son autonomie physique et à sa sécurité. Le conseiller doit donner un aperçu des attentes que l'on peut avoir de la séance de conseil conjointe et documenter séparément le plein consentement de chaque partie assistant au conseil.

## 6.2 Conseil en groupe

Une séance de conseil en groupe permet aux personnes d'évaluer et d'explorer l'ensemble de leurs besoins et de leurs options en matière de santé sexuelle et reproductive et de prendre une décision éclairée quant à une ou plusieurs circonstances se répercutant sur leur vie [26]. Dans le cadre du conseil en groupe, au cours de plusieurs séances, le conseiller établit un rapport avec les participants, guide l'examen des problématiques relatives à la prévention des maladies et/ou d'une grossesse, les options de réduction des risques d'IST (y compris le VIH) et d'autres maladies, ainsi que d'autres informations relatives à la santé sexuelle et reproductive.

Les consultations de conseil en groupe sont à caractère privé et confidentiel, tout comme elles le sont dans le cadre d'une séance de conseil individuel. Ces séances peuvent avoir lieu à l'intérieur d'un établissement de santé ou dans un endroit sûr et accessible. Le conseil en groupe implique la présence d'un conseiller formé et d'un petit groupe de personnes (généralement jusqu'à 10) qui se sentiront à l'aise pour parler ensemble.

Le conseil en groupe peut porter sur un sujet particulier de santé sexuelle et reproductive ou peut être destiné à des groupes marginalisés spécifiques (par exemple des adolescents, des jeunes vivant avec le VIH, des survivants de VSBG, les personnes handicapées) et consister en des méthodologies d'apprentissage qui fournissent une voie permettant aux membres du groupe de prendre des décisions éclairées sur leurs besoins globaux en matière de santé sexuelle et reproductive. Toutes sortes de méthodes peuvent être employées, notamment des activités brise-glace et des exercices de mise en confiance, le partage d'expériences, des discussions seulement, le renforcement de compétences et la résolution de problèmes [29].

## 6.3 Interventions numériques : le conseil au téléphone et en ligne

Cela fait des dizaines d'années qu'existe le conseil au téléphone et par des lignes téléphoniques spécifiques, dont l'efficacité a été particulièrement attestée pendant la pandémie et dans des situations de crise, en particulier pour les adolescents, les jeunes et les personnes ayant des problèmes de mobilité.

Pour le conseil en ligne, on parle également de conseil virtuel, cyber-thérapie, cyber-conseil et télé-conseil. Le conseil en ligne peut se faire par courriel, par vidéoconférence, par service de téléphonie sur Internet ou par chat en ligne.

Bien que le conseil téléphonique et en ligne présente des avantages et des inconvénients (voir le [Tableau 3](#) – page suivante), ces interventions de santé numérique devraient cibler les groupes et les individus marginalisés afin d'élargir la couverture des contacts et de générer de la demande [30]. Celles-ci devraient compléter des approches non numériques de partage d'informations et de conseil et éviter d'aggraver les inégalités lorsque les personnes n'ont pas accès aux technologies [30].



**TABLEAU 3 : Avantages et inconvénients du conseil téléphonique et en ligne**

Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aucune limite géographique, particulièrement utile en cas de pandémie.</li> <li>• Pas besoin de prendre d'autres dispositions pour prendre rendez-vous (par ex. garde d'enfants, arrêt de travail, etc.).</li> <li>• Dans le cas du conseil en ligne, garantie d'anonymat aux clients, ce que beaucoup d'entre eux apprécient. Certains se sentent plus libres de confier leurs problèmes qu'ils ne le seraient en face à face.</li> <li>• Idéal pour les personnes qui ont du mal à se déplacer, qui ont des problèmes de mobilité ou qui vivent dans des zones difficiles d'accès et reculées.</li> <li>• Moyen efficace d'accéder à du conseil qui autrement n'aurait pas forcément été disponible.</li> <li>• Élimine la stigmatisation d'assister physiquement à une séance de conseil.</li> <li>• Accessible à tout moment – de nombreux services de conseil en ligne offrent un service 24 heures sur 24.</li> <li>• Garantie des mêmes normes éthiques et confidentielles que le conseil en personne.</li> <li>• Généralement, il n'est pas nécessaire de s'engager à respecter des horaires fixes pour le conseil, bien que certains services de conseil en ligne puissent exiger la prise de rendez-vous préalable.</li> <li>• La plupart des services de conseil en ligne se donnent pour objectif de répondre aux courriels dans les 24 à 48 heures.</li> <li>• Davantage de temps accordé au-à la client-e. Le-la client-e peut envoyer un courriel ou soumettre des questions sur un forum et aura le temps non seulement de réfléchir à la réponse du conseiller et au conseil prodigué, mais aussi de poser des questions.</li> <li>• Moins cher que de voir un conseiller en face-à-face.</li> <li>• La rédaction d'un courriel pour y énoncer ses préoccupations peut être utile au-à la client-e pour réfléchir à ses propos, à sa façon de les formuler, etc., ce qui est une partie importante du processus de conseil.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non disponible pour celles et ceux qui n'ont pas accès à des plateformes numériques ou de télécommunication.</li> <li>• Les communications non verbales forment une partie importante du conseil. Il se produit peu de communications non verbales entre le-la client-e et le conseiller. Le conseiller peut ne pas remarquer des signaux qui lui auraient été visibles dans le cadre d'une communication en face à face. De son côté, le-la client-e peut ne pas voir comment le conseiller y répond, ce qui peut être source de confusion.</li> <li>• Une difficulté pratique qui peut se produire avec le conseil téléphonique et en ligne tient à des problèmes de connexion (Internet, réception téléphonique) ou à des problèmes pour les personnes ayant une déficience auditive.</li> <li>• Une mauvaise connectivité ou une perte de connexion Internet peut retarder le traitement, les réponses et les courriels, autant de facteurs qui peuvent avoir une incidence sur le-la client-e. Le conseiller et le-la client-e doivent convenir de la marche à suivre en pareil cas.</li> <li>• Des problèmes de sécurité peuvent potentiellement se poser si quelqu'un pirate l'ordinateur/téléphone mobile du-de la client-e ou du conseiller et donc compromet la confidentialité.</li> <li>• Avec le conseil en ligne, l'immédiateté de la réponse n'est pas toujours possible, au détriment du-de la client-e qui le désire.</li> <li>• Comme pour toute communication, des malentendus ou des incompréhensions peuvent se produire. Le conseiller peut se tromper sur l'importance d'une question par rapport à une autre pour le-la client-e. Le-la client-e peut également mal comprendre ce que dit le conseiller.</li> <li>• Le conseil en ligne exige que le-la client-e et le prestataire possèdent des compétences en informatique et en technologies numériques et qu'ils sont capables de s'exprimer par écrit (s'ils utilisent des courriels et des forums de discussion).</li> <li>• Le conseil en ligne et par téléphone n'est pas toujours un mode de communication approprié pour les clients atteints de pathologies complexes ou graves (par exemple, des handicaps).</li> <li>• Même si les conseillers en ligne ou par téléphone sont soumis aux mêmes lignes directrices éthiques que leurs collègues dans leur pays, elles ne correspondent peut-être pas à celles en vigueur dans le pays du-de la client-e. Par exemple, le-la client-e peut se trouver dans le pays A et le conseiller dans le pays B, où les lignes directrices ou normes éthiques sont différentes.</li> </ul>



## 7. Bibliographie

- [1] Ali M, Tran NT. Defining counselling in contraceptive information and services: outcomes from an expert think tank. *BMJ Sex Reprod Health*. 2022;48(2):79–81.
- [2] Organisation mondiale de la Santé. Manuel pour le renforcement des compétences : le conseil pour la prise en charge de la santé maternelle et néonatale. Genève : OMS ; 2013. Disponible à : [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44392/9789242547627\\_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y6](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44392/9789242547627_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y6). Site consulté le 9 août 2021.
- [3] Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire. Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire. Disponible à : <https://iawgfieldmanual.com/>. Site consulté le 9 août 2021.
- [4] IPPF SARO, TARSHI. Training Manual on Integrated Counselling: Sexual and Reproductive Health Rights for All. 2014. Disponible à : <https://www.tarshi.net/index.asp?pid=34>. Site consulté le 9 août 2021.
- [5] Organisation mondiale de la Santé et Département Santé reproductive et recherche (OMS/SRR) et Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP), Knowledge for Health Project. Family Planning: A Global Handbook for Providers (mise à jour 2018). Baltimore et Genève : CCP et OMS, 2018. Disponible à : <https://fp handbook.org/>. Site consulté le 9 août 2021.
- [6] Organisation mondiale de la Santé. Quality of care in contraceptive information and services, based on human rights standards: A checklist for health care providers. Genève : OMS ; 2014. Disponible à : <https://www.who.int/publications/i/item/9789241512091>. Site consulté le 9 août 2021.
- [7] Kumar J. How Does Quality of Care Relate to a Rights-based Approach to Family Planning Programs? New York : Population Council; 2014. Disponible à : [https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2015RH\\_QOC-RightsBasedFP\\_wp1.pdf](https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2015RH_QOC-RightsBasedFP_wp1.pdf). Site consulté le 9 août 2021.
- [8] Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire. Boîte à outils pour la santé sexuelle et reproductive des adolescent-e-s (SSRA) en situations de crise humanitaire : Édition de 2020. Disponible à : <https://iawg.net/resources/adolescent-sexual-and-reproductive-health-asrhtoolkit-for-humanitarian-settings-2020-edition/la-version-fran%3%A7aise-de-la-la-bo%3%AEte-%3%AO-outils-pour-la-sant%3%A9-sexuelle-et-reproductive-des-adolescent-e-s-ssra>. Site consulté le 9 août 2021.
- [9] Organisation mondiale de la Santé. Quality of care in the provision of sexual and reproductive health services. Evidence from a WHO research initiative. Genève : OMS ; 2011. Disponible à : [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44343/9789241501897\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44343/9789241501897_eng.pdf). Site consulté le 9 août 2021.
- [10] Ipas. Transformation des attitudes face à l'avortement : Trousse à outils de clarification des valeurs destinée au professionnels de l'humanitaire. Ipas : Chapel Hill, Caroline du Nord ; 2018. Disponible à : <https://www.ipas.org/resource/transformation-des-attitudes-face-a-lavortement-trousse-a-outils-de-clarification-des-valeurs-destinee-aux-professionnels-de-lhumanitaire/>. Site consulté le 9 août 2021.
- [11] Training Resource Package for Family Planning [website]. Family planning counselling. Disponible à : <https://www.fptraining.org/training/8/>. Site consulté le 13 juin 2022.
- [12] EngenderHealth. REDI: A Client-Centered Counseling Framework. Washington D.C : EngenderHealth ; 2018. Disponible à : [https://www.engenderhealth.org/wp-content/uploads/2021/12/REDI\\_Trainers\\_Manual\\_Parts-1-2-3.pdf](https://www.engenderhealth.org/wp-content/uploads/2021/12/REDI_Trainers_Manual_Parts-1-2-3.pdf). Site consulté le 9 août 2021.
- [13] Fédération internationale pour la planification familiale, Association mondiale de la santé sexuelle. Fulfil! Guidance document for the implementation of young people's sexual rights. 2016. Disponible à : <https://www.ippf.org/resource/fulfil-guidance-document-implementation-young-peoples-sexual-rights-ippf-was>. Site consulté le 9 août 2021.
- [14] Williams T, Schutt-Ainé J, Cuca Y. Measuring Family Planning Service Quality Through Client Satisfaction Exit Interviews. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2000;26(2):63–71. Disponible à : <https://www.guttmacher.org/journals/ipsrh/2000/measuring-family-planning-service-quality-through-client-satisfaction-exit>. Site consulté le 9 août 2021.
- [15] Division de la population des Nations Unies. Commission de la population et du développement, 54<sup>e</sup> session (2021). Disponible à : <https://www.un.org/development/desa/pd/events/commission-population-and-development-fifty-fourth-session>. Site consulté le 9 août 2021.
- [16] Commission des femmes pour les réfugiés, Comité international de secours. Building Capacity for Disability Inclusion in Gender-Based Violence Programming in Humanitarian Settings. New York : WRC ; 2015. Disponible à : <https://www.womensrefugeecommission.org/wp-content/uploads/2020/04/GBV-Disability-Toolkit-English.pdf>. Site consulté le 9 août 2021.



- [17] National LGBT Health Education Center. Providing inclusive services and care for LGBT people: A guide for health care staff. Disponible à : <https://www.lgbtqiahealtheducation.org/wp-content/uploads/Providing-Inclusive-Services-and-Care-for-LGBT-People.pdf>. Site consulté le 9 août 2021.
- [18] Comité permanent interorganisations. Directives pour l'intégration d'interventions ciblant la violence basée sur le genre dans l'action humanitaire : Réduction des risques, promotion de la résilience et aide au relèvement. 2015. Disponible à : [https://gbvguidelines.org/wp/wp-content/uploads/2016/03/2015-IASC-Directrices-VBG\\_version-francaise.pdf](https://gbvguidelines.org/wp/wp-content/uploads/2016/03/2015-IASC-Directrices-VBG_version-francaise.pdf). Site consulté le 1 avril 2022.
- [19] Forum Asie-Pacifique, Programme des Nations Unies pour le développement. Promoting and Protecting Human Rights in relation to Sexual Orientation, Gender Identity and Sex Characteristics: A Manual for National Human Rights Institutions. Sydney et Bangkok : APF et PNUD ; 2016. Disponible à : <https://www.refworld.org/pdfid/58c2b57f4.pdf>. Site consulté le 9 août 2021.
- [20] Organisation mondiale de la Santé. Communication brève relative à la sexualité. Genève : OMS ; 2015. Disponible à : <https://www.who.int/fr/publications/item/9789241549004>. Site consulté le 9 août 2021.
- [21] American College of Obstetricians and Gynecologists. FAQs: When sex is painful. Disponible à : <https://www.acog.org/womens-health/faqs/when-sex-is-painful>. Site consulté le 9 août 2021.
- [22] Organisation mondiale de la Santé. Integrating stakeholder and community engagement in quality of care initiatives for maternal, newborn and child health. Genève : OMS ; 2020. Disponible à : <https://www.who.int/publications/item/9789240006317>. Site consulté le 9 août 2021.
- [23] Fédération internationale pour la planification familiale. Cadre de l'IPPF pour une éducation sexuelle intégrée (ESI). Londres : IPPF ; 2010. Disponible à : [https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf\\_framework\\_for\\_comprehensive\\_sexuality\\_education.pdf](https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_framework_for_comprehensive_sexuality_education.pdf). Site consulté le 9 août 2021.
- [24] Organisation mondiale de la Santé, UNFPA. Strengthening the capacity of community health workers to deliver care for sexual, reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health. Genève : OMS ; 2015. Disponible à : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/174112>. Site consulté le 9 août 2021.
- [25] High-Impact Practices in Family Planning (HIPs). Community engagement: changing norms to improve sexual and reproductive health. Washington, DC : USAID ; 2016. Disponible à : <http://www.fphighimpactpractices.org/briefs/community-group-engagement>. Site consulté le 9 août 2021.
- [26] Fédération internationale pour la planification familiale. Deliver + Enable Toolkit: Scaling-up comprehensive sexuality education (CSE). Londres : IPPF ; 2017. Disponible à : <https://www.ippf.org/resource/deliverenable-toolkit-scaling-comprehensive-sexuality-education-cse>. Site consulté le 9 août 2021.
- [27] Organisation mondiale de la Santé. Lignes directrices de l'OMS sur les interventions d'auto-prise en charge pour la santé et le bien-être, révision 2022. Genève : OMS ; 2022. Disponible à : <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789240052239>. Site consulté le 14 juillet 2022.
- [28] Chattu VK, Lopes CA, Javed S, Yaya S. Fulfilling the promise of digital health interventions (DHI) to promote women's sexual, reproductive and mental health in the aftermath of COVID-19. *Reprod Health*. 2021;18(1):112.
- [29] Turner K, Wegs C, Randall-David B. Effective training in reproductive health: Course design and delivery. Trainer's Manual. Chapel Hill, Caroline du Nord : Ipas ; 2003, 2011. Disponible à : [https://www.ipas.org/wp-content/uploads/2020/09/Effective-training-in-reproductive-health-Training-Manual-EFFTRAIN-E12\\_lr.pdf](https://www.ipas.org/wp-content/uploads/2020/09/Effective-training-in-reproductive-health-Training-Manual-EFFTRAIN-E12_lr.pdf). Site consulté le 9 août 2021.
- [30] Organisation mondiale de la Santé. Lignes directrices de l'OMS : recommandations sur les interventions numériques pour le renforcement des systèmes de santé. Genève : OMS ; 2019. Disponible à : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311941/9789241550505-eng.pdf?ua=1>. Site consulté le 9 août 2021.



## 7.1 Ressources

En plus de la liste de référence, la liste suivante fournit d'autres outils et ressources qui se concentrent sur le conseil fondé sur les droits et centré sur les clients en matière de santé sexuelle et reproductive.

EngenderHealth, UNFPA. Engaging men in sexual and reproductive health and rights, including family planning. 2017. Disponible à : <https://www.unfpa.org/resources/engaging-men-sexual-and-reproductive-health-and-rights-including-family-planning>

Global Health Media [site Internet]. Vidéos de formation sur la santé reproductive, maternelle et néonatale. Disponible à : <https://globalhealthmedia.org/>

Ipas. Accès pour toutes : Inclusion des personnes en situation de handicap dans les services d'avortement et de contraception : Guide. Chapel Hill, Caroline du Nord : Ipas; 2018. Disponible à : <https://www.ipas.org/resource/acces-pour-toutes-inclusion-des-personnes-en-situation-de-handicap-dans-les-services-d'avortement-et-de-contraception-guide/>

Fédération internationale pour la planification familiale. Éducation complète à la sexualité des 10 à 14 ans. Londres : IPPF; 2021. Disponible à : <https://www.ippf.org/resource/cse-activity-guide-10-14-years-old>

Maternal and Child Survival Program. Adolescent age and life-stage assessment and counseling tools. Décembre 2016. Disponible à : [https://www.mcsprogram.org/wp-content/uploads/2017/03/Adolescent%20Age%20and%20Lifestage%20Toolkit%20and%20Counseling%20Cards%202\\_3\\_2017.pdf](https://www.mcsprogram.org/wp-content/uploads/2017/03/Adolescent%20Age%20and%20Lifestage%20Toolkit%20and%20Counseling%20Cards%202_3_2017.pdf)

Pathfinder International. Cartes Aide-Mémoire de Conseils pour Adolescents sur la Contraception. 2016. Disponible à : [https://www.pathfinder.org/wp-content/uploads/2016/11/Adolescent-Contraception-Cue-Cards\\_French.pdf](https://www.pathfinder.org/wp-content/uploads/2016/11/Adolescent-Contraception-Cue-Cards_French.pdf)

Pathfinder International. Cartes Aide-Mémoire de Conseils pour Adultes sur la Contraception. 2016. Disponible à : [https://www.pathfinder.org/wp-content/uploads/2016/11/Adult-Contraception-Cue-Cards\\_French.pdf](https://www.pathfinder.org/wp-content/uploads/2016/11/Adult-Contraception-Cue-Cards_French.pdf)

Conseil de population. Stratégie de Counseling Équilibré Plus : Une trousse à outils pour les prestataires de services en planification familiale travaillant dans des contextes de haute prévalence d'IST/VIH (Troisième édition). 2015. Disponible à : <https://www.popcouncil.org/research/the-balanced-conseil-strategy-plus-a-toolkit-for-family-planning-service>

Organisation mondiale de la Santé [site Internet]. Engaging men, addressing harmful masculinities to improve sexual and reproductive health and rights. 26 septembre 2019. Disponible à : <https://www.who.int/news/item/26-09-2019-engaging-men-addressing-harmful-masculinities-to-improve-sexual-and-reproductive-health-and-rights>

Organisation mondiale de la Santé. FAQ on health and sexual diversity: An introduction to key concepts. Genève : OMS; 2016. Disponible à : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255340>

Organisation mondiale de la Santé. HIV and Adolescents: Guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV. Genève : OMS; 2013. Disponible à : <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506168>

Organisation mondiale de la Santé. A guide to family planning for community health workers and their clients. Genève : OMS; 2012. Disponible à : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44882>

Adapté de l'Organisation mondiale de la Santé, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Center for Communication Programs. Information and Knowledge for Optimal Health (INFO). Outil d'aide à la prise de décision à l'usage des clients et des prestataires de planification familiale. Baltimore, Maryland, INFO et Genève, OMS; 2005. Disponible à : <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9241593229>

Organisation mondiale de la Santé, UNFPA. Promoting sexual and reproductive health for persons with disabilities: WHO/UNFPA guidance note. Genève : OMS; 2009. Disponible à : [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/srh\\_for\\_disabilities.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/srh_for_disabilities.pdf)

# Chapitre 4 : Contraception

## sommaire

<b>1. Introduction</b>	<b>81</b>
<b>2. Conseil pour la fourniture et l'utilisation de contraceptifs</b>	<b>81</b>
2.1 Choix de la méthode contraceptive	82
2.2 Fourniture de la méthode choisie	84
2.3 Conseil aux client-e-s qui reviennent consulter	85
2.4 Conseil à l'intention de groupes spéciaux	85
<b>3. Méthodes de contraception à action prolongée et réversible</b>	<b>87</b>
3.1 Implant à progestatif seul	87
3.2 Contraception intra-utérine	90
<b>4. Méthodes contraceptives permanentes</b>	<b>96</b>
4.1 Stérilisation féminine	96
4.2 Vasectomie	100
<b>5. Méthodes de contraception à courte durée d'action et réversible</b>	<b>103</b>
5.1 Contraceptifs hormonaux combinés	103
5.2 Contraceptifs injectables à progestatifs seuls	110
5.3 Pilule de progestatif seul	115
<b>6. Méthodes contraceptives barrières</b>	<b>117</b>
6.1 Le préservatif masculin (externe) et le préservatif féminin (interne)	117
6.2 Diaphragme et cape cervicale	120
6.3 Spermicides	125

<b>7. Méthodes contraceptives comportementales</b>	<b>126</b>
7.1 Méthode de l'aménorrhée durant l'allaitement	126
7.2 Méthodes basées sur la connaissance de la fécondité	128
7.3 Retrait (coït interrompu)	132
<b>8. Contraception d'urgence</b>	<b>133</b>
8.1 Conseil à la cliente : Pilule contraceptive d'urgence et dispositif intra-utérin pour la contraception d'urgence	133
<b>9. Innovations numériques pour l'accès à la contraception</b>	<b>136</b>
<b>10. Bibliographie</b>	<b>137</b>
<b>11. Annexes</b>	<b>139</b>
Annexe 1 : Critères de recevabilité médicale pour les dispositifs intra-utérins, les méthodes hormonales et la stérilisation	139
Annexe 2 : Comparaison de l'efficacité type des méthodes contraceptives	149
Annexe 3 : Éliminer l'éventualité de grossesse – quand utiliser la liste de contrôle de grossesse et quand utiliser un test de grossesse	150
Annexe 4 : Insertion d'implant à un bâtonnet	153
Annexe 5 : Insertion d'implant à deux bâtonnets	154
Annexe 6 : Retrait d'implant standard	155
Annexe 7 : Étapes pour l'insertion de dispositifs intra-utérins et aide-mémoire spécifiques	156
Annexe 8 : Marche à suivre par la cliente qui a oublié de prendre une pilule contraceptive	164



## 1. Introduction

La contraception procure des avantages évidents pour la santé. La prévention des grossesses non désirées diminue la morbidité et la mortalité maternelles et infantiles, elle accroît le niveau d'instruction, elle fait reculer la pauvreté et elle aide les individus à prendre le contrôle de leur sexualité, de leur santé et de leur reproduction [1]. Certains contraceptifs offrent également des avantages directs pour la santé en traitant certaines pathologies et en diminuant le risque de certains cancers. Toutefois, dans de nombreux contextes, les besoins non satisfaits en matière de contraception demeurent élevés, en particulier parmi les populations marginalisées telles que les jeunes, les personnes vivant dans des zones géographiques difficiles d'accès, les personnes itinérantes et déplacées internes, les personnes vivant avec le VIH, les personnes handicapées ou vivant dans la pauvreté, ainsi que d'autres groupes mal desservis [2].

L'accès rapide et à un coût abordable à des informations et des soins de qualité en matière de santé sexuelle et reproductive, fournis d'une manière qui garantit une prise de décision pleinement éclairée, qui respecte la dignité, l'autonomie, l'intimité et la confidentialité, et qui est sensible aux besoins et aux points de vue des individus, constitue un fondement essentiel de l'approche de la Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF) dont l'ambition est de satisfaire les besoins en matière de santé sexuelle et reproductive de chacune et chacun. La création de structures qui permettent à tous d'accéder à une contraception de qualité fondée sur les droits a des conséquences dont la portée dépasse les avantages pour le bien-être personnel. Ce chapitre fournit des informations précises, mises à jour et fondées sur des bases factuelles sur la contraception et le conseil en contraception, afin d'aider les prestataires de soins de santé à fournir des soins contraceptifs de qualité et centrés sur les clients.

## 2. Conseil pour la fourniture et l'utilisation de contraceptifs

Un conseil efficace sur les méthodes contraceptives fait partie intégrante du conseil intégré en matière de santé sexuelle et reproductive. Voir le *Chapitre 3 : Conseil* pour obtenir des informations spécifiques en ce qui concerne le conseil intégré en matière de santé sexuelle et reproductive et les stratégies pour dispenser un conseil respectueux de l'autonomie et des droits de l'individu. L'*Encadré 1* (page suivante) fournit une liste d'outils recommandés de conseil en contraception pour les prestataires de soins de santé et les conseillers.

### SIGLES ET ABRÉVIATIONS

<b>AINS</b>	médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens
<b>AMPR</b>	acétate de médroxyprogestérone retard
<b>CE</b>	contraception d'urgence
<b>CHC</b>	contraceptif hormonal combiné
<b>CIC</b>	contraceptif injectable combiné
<b>CIPS</b>	contraceptif injectable à progestatif seul
<b>COC</b>	contraceptif oral combiné
<b>DIU</b>	dispositif intra-utérin
<b>DIU-CE</b>	dispositif intra-utérin pour une contraception d'urgence
<b>DIU-LNG</b>	dispositif intra-utérin au lévonogestrel
<b>EN-NET</b>	énantate de noréthistérone
<b>ETG</b>	étonogestrel
<b>IMC</b>	indice de masse corporelle
<b>IPPF</b>	Fédération internationale pour la planification familiale
<b>IST</b>	infection sexuellement transmissible
<b>LNG</b>	lévonorgestrel
<b>MPI</b>	maladie pelvienne inflammatoire
<b>NET</b>	noréthistérone
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la Santé
<b>PCU</b>	pilule contraceptive d'urgence
<b>PCU-COC</b>	pilule contraceptive d'urgence orale combinée
<b>PCU-LNG</b>	pilule contraceptive d'urgence au lévonorgestrel
<b>PCU-UPA</b>	pilule contraceptive d'urgence à base d'acétate d'ulipristal

En évaluant de manière globale la santé sexuelle et reproductive du-de la client-e et ses besoins à cet égard, les conseillers peuvent déterminer la raison principale de la consultation du-de la client-e et déterminer d'autres soins de santé sexuelle et reproductive qui pourraient lui être bénéfiques. Il peut ne pas être possible de prodiguer la totalité des soins requis lors d'une même visite et plusieurs peuvent être nécessaires. Dans ce cas, il est important de tenir compte de la raison principale de la consultation

du-de la client-e. La priorité est de ne pas retarder la prestation de soins de santé pour des infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH, des soins préventifs, des soins d'avortement, des soins postnatals et d'autres soins et de ne pas créer d'obstacles à la fourniture de soins contraceptifs.

Le but du conseil en contraception est d'aider la personne à déterminer et à utiliser avec succès la méthode contraceptive qui lui convient le mieux, en fonction de sa situation unique, de ses valeurs et de ses priorités personnelles. La fourniture d'informations et de soins contraceptifs qui reconnaissent les besoins et les préférences d'une personne dans le respect de son intimité, de son autonomie et d'une prise de décision éclairée, augmente la satisfaction du-de la client-e et son utilisation continue de moyens contraceptifs [3].

Le conseil en contraception doit prendre en compte l'éventail complet des méthodes contraceptives disponibles et comporter une brève évaluation pour déterminer les méthodes qui sont sûres d'utilisation pour le-la client-e, un volet de conseil pour l'aider à choisir une méthode appropriée et à l'utiliser correctement et de manière cohérente, et la fourniture de la méthode – de préférence sur place, mais par orientation en consultation externe si nécessaire (voir l'Encadré 1).

### ENCADRÉ 1 : Outils recommandés de conseil sur les méthodes contraceptives

Plusieurs outils sont disponibles pour aider les prestataires de soins de santé et les conseillers à fournir un conseil sur les méthodes contraceptives de qualité, fondé sur les droits et centré sur les clients :

- Cartes d'information sur la contraception (Pathfinder International, 2016) :
  - Pour adultes : <https://www.pathfinder.org/wp-content/uploads/2016/12/Adult-Contraception-Cue-Cards.pdf>
  - Pour adolescents : <https://www.pathfinder.org/wp-content/uploads/2016/12/Adolescent-Contraception-Cue-Cards.pdf>
- Stratégie de Counseling Équilibré Plus : Une trousse à outils pour les prestataires de services en planification familiale travaillant dans des contextes de haute prévalence d'IST/VIH (Troisième édition). (Conseil de population, 2015) :
  - <https://www.popcouncil.org/research/the-balanced-counseling-strategy-plus-a-toolkit-for-family-planning-service>
- A guide to family planning for community health workers and their clients (OMS, 2012) :
  - <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44882>

## 2.1 Choix de la méthode contraceptive

**Il convient de réaliser l'anamnèse complète de chaque client-e afin de déterminer si des méthodes de contraception sont contre-indiquées et si les avantages non contraceptifs de certaines méthodes pourraient lui être bénéfiques.**

Voir le *Chapitre 2 : Conditions nécessaires relatives à l'établissement de santé, antécédents et examen des clients* pour connaître le type de renseignements à recueillir dans le cadre de l'anamnèse médicale. La plupart des clients pourront commencer à prendre une méthode contraceptive sans aucun examen et sans aucune analyse en laboratoire ou très limités. Les sections consacrées spécifiquement à chaque méthode donnent des indications sur les examens nécessaires à effectuer avant la mise en route d'une méthode et les avantages non contraceptifs de certaines d'entre elles. Les recommandations sur les méthodes qui peuvent être utilisées en toute sécurité par les clients présentant des caractéristiques physiques ou des pathologies spécifiques, ou qui prennent certains médicaments, sont principalement tirées des *Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives* de l'Organisation mondiale de la Santé [4] (voir l'Annexe 1).

Le prestataire doit **clarifier l'intention du-de la client-e en matière de grossesse et ses objectifs futurs en matière de reproduction**, s'ils sont connus. Le fait de poser quelques questions essentielles (voir l'Encadré 2 : *Questions utiles pour éclairer le conseil en contraception centré sur les clients* – page suivante) est l'occasion pour les clients d'exprimer leur avis à l'égard de la reproduction et, s'ils veulent prévenir une grossesse, d'examiner le degré de motivation à le faire. Les prestataires doivent savoir que certaines clientes peuvent ne pas vouloir avoir d'enfants et que d'autres peuvent avoir des désirs contradictoires à l'égard d'une grossesse (ayant à la fois un certain degré de désir de tomber enceinte et d'éviter une grossesse) [5].

Les questions que le prestataire pose au-à la client-e sur son **expérience antérieure en matière de contraceptifs** lui donne une idée des effets contraceptifs et des effets secondaires qui lui sont acceptables et ceux qui ne le sont pas. Dans le cas d'un-e client-e qui n'a jamais utilisé de contraceptifs, le prestataire peut se faire une idée des méthodes jugées acceptables et corriger les idées fausses ou les perceptions erronées en lui posant des questions sur les expériences de membres de sa famille ou d'amis au sujet de méthodes contraceptives spécifiques ou sur les rumeurs qui courent à propos de certaines méthodes.

Pour accompagner le-la client-e dans son choix du contraceptif qui convient le mieux à ses besoins individuels, il est utile pour le prestataire de l'interroger sur ses **préférences en matière de contraceptif**, comme son désir de continuer à avoir des règles tous les mois ou la nécessité de ne pas divulguer la méthode utilisée à des parents ou un partenaire.

## ENCADRÉ 2 : Questions utiles pour éclairer le conseil en contraception centré sur les clients

Clarification de l'intention de grossesse et des objectifs futurs en matière de reproduction :

- Avez-vous des enfants actuellement ?
- Pensez-vous que vous pourriez désirer avoir des enfants (plus d'enfants) à un moment ou un autre ? Si oui, quel serait un bon moment pour vous ?
- Dans quelle mesure est-il important que vous évitiez une grossesse d'ici là ?

Évaluation des connaissances et des expériences en matière de contraception :

- Quelle(s) méthode(s) de contraception utilisez-vous actuellement, le cas échéant ?
- Quelle(s) méthode(s) de contraception avez-vous utilisée(s) par le passé ?
- Avez-vous déjà utilisé une contraception d'urgence ?
- Qu'avez-vous aimé et n'avez pas aimé dans les méthodes que vous avez essayées ?
- De quelles méthodes avez-vous entendu parler ? Qu'est-ce que vous aimez ou n'aimez pas à propos de ces méthodes ?
- Quelles méthodes des membres de votre famille ou vos amis ont-ils utilisées ? Qu'est-ce qu'ils aiment ou n'aiment pas à propos de ces méthodes ?

Évaluation des préférences en matière de contraception :

- Avez-vous une méthode en tête aujourd'hui ? Qu'est-ce que vous aimez à propos de cette méthode ?
- Dans quelle mesure vous serait-il facile ou difficile de prendre une pilule tous les jours/de poser un patch une fois par semaine/de remplacer un anneau vaginal une fois par mois/d'utiliser une méthode à chaque fois que vous avez des rapports sexuels/de retourner au centre de santé pour des injections ?
- Dans quelle mesure est-il important que vous ayez des règles régulières ? Êtes-vous intéressée à l'idée d'avoir des règles plus légères/moins fréquentes/pas du tout de règles ?
- Que pensez-vous de l'idée de prendre des hormones pour éviter de tomber enceinte ?
- Que pensez-vous d'avoir un objet dans votre corps qui empêche de tomber enceinte ?
- Votre partenaire soutient-il votre utilisation de la contraception ?
- Avez-vous besoin de garder secrète votre utilisation de contraceptifs ?

Source : Adapté de Cason et Aiken [5] et de l'OMS [6].

Il incombe au prestataire d'éduquer le-la client-e sur les méthodes contraceptives qui peuvent être utilisées en toute sécurité en fonction de leur recevabilité médicale et l'aider à envisager ces méthodes en utilisant le cadre des objectifs de reproduction et en se basant sur ses préférences en matière de contraception.

Lorsqu'il s'agit d'éduquer le-la client-e au sujet des méthodes utilisables en toute sécurité, la fourniture d'informations claires sur les caractéristiques suivantes au sujet des méthodes peut l'aider à faire un choix éclairé [7] :

- **Avantages et inconvénients de la méthode.**
- **Bonne utilisation de la méthode.** Le mode d'administration, la fréquence d'utilisation, l'option d'un cycle prolongé ou d'un cycle continu, ainsi que le besoin et la fréquence de produits/doses supplémentaires peuvent être des considérations importantes pour le-la client-e lors du choix d'une méthode.

- **Efficacité de la méthode. Il est recommandé au prestataire de présenter les informations sur les méthodes de contraception réversible en utilisant une approche à efficacité progressive, qui présente en premier les informations sur les méthodes les plus efficaces (voir l'Annexe 2).** L'ordre des informations présentées dans ce chapitre suit le degré d'efficacité de la méthode.
- **Avantages non contraceptifs.** Bien qu'il ne s'agisse généralement pas là du principal critère pour décider d'une méthode, la connaissance de ces avantages peut aider le-la client-e à faire son choix et l'inciter à l'utiliser de manière cohérente et correcte.
- **Effets secondaires courants.** Les idées fausses sur la contraception sont très répandues, d'où l'importance de commencer par indiquer que la plupart des clients ne ressentent pas d'effets secondaires.
- **Retour à la fécondité après arrêt de la méthode.**
- **Protection contre les IST, y compris le VIH.** Les clients doivent être informés que seul le préservatif offre une protection contre les IST et le VIH.

## 2.2 Fourniture de la méthode choisie

Le prestataire doit conseiller à la cliente de mettre en route la contraception au moment de sa consultation, plutôt que d'attendre ses prochaines règles, s'il peut être raisonnablement certain que la cliente n'est pas enceinte (voir l'*Encadré 3*). Voir l'*Annexe 3* pour plus d'informations sur la façon d'exclure l'éventualité d'une grossesse avant la mise en route de la méthode contraceptive choisie.

Assurez-vous que les clients comprennent bien **la manière d'utiliser correctement la méthode choisie**. Aidez-les à anticiper les raisons pour lesquelles ils pourraient avoir du mal à utiliser correctement la méthode (par exemple, se rappeler de prendre une pilule tous les jours) et à élaborer des stratégies pour y remédier.

### ENCADRÉ 3 : Comment établir avec un degré de certitude raisonnablement suffisant qu'une cliente n'est pas enceinte

Un prestataire peut être raisonnablement certain qu'une cliente n'est pas enceinte si elle ne présente aucun signe ou symptôme de grossesse et qu'elle répond à l'un des critères suivants. La cliente :

- est dans les 7 jours après le début de règles normales
- n'a pas eu de rapports sexuels depuis les dernières règles normales
- a utilisé correctement et systématiquement une méthode de contraception fiable
- est dans les 7 jours après un avortement spontané ou provoqué
- est dans les 4 semaines après l'accouchement
- allaite entièrement ou quasi-entièrement, en aménorrhée et à moins de 6 mois après l'accouchement

Passez en revue **les effets secondaires courants** de la méthode et la façon de les gérer. La fourniture d'informations exactes sur les effets secondaires peut minimiser les inquiétudes que les clients peuvent avoir en la matière. Il peut être utile pour les clients de savoir que certains effets secondaires peuvent s'améliorer ou s'estomper au fil du temps.

Passez en revue **les raisons de revenir pour un suivi immédiat, y compris les signes avant-coureurs** d'événements indésirables rares mais graves qui peuvent être associés à la méthode et les services auxquels s'adresser pour un suivi immédiat si nécessaire.

Fournissez des informations précises sur le **retour à la fécondité après l'arrêt de la méthode**, en particulier pour les méthodes où le retour à la fécondité peut être retardé.

Passez en revue **la protection contre les IST, y compris le VIH**. La double protection (contre la grossesse et contre les IST) est importante pour les personnes à risque de contracter des IST. Une double protection peut être obtenue par l'utilisation correcte et systématique d'un préservatif lors de chaque acte sexuel afin de prévenir l'infection, conjuguée à une autre forme de contraception pour prévenir la grossesse.

Remettez à chaque client-e des **informations imprimées sur la méthode choisie** dans sa langue préférée et à un niveau de lecture qui lui convient, y compris des documents illustrés pour les clients analphabètes. De tels matériels sont particulièrement importants pour les méthodes-barrière, les méthodes comportementales et les méthodes à courte durée d'action contrôlées par la cliente, comme la pilule, le patch contraceptif, l'anneau contraceptif ou le contraceptif auto-injectable, dont l'efficacité dépend de leur bonne utilisation. Le prestataire doit encourager les clients à poser des questions et confirmer qu'ils comprennent bien l'information donnée.

**Fournissez ou prescrivez le plus de cycles possible de pilule contraceptive, de patch, d'anneau vaginal ou de contraceptifs auto-injectables**, afin de minimiser le nombre de visites au centre de santé. Distribuez des préservatifs à tous les clients qui ont besoin d'une protection contre les IST, y compris le VIH. Si possible, distribuez des **pilules contraceptives d'urgence** (PCU) à l'avance ou une ordonnance de PCU à tous les clients utilisant des méthodes contraceptives à court terme réversibles, des méthodes-barrière ou comportementales. Créez un plan avec les clients pour refaire le plein de fournitures en cas de besoin.

En cas de non-disponibilité sur place ou le jour même de la méthode de contraception préférée du/de la client-e, il convient de l'orienter vers des services à proximité qui dispensent la méthode choisie. Fournissez une méthode provisoire à utiliser en attendant que la méthode préférée soit disponible.

Expliquez aux client-e-s quand revenir pour un suivi, si nécessaire. Des conseils sur le suivi sont inclus dans les sections de ce chapitre qui sont spécifiques pour chaque méthode. Un suivi systématique est inutile après la mise en route de la plupart des méthodes contraceptives. Il convient toutefois d'inviter les client-e-s à revenir à tout moment s'ils ont d'autres questions, éprouvent des effets secondaires inacceptables, s'ils souhaitent arrêter la méthode ou en adopter une autre. Encouragez les client-e-s à continuer d'utiliser leur méthode jusqu'à leur prochaine

visite, si possible, afin de passer à une nouvelle méthode sans risquer une grossesse non désirée. Certain·e·s client·e·s devront essayer plusieurs méthodes avant de trouver celle qui leur convient le mieux. Il peut être utile de rassurer les client·e·s qu'ils·elles continueront de recevoir un soutien s'ils souhaitent changer de méthode.

## 2.3 Conseil aux client·e·s qui reviennent consulter

Une consultation de suivi est l'occasion pour le prestataire d'établir un rapport avec son·sa client·e et de renforcer les liens de confiance. L'assistance apportée aux client·e·s pour planifier leur famille tout au long de leur vie reproductive relève d'un processus continu. Indépendamment de la raison du retour du·de la client·e, toute consultation ultérieure constitue une précieuse occasion de :

- soutenir le·la client·e dans sa décision de planifier sa famille et sa vie reproductive
- discuter des éventuels problèmes rencontrés dans sa prise de méthode contraceptive
- répondre à toutes les questions qui peuvent lui venir à l'esprit
- constater les changements de son état de santé ou de ses circonstances personnelles, qui peuvent indiquer la nécessité de revoir son choix de méthode contraceptive
- répondre à tout autre besoin de santé sexuelle, reproductive ou générale qu'il·elle peut avoir

Indépendamment de la raison de la consultation du·de la client·e, les points suivants sont à étudier avec tout·e client·e de contraception qui revient consulter :

- Passer en revue le dossier médical du·de la client·e et les faits saillants de ses antécédents reproductifs.
- Lui poser des questions sur les changements de son état de santé ou de ses circonstances de vie, y compris l'apparition d'une nouvelle maladie ou la prise d'un nouveau médicament.
- Lui demander ce qu'il·elle pense de la méthode et les préoccupations ou questions qu'il·elle peut avoir.
- Corriger toute erreur dans l'utilisation efficace de la méthode.
- Si le·la client·e fait état de problèmes concernant la méthode, évaluer la nature du problème et examiner les solutions possibles.

- Évaluer les effets secondaires et offrir des suggestions de gestion et de traitement si nécessaire. Confirmer si le·la client·e souhaite ou non continuer à prendre la méthode.
- Si le·la client·e a arrêté la méthode, lui en demander la raison et lui offrir les bonnes solutions de prise en charge ou de traitement, comme un conseil préalable à la conception si il·elle désire une grossesse, un réapprovisionnement en produits si nécessaire ou discuter d'autres méthodes si celle choisie était inacceptable.
- Veiller à distribuer au·à la client·e des produits supplémentaires, y compris la PCU et des préservatifs, et le·la soumettre à un examen approprié si nécessaire.
- Passer en revue les besoins de prévention des IST et de double protection, si nécessaire.

## 2.4 Conseil à l'intention de groupes spéciaux

### 2.4.1 Adolescents

En vertu du droit des droits humains, les États sont tenus de fournir aux adolescents des soins de santé contraceptive et de leur garantir l'accès à des contraceptifs abordables, sûrs et efficaces [8]. Pour de nombreuses raisons et parmi elles des lois et politiques restrictives, des normes et traditions culturelles et le refus de reconnaître la sexualité des adolescents, les adolescents – en particulier les adolescent·e·s célibataires et/ou nullipares – continuent de se heurter à des obstacles pour accéder à des informations et à des soins contraceptifs exacts et impartiaux qui répondent à leurs besoins. Les adolescents manquent souvent des connaissances, des moyens de transport et des fonds nécessaires pour accéder à des soins de santé, même lorsque des options en la matière sont disponibles. Toutefois, les grossesses précoces chez les adolescentes, qu'elles soient intentionnelles ou non, ont d'importantes conséquences sanitaires et sociales. Les complications de la grossesse et de l'accouchement sont les principales causes de décès dans le monde chez les filles âgées de 15 à 19 ans, et tous les ans quelque 3,9 millions d'avortements non médicalisés se produisent chez des filles de cet âge [9].

Les adolescents forment un groupe hétérogène et leurs besoins en matière de contraception sont divers et en constante évolution [10]. Un conseil en contraception adapté aux adolescents, en particulier lorsqu'il est fourni dans un environnement sûr, est l'occasion d'aider un·e jeune à acquérir des connaissances et des compétences, à déterminer ses besoins personnels en matière de santé

sexuelle et reproductive et à gagner en estime de soi en prenant des décisions éclairées et indépendantes. Le prestataire doit réfléchir aussi aux principaux problèmes sociaux et comportementaux auxquels l'adolescent-e peut être confronté-e qui sont susceptibles d'influencer son choix et son utilisation de contraceptifs, tels que des rapports sexuels sporadiques, la nécessité de dissimuler toute activité sexuelle et l'utilisation de contraceptifs, l'intolérance aux effets secondaires de la contraception et le risque d'IST, y compris le VIH [11].

Les adolescents sont médicalement admissibles à utiliser l'ensemble des méthodes contraceptives et l'âge à lui seul ne limite pas leur capacité à utiliser quelque méthode que ce soit, en toute sécurité et avec succès. Il n'est pas nécessaire que l'adolescent-e ou le-la jeune client-e soit marié-e ou ait déjà un enfant pour utiliser une méthode contraceptive en toute sécurité. L'élargissement du choix de méthodes peut entraîner une acceptation, une satisfaction et une utilisation continues accrues de la contraception [11].

## 2.4.2 Personnes vivant avec un handicap

Près de 15 % de la population mondiale vit avec un handicap et 2 % à 4 % d'entre eux ont du mal à se livrer à des activités normales au quotidien [12]. Il est impératif que les personnes handicapées aient accès à toutes les formes de soins de santé sexuelle et reproductive dans le cadre du droit général de se marier, de fonder une famille et de conserver leur fécondité [13]. Il est fréquent que les prestataires de soins de santé omettent d'offrir des soins de santé sexuelle et reproductive aux personnes handicapées, en s'appuyant sur la perception erronée qu'elles ne sont pas sexuellement actives [14]. Il est possible que la fourniture de contraceptifs à des personnes handicapées nécessite une évaluation des spécificités des différentes méthodes contraceptives dans le cadre de leur handicap, en plus de prendre en compte les préférences du-de la client-e. Lorsque la nature du handicap entrave la perception de la volonté et des préférences de la personne, il convient d'adopter un processus de prise de décision assistée où la personne en qui a confiance la personne handicapée, son représentant personnel ou tout autre accompagnant participe conjointement à la prise d'une décision qui est conforme à la volonté et aux préférences du-de la client-e [13]. Compte tenu du passé de stérilisation involontaire de personnes handicapées, il est particulièrement important de s'assurer que les décisions en matière de stérilisation sont prises avec le consentement complet, sans contrainte et éclairé du-de la client-e, seul ou accompagné, et que d'autres méthodes, telles que des contraceptifs à longue durée d'action, sont envisagées [4,11].

## 3. Méthodes de contraception à action prolongée et réversible

### 3.1 Implant à progestatif seul

#### 3.1.1 Conseil à la cliente : Implant

##### De quoi s'agit-il ?

- De petits bâtonnets en plastique souples contenant des hormones qui sont placées sous la peau du haut du bras par un prestataire formé lors d'une intervention brève en cabinet
- De nombreux types sont disponibles :
  - Implant à deux bâtonnets contenant du lévonorgestrel (LNG) :
    - Lévoimplant (Sino-Implant II) : Efficace pendant 4 ans
    - Jadelle : Efficace pendant 5 ans, à remplacer après 4 ans pour les clientes pesant  $\geq 80$  kg
  - Implant à un bâtonnet contenant du lévonorgestrel (ETG) :
    - Implanon/Nexplanon\* : Efficace pendant 5 ans [3,15,16]

##### Comment fonctionne-t-il ?

- L'implant libère une faible dose constante d'une hormone progestative qui empêche l'ovulation et épaissit le mucus cervical pour empêcher les spermatozoïdes d'entrer dans l'utérus

##### Quel est son degré d'efficacité ?

- L'implant figure parmi les méthodes de contraception les plus efficaces (voir l'[Annexe 2](#))
- Taux d'échec : 0,1 %
- L'efficacité d'un implant LNG diminue après 4 ans chez les clientes pesant  $\geq 80$  kg

##### Avantages non contraceptifs :

- Contribution possible à la protection contre l'anémie
- Possibilité de règles moins abondantes, voire de l'absence de règles chez certaines clientes
- Possible diminution des crampes menstruelles

##### Avantages :

- Prévention hautement efficace et réversible de la grossesse
- Aucune action requise de la part de l'utilisateur, aucun réapprovisionnement de produit nécessaire
- Ne gêne pas les rapports sexuels
- Discrets
- Sans œstrogènes : Utilisable en toute sécurité par les clientes qui allaitent ou celles qui ne peuvent pas prendre d'œstrogènes
- Insertion possible immédiatement après l'accouchement ou après l'avortement
- L'insertion et le retrait n'impliquent pas la zone génitale

##### Inconvénients :

- Aucune protection contre les IST, y compris le VIH
- Tributaire du prestataire : La cliente doit se rendre dans un centre de santé pour l'insertion et le retrait de son implant

### Effets secondaires :

- Changements dans les saignements menstruels :
  - La plupart des clientes présentent initialement un spotting irrégulier ou des règles prolongées légères à modérées
  - À terme, les règles sont susceptibles d'être plus légères, moins fréquentes ou de s'arrêter complètement
- Céphalées
- Étourdissements
- Nausées
- Acné
- Changements d'humeur
- Agrandissement des follicules ovariens

### Risques :

- Retrait difficile
- Infection au point d'insertion
- Expulsion de l'implant
- Dans la rare éventualité où une cliente tombe enceinte alors qu'elle utilise un implant, la grossesse est plus susceptible d'être extra-utérine
- Extrêmement rare : Migration de l'implant vers un autre endroit du corps s'il est mal inséré

**Retour de la fécondité après le retrait :** Aucun retard

### Corriger les idées fausses :

- En cas d'utilisation de cette méthode, l'absence de règles ne présente aucun danger pour les clientes
- Les implants ne causent pas l'infertilité. Les hormones ne restent pas dans le corps après le retrait de l'implant
- N'augmente pas le risque absolu de grossesse extra-utérine
- Les adolescentes et les clientes qui n'ont jamais été enceintes peuvent l'utiliser en toute sécurité

\* Nexplanon est actuellement enregistré pour une efficacité de 3 ans, bien que les données démontrent son efficacité pour 5 ans.

Source : Adapté de l'OMS, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health [3].

## 3.1.2 Insertion de l'implant

La plupart des clientes peuvent utiliser un implant en toute sécurité, y compris celles qui allaitent et celles qui ne peuvent pas prendre d'œstrogènes (voir l'*Annexe 1*). Un examen physique n'est pas nécessaire avant l'insertion de l'implant et aucune analyse en laboratoire n'est requise. Voir l'*Annexe 3* pour plus d'informations sur la façon d'exclure la possibilité de grossesse avant l'adoption de la méthode.

### 3.1.2.1 Service de conseil préalable à l'insertion

Avant l'insertion, assurez-vous de bien passer en revue les informations visées à la *Section 3.1.1* et vérifiez que la cliente les comprend. Passez en revue avec la cliente ce à quoi elle doit s'attendre pendant la procédure d'insertion de l'implant et demandez-lui si elle est allergique à une anesthésie locale. Encouragez la cliente à poser toutes les questions qu'elle pourrait avoir afin de résoudre les incertitudes ou les malentendus au sujet de la procédure d'insertion ou de la méthode. Si nécessaire, la cliente

doit signer un formulaire de consentement éclairé pour l'insertion d'un implant à la suite de cette discussion.

### 3.1.2.2 Principes d'insertion sûre et efficace d'un implant

- Seul du personnel de santé formé à ces procédures est habilité à procéder à l'insertion d'un implant.
- Avant de commencer, assurez-vous que tout le matériel nécessaire est disponible et correctement stérilisé ou désinfecté à haut niveau (voir le *Chapitre 2 : Conditions nécessaires relatives à l'établissement de santé, antécédents et examen des clients*).
- Utilisez les bonnes procédures de prévention des infections.
- Avant et pendant l'intervention, informez la cliente de ce qui va se passer pendant l'intervention et encouragez-la à poser des questions et à vous dire comment elle se sent. Expliquez à la cliente qu'il est possible qu'elle ressente une gêne lors de certaines étapes.



- L'implant est à insérer juste sous la peau (en sous-cutané) afin de réduire le risque de retrait difficile ou d'autres complications associées à un placement profond.

### 3.1.2.3 Procédure d'insertion

Pour connaître les consignes d'insertion détaillées, y compris la liste du matériel nécessaire, voir l'[Annexe 4](#) (Aide-mémoire : Insertion d'implant à un bâtonnet) et l'[Annexe 5](#) (Aide-mémoire : Insertion d'implant à deux bâtonnets).

- Généralement, l'implant est inséré dans le bras non dominant de la cliente.
- Les dispositifs d'insertion d'implant sont à usage unique.
- Les implants sont livrés avec les instructions spécifiques du fabricant en matière d'insertion.

### 3.1.3 Consignes fournies à la cliente après l'intervention

Après l'insertion réussie de l'implant, avisez la cliente :

- Après dissipation des effets de l'anesthésie locale, il est possible que la cliente ressente une certaine gêne à la zone d'insertion. Il est possible également que cette zone présente un gonflement ou des ecchymoses. Il s'agit là de réactions courantes qui disparaîtront sans traitement.
- Conserver la zone d'insertion au sec pendant 4 jours. La cliente peut retirer la gaze de protection après 2 jours et le pansement adhésif et le sparadrap chirurgical après 3 à 5 jours.
- Un contraceptif de secours doit être utilisé si nécessaire.
- La cliente doit informer son prestataire si elle prend des médicaments antirétroviraux ou anticonvulsivants. Bien que ces médicaments n'interagissent pas avec les implants d'une manière dangereuse, il est possible qu'ils en diminuent l'efficacité.

Fournir à la cliente les informations écrites suivantes :

- Nom et type de l'implant inséré.
- Date d'insertion et mois/année de retrait recommandés.
- Nom, adresse et numéro de téléphone du centre de santé où elle peut retourner pour le suivi/retrait de l'implant.

### 3.1.4 Soins de suite

Une consultation de suivi de routine n'est pas nécessaire après l'insertion de l'implant. La cliente doit être encouragée à revenir consulter à tout moment pour poser des questions, discuter de ses préoccupations, changer de méthode ou retirer l'implant. Il est possible qu'un suivi plus fréquent soit bénéfique pour les clientes qui présentent des pathologies spécifiques. Voir la [Section 2.3 : Conseil aux clients qui reviennent consulter](#) pour plus d'informations sur les consultations de suivi des clients utilisant des contraceptifs. Il convient d'aviser la cliente de revenir consulter pour un suivi si un nouveau diagnostic a été posé la concernant ou si elle commence à prendre un nouveau médicament qui pourrait avoir un effet sur son utilisation d'un implant, notamment dans le cas de certains anticonvulsivants, antirétroviraux ou médicaments antimicrobiens.

### 3.1.5 Effets secondaires

Les effets secondaires courants après l'insertion de l'implant et pendant son utilisation sont à passer en revue avec la cliente et il convient de discuter avec elle des stratégies de prise en charge à adopter.

- Des changements dans le schéma des saignements menstruels sont fréquents, en particulier pendant la première année d'utilisation de l'implant. Un conseil attentif de la cliente qui reçoit pour la première fois un implant réduit le nombre de celles qui abandonnent cette méthode en raison de changements de fréquence de ses règles. Les règles peuvent devenir irrégulières, plus légères ou moins fréquentes ou elles peuvent être abondantes ou prolongées. Chez certaines clientes, les règles s'arrêtent complètement. Si la cliente trouve que ses règles sont difficiles à supporter, un essai de médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) (5 à 7 jours de traitement) ou un traitement hormonal avec un contraceptif oral combiné à faible dose (COC) ou à l'œstrogène (10 à 20 jours de traitement en cas d'admissibilité médicale) peut être utile. Les changements de règles ne sont généralement pas dangereux ; cependant, un examen gynécologique peut être effectué si le problème persiste, si les règles sont trop abondantes et s'il y a des raisons de suspecter que quelque chose ne va pas.
- Les céphalées peuvent être gérées avec des AINS ou du paracétamol.
- Les effets secondaires moins fréquents comprennent des étourdissements, des nausées, une prise de poids, de l'acné et des changements d'humeur.

### 3.1.6 Signes avant-coureurs

Conseillez à la cliente de revenir consulter dès que possible si elle présente :

- douleurs, chaleur, pus ou rougeur à la zone d'insertion qui s'aggrave ou ne disparaît pas
- l'implant sort du bras ou n'est pas détectable à la palpation
- des saignements vaginaux d'une abondance inhabituelle
- absence de saignements menstruels dans les 6 semaines suivant les dernières règles
- douleur abdominale ou pelvienne sévère
- ictère
- essoufflement ou douleur thoracique

### 3.1.7 Complications

#### 3.1.7.1 Expulsion

- Retirez le bâtonnet s'il ne s'est pas complètement expulsé et jetez-le.
- En l'absence de toute infection, un nouveau bâtonnet peut être inséré par une nouvelle incision. Dans le cas d'un implant à deux bâtonnets, le bâtonnet de remplacement peut être inséré à proximité de celui restant.

#### 3.1.7.2 Infection ou abcès à la zone d'insertion

- Il n'est pas nécessaire de retirer le ou les implants.
- Nettoyez la zone infectée avec un antiseptique.
- En cas de présence d'abcès, ouvrez l'abcès (incisez-le) et videz-le. Soignez la plaie.
- Donnez des antibiotiques oraux pendant 7 à 10 jours.
- Demandez à la cliente de revenir consulter une fois le traitement par antibiotiques terminé. Si l'infection ne s'est pas résorbée, retirez l'implant ou orientez la cliente vers un service qui se chargera de leur retrait.

### 3.1.8 Retrait de l'implant

L'implant doit être retiré à la demande de la cliente, lorsque son retrait répond à une indication médicale ou arrive à l'expiration de la durée de vie effective du dispositif.

Suite au retrait d'un implant à la fin de sa durée de vie, un nouvel implant peut être inséré à la place en utilisant l'incision de retrait.

Si l'implant n'est pas palpable, orientez la cliente vers le service d'imagerie approprié afin de localiser et vers un prestataire formé pour retirer les implants placés profondément.

Pour des instructions de retrait détaillées, y compris une liste du matériel, voir l'[Annexe 6 : Retrait d'implant standard](#).

## 3.2 Contraception intra-utérine

### 3.2.1 Conseil à la cliente : Dispositif intra-utérin (DIU)

#### De quoi s'agit-il ?

- D'un petit dispositif en plastique flexible en forme de « T », inséré dans l'utérus par un prestataire formé au cours d'une brève intervention en cabinet
- Deux types de DIU sont disponibles :
  - Non hormonal : Le DIU au cuivre peut rester en place jusqu'à 12 ans, selon le modèle
  - Hormonal : DIU au lévonorgestrel (DIU au LNG) :
    - Un DIU au LNG de 13,5 mg peut rester en place un maximum de 3 ans
    - Un DIU au LNG de 52 mg peut rester en place un maximum de 7 ans [16,17]

#### Comment fonctionne-t-il ?

- DIU au cuivre : Le cuivre interfère principalement avec la viabilité et le mouvement des spermatozoïdes, ce qui inhibe la fécondation. Empêche la fécondation, pas un abortif
- DIU au LNG : Les hormones libérées par le DIU épaississent le mucus cervical et empêchent les spermatozoïdes d'entrer dans l'utérus. Empêche la fécondation, pas un abortif

#### Quel est son degré d'efficacité ?

- Le DIU figure parmi les méthodes de contraception les plus efficaces (voir l'[Annexe 2](#))
- Taux d'échec : 0,5 % à 0,8 %

---

### Avantages non contraceptifs :

- Possible réduction du risque de cancer de l'endomètre et de l'ovaire
- Un DIU au cuivre peut réduire le risque de néoplasie cervicale de haut grade par rapport aux DIU au GNL [18]
- DIU au LNG : Pour la plupart des clientes, règles moins abondantes et possible amélioration des crampes menstruelles. Absence de règles chez certaines clientes
- DIU au LNG : Amélioration des symptômes de l'endométriose

---

### Avantages :

- Prévention hautement efficace et réversible de la grossesse
- Aucune action requise de la part de l'utilisateur, aucun réapprovisionnement de produit nécessaire
- Ne gêne pas les rapports sexuels
- L'utilisation peut être gardée secrète
- Sans œstrogènes : Utilisable en toute sécurité par les clientes qui allaitent ou qui ne peuvent pas prendre d'œstrogènes
- Insertion possible immédiatement après l'accouchement ou après l'avortement
- DIU au cuivre et DIU de 52 mg au GNL : Peut servir de contraception d'urgence hautement efficace [19]
- DIU au cuivre et DIU de 52 mg au GNL : Aucune méthode de secours de prévention de la grossesse n'est nécessaire [20]

---

### Inconvénients :

- Aucune protection contre les IST, y compris le VIH
- L'insertion peut provoquer une gêne chez certaines clientes
- Tributaire du prestataire : La cliente doit se rendre dans le centre de santé pour l'insertion et le retrait de son dispositif

---

### Effets secondaires :

- Des changements de règles sont fréquents :
  - DIU au cuivre : Saignements menstruels plus abondants et davantage de crampes
  - DIU au LNG : Des règles plus légères, moins de jours de règles, aménorrhée, des règles prolongées ou plus abondantes sont autant de possibilités
- DIU au LNG : Seins endoloris, acné
- Possibilité de sensation par le partenaire des fils du DIU lors de rapports sexuels vaginaux

---

### Risques :

- La perforation de l'utérus est une complication rare de l'insertion (moins de 1 femme sur 1000)
- Expulsion (1 femme sur 20 sur une période de 5 ans). Risque accru dans les 3 premiers mois après l'insertion, immédiatement après un avortement effectué après 13 semaines de grossesse et dans les 4 semaines après l'accouchement
- Maladie pelvienne inflammatoire (1,6 pour 1000 femmes-années)
- Dans la rare éventualité où une cliente tombe enceinte alors qu'elle utilise un DIU, la grossesse est plus susceptible d'être extra-utérine

---

### Retour de la fécondité lors du retrait : Aucun retard

---

### Corriger les idées fausses :

- Il ne s'agit pas d'un abortif
- Aucune augmentation du risque de contracter des IST, y compris le VIH
- Généralement indétectable pendant les rapports sexuels
- Ne sort pas de l'utérus lorsqu'il est correctement inséré
- N'augmente pas le risque absolu de grossesse extra-utérine
- Les adolescentes et les clientes qui n'ont jamais été enceintes peuvent l'utiliser en toute sécurité
- En cas d'utilisation de DIU au LNG, l'absence de règles ne présente aucun danger pour les clientes

---

Source : Adapté de l'OMS, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health [3].

### 3.2.2 Insertion du DIU

La plupart des clientes peuvent utiliser une contraception intra-utérine en toute sécurité, y compris les adolescentes, les clientes qui n'ont jamais été enceintes, qui allaitent, qui viennent d'avoir un avortement, une fausse couche ou un accouchement, qui ont des antécédents de grossesse extra-utérine ou de maladie pelvienne inflammatoire (MPI), qui ont des infections vaginales ou une anémie, et celles dont l'infection par le VIH est légère ou asymptomatique, indépendamment de leur prise ou non d'un traitement antirétroviral (voir l'[Annexe 1](#)).

Un DIU peut être inséré à tout moment s'il est possible de déterminer avec une certitude raisonnable que la cliente n'est pas enceinte. Un DIU au cuivre et au GNL de 52 mg peut être inséré à tout moment si le test de grossesse urinaire du même jour est négatif [21,22,23]. Le DIU au cuivre et le DIU au GNL de 52 mg sont l'un comme l'autre des méthodes de contraception d'urgence très efficaces et peuvent être insérés à cette fin jusqu'à 5 jours après des rapports sexuels vaginaux non protégés [19]. Voir l'[Annexe 3](#) pour plus d'informations sur la façon d'exclure la possibilité de grossesse avant l'adoption de la méthode.

Un examen physique complet n'est pas requis avant l'insertion du DIU. Il reste cependant nécessaire de procéder à un examen visuel au spéculum du col de l'utérus et à un examen pelvien bimanuel pour évaluer la taille et la position de l'utérus et pour détecter toute anomalie du col de l'utérus ou de l'utérus qui pourrait indiquer une infection ou autrement empêcher l'insertion.

- Chez une cliente qui présente actuellement des signes de MPI, de cervicite purulente, d'infection à chlamydia ou gonorrhée, il convient de retarder la pose d'un DIU en attendant que l'IST ait été traitée. Il est recommandé de lui offrir une méthode de contraception provisoire à utiliser en attendant l'insertion du DIU.
- Si une cliente asymptomatique présente des facteurs de risque d'IST, il convient de la soumettre à un dépistage de la chlamydia et de la gonorrhée au moment de la pose du DIU. Il est inutile de retarder l'insertion en attendant les résultats du dépistage et la prise d'antibiotiques prophylactiques n'est pas nécessaire. L'insertion d'un DIU peut augmenter le risque de MPI immédiatement après l'insertion, mais les preuves suggèrent que ce risque est faible [24]. Quand le test de dépistage d'une cliente est positif, il convient de la traiter avec les antibiotiques appropriés en gardant le DIU en place ; il n'est pas nécessaire de retirer le DIU.

#### 3.2.2.1 Service de conseil préalable à l'insertion

Avant l'insertion du DIU, assurez-vous de bien passer en revue les informations visées à la [Section 3.2.1](#) et vérifiez que la cliente les comprend. Passez en revue avec la cliente ce à quoi elle doit s'attendre pendant la procédure d'insertion du DIU. Encouragez la cliente à poser toutes les questions qu'elle pourrait avoir afin de résoudre les incertitudes ou les malentendus au sujet de la procédure d'insertion ou de la méthode. Si nécessaire, la cliente doit signer un formulaire de consentement éclairé pour l'insertion d'un DIU à la suite de cette discussion.

#### 3.2.2.2 Principes d'insertion sûre et efficace d'un DIU

- Seul du personnel de santé formé à ces procédures est habilité à procéder à l'insertion d'un DIU. L'insertion immédiate après l'accouchement et très tôt dans le postpartum nécessite une formation spécifique à ces compétences.
- Avant de commencer, assurez-vous que tout le matériel nécessaire est disponible et correctement stérilisé ou désinfecté à haut niveau (voir le [Chapitre 2 : Conditions nécessaires relatives à l'établissement de santé, antécédents et examen des clients](#)). Le DIU doit se présenter dans son emballage d'origine intact avec son dispositif d'insertion.
- Utilisez les bonnes procédures de prévention des infections.
- Avant et pendant l'intervention, informez la cliente de ce qui va se passer pendant l'intervention et encouragez-la à poser des questions et à vous dire comment elle se sent. Expliquez à la cliente qu'il est possible qu'elle ressente une gêne à certains moments.
- Les antibiotiques prophylactiques ne sont pas recommandés pour l'insertion de DIU.
- Bien qu'il ne soit pas recommandé pour une utilisation de routine, un bloc paracervical peut réduire les douleurs pendant l'insertion du DIU, en particulier pour les clientes nullipares ou celles qui nécessitent le recours à une dilatation cervicale pour l'insertion. Le bloc paracervical lui-même provoque des douleurs chez la plupart des clientes [25,26].
- Il n'existe aucune preuve supportant l'utilisation systématique du misoprostol pour améliorer la facilité d'insertion ou réduire les douleurs pendant l'insertion du DIU. Des AINS apaisent les douleurs après l'insertion du DIU. Un anesthésique topique (par ex., solution pour pulvérisation lidocaïne à 10 %, crème lidocaïne/prilocaine) peut aider à soulager les douleurs associées à l'insertion d'un DIU [27]). Aidez la cliente en lui

parlant pendant l'intervention ; une bouillotte d'eau chaude peut également être utile pour soulager les crampes utérines.

Les étapes de chargement et d'insertion des dispositifs intra-utérins et des aide-mémoire spécifiques pour l'insertion de DIU au cuivre T380A et de DIU au GNL figurent à l'[Annexe 7](#).

### 3.2.3 Consignes fournies à la cliente après l'intervention

Fournir à la cliente les informations écrites suivantes :

- Nom et type du DIU inséré.
- Date d'insertion et date de retrait recommandée.
- Nom, adresse et numéro de téléphone du centre de santé où elle peut retourner pour le suivi.

Le prestataire doit expliquer à la cliente qu'il est possible qu'elle ressente les fils du DIU dans son vagin à proximité du col de l'utérus et que son partenaire les sente pendant les rapports sexuels vaginaux. Proposez à la cliente de lui enseigner la manière de procéder pour vérifier la présence des fils de DIU, si cela l'intéresse de le faire. Expliquez-lui que les fils peuvent être coupés plus court s'ils sont gênants. Comme la plupart des expulsions de DIU surviennent au cours des 6 premières semaines suivant l'insertion, ou pendant les règles, il peut être utile de suggérer à la cliente de vérifier si elle sent les fils après ses premières règles depuis l'insertion du DIU pour vérifier qu'il reste bien en position intra-utérine. La cliente peut vérifier si elle sent les fils au cas où elle ressent des douleurs ou des crampes inhabituelles pendant ses règles, en cas de déclenchement de nouvelles douleurs pendant des rapports vaginaux, si elle a des raisons de croire que le DIU a pu se déplacer, et périodiquement à sa guise pour se rassurer.

### 3.2.4 Soins de suite

La cliente doit être informée qu'un suivi de routine n'est généralement pas nécessaire après une insertion de DIU sans aucune complication ; elle peut toutefois revenir consulter après ses prochaines règles ou dans un délai de 3 à 6 semaines après l'insertion si elle souhaite que la position de son DIU lui soit confirmée après examen. La cliente doit être encouragée à revenir consulter à tout moment pour discuter d'effets secondaires ou d'autres préoccupations, pour changer de méthode ou lorsqu'il est temps de retirer le DIU ou de changer de méthode. Il est possible qu'un suivi régulier soit bénéfique pour les clientes qui présentent des pathologies spécifiques.

Lorsqu'une utilisatrice de DIU revient consulter pour quelque raison que ce soit, le prestataire doit évaluer dans quelle mesure elle est satisfaite du dispositif, s'enquérir de toute préoccupation qu'elle peut avoir au sujet de la méthode, évaluer tout changement de son état de santé général et envisager d'effectuer un examen pour vérifier la présence des fils du DIU. Voir la [Section 2.3: Conseil aux clients qui reviennent consulter](#) pour plus d'informations sur les consultations de suivi des clients utilisant des contraceptifs.

### 3.2.5 Effets secondaires

Les effets secondaires courants après l'insertion du DIU et pendant son utilisation sont à passer en revue avec la cliente et il convient de discuter avec elle des stratégies de prise en charge à adopter.

- Des crampes utérines peuvent survenir dans les premiers jours suivant l'insertion du DIU. Pour l'aider à soulager les douleurs, la cliente peut prendre des analgésiques et appliquer des compresses chauffantes ou une bouillotte sur le bas-ventre. Si les douleurs ne s'apaisent pas ou s'aggravent, la cliente doit revenir pour consulter.
- Du spotting, des saignements légers et des pertes vaginales peuvent survenir après l'insertion du DIU. Si les saignements sont abondants ou si les pertes sont malodorantes ou accompagnées de douleurs pelviennes ou de fièvre, la cliente doit revenir consulter.
- Les changements de périodes menstruelles sont fréquents, et dans certains cas attendus, après insertion d'un DIU.
  - Pour les clientes utilisant un DIU au cuivre, des saignements fortuits ou un léger spotting, ainsi que des saignements plus abondants ou prolongés, sont fréquents pendant les 3 à 6 premiers mois d'utilisation du DIU, ils ne sont pas nocifs et s'améliorent généralement. Il est possible que les clientes éprouvent davantage de crampes pendant leurs règles.
  - Pour les clientes utilisant un DIU au LNG, un spotting fortuit ou des saignements légers sont attendus pendant les 3 à 6 premiers mois d'utilisation. Avec le temps, les saignements diminuent généralement en cas de poursuite d'utilisation du DIU au LNG et de nombreuses clientes ne connaissent que des règles légères ou sont en aménorrhée.
  - Il arrive, rarement, que le partenaire sexuel d'une cliente sente les fils du DIU pendant des rapports sexuels vaginaux. Si c'est le cas, avisez la cliente qu'elle peut revenir pour faire raccourcir les fils du DIU.

### 3.2.6 Signes avant-coureurs

Conseillez à la cliente de revenir pour une consultation immédiate en cas de survenance de l'une des situations suivantes, qui peut indiquer une complication suite à l'intervention :

- fièvre ou frissons
- douleurs ou sensibilité pelviennes
- pertes vaginales nauséabondes ou purulentes
- saignements excessifs

Conseillez à la cliente de revenir consulter dès que possible si :

- elle pense que le DIU peut avoir été expulsé ou qu'elle arrive à sentir la partie dure du DIU
- elle n'arrive pas à sentir les fils du DIU
- elle suspecte une grossesse

### 3.2.7 Complications

#### 3.2.7.1 Perforation utérine

La perforation utérine est une complication rare de l'insertion d'un DIU. Une perforation doit être suspectée lorsqu'un instrument s'enfonce plus loin dans l'utérus que prévu ou lorsque la cliente éprouve des douleurs ou des saignements soudains pendant l'intervention. La perforation peut être asymptomatique, auquel cas elle peut être détectée lors du suivi si les fils du DIU ne sont pas visibles ou si la cliente tombe enceinte.

Lorsque la perforation est détectée au moment de l'insertion :

- Interrompez immédiatement l'intervention. Retirez tous les instruments. Retirez le DIU avec son dispositif d'insertion ou, s'il est en place, en tirant sur les fils.
- Observez la cliente pendant au moins 2 heures avec une surveillance fréquente de son état et de ses fonctions vitales.
- Si les fonctions vitales ne sont pas stables ou si l'état de la cliente se détériore de quelque manière que ce soit, commencez la procédure de stabilisation ou de réanimation et transférez-la immédiatement dans un établissement approprié pour sa prise en charge.

- Si la cliente est stable, elle peut être renvoyée à son domicile après 2 à 6 heures d'observation avec des instructions pour le suivi et après avoir discuté avec elle des signes avant-coureurs indiquant la nécessité de consulter immédiatement. Rassurez la cliente qu'une perforation guérit généralement sans traitement et fournissez-lui une méthode de contraception provisoire.

#### 3.2.7.2 Expulsion

- Évaluez la cliente pour déterminer une grossesse possible.
- Essayez de localiser le DIU par un examen pelvien et des moyens d'imagerie par échographie ou radiographie, si nécessaire.
- Si l'expulsion complète est confirmée, insérez un nouveau DIU selon les directives ci-dessus ou commencez une autre méthode contraceptive selon la préférence de la cliente.
- Si l'expulsion partielle est confirmée, retirez le DIU et insérez un nouveau DIU selon les consignes visées plus haut ou mettez en route une autre méthode contraceptive selon la préférence de la cliente.
- Si le DIU se situe à l'extérieur de la cavité utérine (dans la cavité pelvienne/abdominale), orientez la cliente vers un service de prise en charge approprié. Proposez une méthode de contraception provisoire.
- Dans tous les cas, déterminez si une contraception d'urgence est nécessaire.

#### 3.2.7.3 Fils manquants

- Effectuez un examen au spéculum pour déterminer si des fils se trouvent dans le canal cervical. L'utilisation d'une cytobrosse dans l'endocol peut aider à localiser les fils et à les extraire délicatement s'ils sont présents.
- Si des fils ne sont pas présents dans le col de l'utérus, évaluez l'éventualité d'une grossesse.
- Si disponible, essayez de localiser le DIU dans l'utérus à l'aide d'une échographie ou, si la cliente n'est pas enceinte, à l'aide d'une radiographie.
- Si le DIU est dans la bonne position à l'intérieur de l'utérus, aucune autre action n'est requise.
- Si le DIU a été expulsé, voir *la Section 3.2.7.2 : Expulsion*.
- Si le DIU se situe à l'extérieur de la cavité utérine (dans la cavité pelvienne/abdominale), orientez la cliente vers le service de prise en charge approprié. Proposez une méthode de contraception provisoire et une contraception d'urgence, si nécessaire.

#### 3.2.7.4 Grossesse avec un DIU in situ

- Évaluez l'éventualité d'une grossesse extra-utérine (voir le [Chapitre 9 : Santé maternelle, Section 4.3.1](#)).
- Avisez la cliente que si le DIU est laissé en place, elle court un risque accru d'avortement spontané, y compris d'avortement septique, et d'accouchement prématuré. Le retrait du DIU diminue ce risque, mais pas complètement.
- Si la cliente ne veut pas poursuivre sa grossesse, indiquez-lui ses options et orientez-la vers les services appropriés (voir le [Chapitre 5 : Soins d'avortement](#)).
- Si la cliente souhaite poursuivre sa grossesse et que les fils du DIU sont visibles ou peuvent être retirés en toute sécurité du canal cervical, indiquez-lui qu'il est préférable de retirer le DIU. Retirez le DIU en tirant délicatement sur les fils.
- Que le DIU soit maintenu en place ou retiré, conseillez à la cliente de se faire soigner rapidement en cas de saignements abondants, de crampes, de douleurs, de pertes vaginales anormales ou de fièvre. Orientez la cliente vers des services de soins prénatals.
- Si la cliente souhaite poursuivre la grossesse et que les fils du DIU ne sont pas visibles et ne sont pas récupérables en toute sécurité, envisagez une échographie pour déterminer l'emplacement du DIU. Si une échographie ne peut pas être effectuée ou si le DIU se trouve à l'intérieur de l'utérus, conseillez à la cliente de se faire soigner rapidement en cas de saignements abondants, de crampes, de douleurs, de pertes vaginales anormales ou de fièvre. Orientez la cliente vers des services de soins prénatals.

#### 3.2.8 Retrait du DIU

Le DIU doit être retiré à la demande de la cliente, lorsque son retrait répond à une indication médicale ou lorsque la durée de vie effective du dispositif arrive à expiration. Il n'est pas nécessaire de retirer un DIU si la cliente reçoit un diagnostic de MPI. Le traitement peut être mis en place pendant que le DIU est en place (voir le [Chapitre 6 : Infections sexuellement transmissibles](#)).

Étant donné que les spermatozoïdes résiduels dans le tractus génital pourraient théoriquement conduire à la fécondation après le retrait du DIU, il convient d'indiquer à la cliente désireuse de retirer son DIU, d'adopter une autre méthode contraceptive et de s'abstenir de rapports sexuels vaginaux ou d'utiliser le préservatif pendant 7 jours avant le retrait du DIU, ou de revenir consulter pour le retrait dans les 5 jours suivant le début de ses règles.

Une cliente désireuse de poursuivre la contraception intra-utérine peut se faire poser un nouveau DIU au moment du retrait. Il convient de l'aviser de s'abstenir de rapports sexuels vaginaux ou d'utiliser le préservatif pendant 7 jours avant le retrait et la réinsertion dans le cas où le nouveau DIU ne peut pas être inséré.

## 4. Méthodes contraceptives permanentes

### 4.1 Stérilisation féminine

#### 4.1.1 Conseil à la cliente : Stérilisation féminine

---

##### De quoi s'agit-il ?

- D'une contraception chirurgicale permanente pour les clientes présentant une anatomie féminine qui ne veulent plus ou qui ne veulent pas avoir d'enfants
- Les deux interventions chirurgicales les plus couramment utilisées sont les suivantes :
  - Mini-laparotomie : Une petite incision (2–5 cm) est pratiquée dans l'abdomen. Les trompes de Fallope sont approchées de l'incision pour être coupées, nouées ou occluses à l'aide d'un clip ou d'un anneau. Une anesthésie locale, une sédation légère et une analgésie sont généralement adéquates pour la prise en charge de la douleur
  - Laparoscopie (également appelée cœlioscopie) : Une petite incision (1 cm) est pratiquée dans l'abdomen et une caméra longue et fine appelée laparoscope est insérée dans la cavité abdominale. Après avoir visualisé les trompes de Fallope au laparoscope, le prestataire enlève ou occlut les trompes avec des clips ou des anneaux, ce qui nécessite généralement une deuxième petite incision. Une anesthésie locale, une sédation légère et une analgésie sont généralement adéquates pour la prise en charge de la douleur
- La stérilisation féminine peut également être réalisée en même temps qu'une autre intervention chirurgicale, par exemple lors d'une césarienne
- Également appelée ligature des trompes, ligature bilatérale des trompes, ligature tubaire, tubectomie ou mini-lap

---

##### Comment ça marche ?

- Le fait d'occlure, de couper, de nouer ou de retirer les trompes de Fallope empêche toute rencontre entre l'ovaire et le spermatozoïde et par conséquent empêche la fécondation

---

##### Quel est son degré d'efficacité ?

- La stérilisation constitue l'une des méthodes de contraception les plus efficaces (voir l'[Annexe 2](#))
- Taux d'échec : 0,5 %

---

##### Avantages non contraceptifs :

- Possible protection contre le cancer de l'ovaire

---

##### Avantages :

- Prévention hautement efficace et permanente de la grossesse
- Aucune action requise de la part de l'utilisateur, aucun réapprovisionnement de produit nécessaire
- Ne gêne pas les rapports sexuels
- Peut être gardée secrète
- Peut être utilisée en toute sécurité par toutes les clientes présentant une anatomie féminine

---

##### Inconvénients :

- L'inversion de la stérilisation n'est généralement pas possible
- Aucune protection contre les IST, y compris le VIH

---

**Effets secondaires :** Aucuns effets secondaires à long terme

---



### Risques :

- Complications possibles de l'intervention de stérilisation :
  - Risque de lésion des organes internes (moins de 1 sur 100, 0,2 % à 0,5 %)
  - Saignements excessifs (5 femmes sur 100, 5 %)
  - Infection (<1 %)
  - Incapacité à mener à bien l'intervention
  - Pour la stérilisation laparoscopique : nécessité d'une laparotomie (3 femmes sur 1000, 0,3 %)
  - Décès (1 femme sur 12 000 à 20 000, 0,005 % à 0,008 %)
- Complications possibles liées à l'anesthésie :
  - Allergie aux médicaments
  - Surdosage de médicaments
  - Décès
- Dans la rare éventualité où une cliente tombe enceinte après la stérilisation, la grossesse est plus susceptible d'être extra-utérine
- Regret

**Retour à la fécondité :** Permanente (pas de reprise de la fécondité)

### Corriger les idées fausses :

- N'a pas de répercussions sur la santé physique ou mentale
- N'a pas de répercussions sur les hormones, les règles ou la survenue de la ménopause
- N'a pas de répercussions sur la performance sexuelle ou le désir sexuel
- Pas d'augmentation du risque absolu de grossesse extra-utérine
- La stérilisation doit être considérée comme irréversible
- Toute cliente, y compris les jeunes, les célibataires ou celles qui n'ont jamais eu d'enfants, peut choisir la stérilisation s'il s'agit de la bonne méthode pour elle

Source : Adapté de l'OMS, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health [3] et RCOG [28].

#### 4.1.2 Réalisation de la stérilisation

Toutes les clientes présentant une anatomie féminine peuvent faire l'objet d'une stérilisation féminine. Aucune pathologie n'empêche le recours à cette méthode ; néanmoins, il convient de demander à la cliente de faire part de ses antécédents médicaux complets pour apprécier si elle présente une pathologie susceptible d'accroître les risques associés à l'intervention et pour déterminer l'approche chirurgicale, le régime d'anesthésie et le type d'établissement qui lui sont les mieux adaptés (voir l'*Annexe 1*). Voir l'*Annexe 3* pour plus d'informations sur la façon d'exclure la possibilité de grossesse avant d'exécuter cette méthode.

La prise de la tension artérielle et un examen pelvien bimanuel sont les seuls examens physiques requis avant la stérilisation féminine. Cependant, d'autres examens peuvent être utiles pour évaluer l'état de la cliente ou peuvent être indiqués en fonction des antécédents médicaux de la cliente et de l'approche chirurgicale et du traitement anesthésique prévus.

Les examens recommandés sont les suivants :

- poids
- température, tension artérielle et pouls
- auscultation du cœur et des poumons
- examen abdominal
- examen pelvien bimanuel
- examen de la peau de la zone opératoire
- évaluation de l'état nutritionnel
- autres examens tels qu'indiqués par les antécédents médicaux

Aucune analyse en laboratoire de routine n'est requise avant la stérilisation, bien que la mesure de l'hémoglobine/hématocrite soit souvent recommandée. D'autres analyses en laboratoire peuvent être indiquées en fonction des antécédents médicaux ou de l'examen physique de la cliente.

#### 4.1.2.1 Conseil préalable à la stérilisation

Avant l'intervention de stérilisation, assurez-vous de bien passer en revue les informations visées à la [Section 4.1.1](#) et vérifiez que la cliente les comprend. Passez en revue avec la cliente ce à quoi elle doit s'attendre pendant l'intervention de stérilisation. Encouragez la cliente à poser toutes les questions qu'elle pourrait avoir afin de résoudre les incertitudes ou les malentendus au sujet de l'intervention. Étant donné le caractère permanent de la stérilisation, le prestataire doit s'assurer que la cliente ne prend pas la décision de se faire stériliser à un moment de stress – comme pendant le travail ou immédiatement après l'accouchement, ou au moment d'un avortement, et qu'elle a bien envisagé les situations futures qui pourraient l'amener à regretter sa décision (voir l'[Encadré 4 : Parce que la stérilisation est à caractère permanent](#)). La participation du/de la partenaire de la cliente lors du conseil peut être utile, mais elle n'est ni nécessaire ni obligatoire. Le prestataire doit connaître la législation locale applicable à la stérilisation.

Après le conseil, la cliente doit signer un formulaire de consentement éclairé avant l'intervention.

#### 4.1.2.2 Ce à quoi la cliente doit s'attendre au cours de l'intervention

##### Mini-laparotomie

- Le prestataire effectue un examen physique et un examen pelvien bimanuel.
- Le prestataire insère à travers le col de l'utérus un instrument spécial appelé un élévateur utérin dans l'utérus. Cette insertion peut provoquer des sensations d'inconfort.
- La cliente reçoit généralement une sédation et une analgésie légères pour l'aider à se détendre et à se sentir plus à l'aise. Un anesthésique local est injecté au-dessus de la ligne des poils pubiens ou en dessous du nombril pour les clientes qui ont accouché récemment.
- Le prestataire pratique une petite incision horizontale (2–5 cm) dans la zone anesthésiée.
- Chaque trompe est nouée ou obturée à l'aide d'un clip ou d'un anneau à travers l'incision.
- Le prestataire ferme l'incision et la couvre d'un pansement.
- La cliente doit demeurer à l'établissement de santé pendant au moins 2 heures après l'intervention. Pendant ce temps, elle reste sous surveillance pour détecter toutes complications en attendant de se rétablir de la sédation. La cliente peut recevoir un analgésique si nécessaire.

#### ENCADRÉ 4 : Parce que la stérilisation est à caractère permanent

- Le-la client-e client doit réfléchir attentivement à la question de savoir s'il-elle pourrait vouloir avoir d'autres d'enfants à l'avenir. Quelques questions que le prestataire pourrait poser :
  - « Voulez-vous avoir d'autres enfants plus tard ? »
  - « Y a-t-il quelque chose qui pourrait vous faire changer d'avis ? Et si vous rencontriez un nouveau partenaire ? Et si l'un de vos enfants mourait ? »
  - « Votre partenaire veut-il-elle d'autres enfants plus tard ? »
- Bien qu'une personne puisse choisir la stérilisation après avoir suivi un conseil adapté pour prendre un choix éclairé, les plus susceptibles de regretter une stérilisation présentent les caractéristiques suivantes :
  - sont jeunes
  - n'ont que peu ou pas d'enfants
  - ont récemment perdu un enfant
  - sont célibataires ou ont des difficultés conjugales
  - leur partenaire n'est pas favorable à la stérilisation
- Le-la client-e devrait prendre en compte le fait que les contraceptifs non permanents à longue durée d'action d'une efficacité similaire ou supérieure peuvent être d'excellentes solutions de rechange
- Le choix de l'intervention doit être le choix libre et volontaire du/de la client-e et ne doit en aucun cas être contraint sous l'effet de coercition ou d'incitations
- Le-la client-e a le droit de changer d'avis à tout moment avant l'intervention
- Bien que le-la client-e puisse consulter d'autres personnes au sujet de la stérilisation, la décision de se faire stériliser lui appartient à lui-elle seul-e

Source : Adapté de l'OMS, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health [3].

### Laparoscopie

- Le prestataire effectue un examen physique et un examen pelvien bimanuel.
- La cliente reçoit généralement une sédation et une analgésie légères pour l'aider à se détendre et à se sentir plus à l'aise. Un anesthésique local est injecté sous le nombril.
- Le prestataire enfonce une aiguille spéciale dans l'abdomen et gonfle l'abdomen (l'insufflé) avec du gaz ou de l'air.
- Le prestataire fait une petite incision (environ 1 cm) dans la zone anesthésiée et insère un laparoscope, c'est-à-dire un tube doté d'une caméra que le prestataire utilise pour regarder à l'intérieur du corps et voir les trompes de Fallope.
- À travers le laparoscope ou une autre petite incision, le prestataire obture les trompes de Fallope avec un anneau ou un clip.
- Le prestataire retire les instruments et le gaz de l'abdomen de la cliente. Les petites incisions sont fermées et recouvertes de pansements adhésifs.
- La cliente doit demeurer à l'établissement de santé pendant au moins 2 heures après l'intervention. Pendant ce temps, elle reste sous surveillance pour détecter toutes complications en attendant de se rétablir de la sédation. La cliente peut recevoir un analgésique si nécessaire.

#### 4.1.3 Consignes fournies à la cliente après l'intervention

La cliente pourra rentrer chez elle le jour même de l'intervention chirurgicale, une fois rétablie. Expliquez-lui les consignes à observer et remettez-les lui sous forme écrite, comme suit :

- Reposez-vous pendant 2 jours et évitez de faire tout travail pénible, de soulever des objets lourds et d'avoir des rapports sexuels pendant 1 semaine. Vous pourrez reprendre vos activités normales au bout d'une semaine.
- Tenez les incisions au propre et au sec pendant 2 jours.
- La méthode contraceptive est pleinement efficace dès l'intervention effectuée.
- La cliente doit revenir pour une consultation de suivi post-chirurgicale 7 à 10 jours après l'intervention.

#### 4.1.3.1 Effets secondaires

- La cliente peut ressentir des douleurs abdominales et un gonflement après l'intervention. En cas de laparoscopie, elle peut ressentir des ballonnements et avoir des douleurs à l'épaule. Des analgésiques (AINS ou paracétamol) peuvent être pris, à condition d'éviter l'aspirine.
- Pas d'effets secondaires à long terme.

#### 4.1.3.2 Signes avant-coureurs

Conseillez à la cliente de revenir pour une consultation immédiate dans l'éventualité de l'une des situations suivantes, qui peut indiquer une complication chirurgicale :

- saignements, douleurs, pus, chaleur, gonflement ou rougeur au niveau de la lésion, qui s'aggravent ou ne disparaissent pas
- fièvre
- évanouissements, étourdissements persistants ou étourdissements extrêmes

#### 4.1.4 Soins de suite

La cliente doit revenir pour une consultation de suivi 7 à 10 jours après l'intervention chirurgicale. Dans l'idéal, la consultation doit être effectuée avec le prestataire qui a effectué l'intervention. Pendant la consultation :

- Discutez des préoccupations ou des questions que la cliente peut avoir.
- Examinez le site opératoire et retirez les sutures si nécessaire. Effectuez d'autres examens si nécessaire.
- Programmez une autre consultation si nécessaire.

Un suivi de routine supplémentaire n'est généralement pas nécessaire après une intervention de stérilisation dépourvue de complications. Il est possible qu'un suivi supplémentaire soit bénéfique pour les clientes qui présentent des pathologies spécifiques. Voir la [Section 2.3 : Conseil aux clients qui reviennent consulter](#) pour plus d'informations sur les consultations de suivi.

## 4.1.5 Complications

### 4.1.5.1 Infection

- Nettoyez la zone infectée avec un antiseptique.
- En cas de présence d'abcès, ouvrez l'abcès (incisez-le) et videz-le. Soignez la plaie.
- Donnez des antibiotiques oraux pendant 7 à 10 jours.
- La cliente doit revenir consulter une fois la série d'antibiotiques terminée si l'infection persiste.

### 4.1.5.2 Douleur sévère

- Évaluez la présence possible de pathologies susceptibles d'être en rapport avec l'intervention chirurgicale, telles qu'une infection pelvienne, une péritonite, des lésions des organes internes ou un emphysème chirurgical. Traitez-les correctement ou orientez la cliente vers les services concernés au besoin.
- Si l'intervention chirurgicale remonte à plus de 3 à 4 semaines, évaluez l'éventualité d'une grossesse extra-utérine.

### 4.1.5.3 Grossesse suspectée

- Évaluez l'éventualité d'une grossesse, y compris d'une grossesse extra-utérine.

## 4.2 Vasectomie

### 4.2.1 Conseil au client : Vasectomie

#### De quoi s'agit-il ?

- Contraception permanente pour les clients présentant une anatomie masculine qui ne veulent plus ou qui ne veulent pas avoir d'enfants
- Par une petite ponction ou incision pratiquée dans le scrotum, le prestataire localise chaque canal déférent (les tubes qui transportent les spermatozoïdes de chaque testicule vers le pénis) et les coupe, les noue ou les occlut
- Également appelée stérilisation masculine

#### Comment ça marche ?

- En occluant, coupant ou nouant le canal déférent, les spermatozoïdes sont empêchés de se mélanger au sperme. L'éjaculation se produit normalement, mais l'éjaculat ne contient pas de spermatozoïdes et la fécondation est empêchée

#### Quel est son degré d'efficacité ?

- La vasectomie constitue l'une des méthodes de contraception les plus efficaces (voir l'[Annexe 2](#))
- Taux d'échec : 0,15 %
- La vasectomie nécessite d'attendre 3 mois après l'intervention pour être pleinement efficace

#### Avantages non contraceptifs : Aucun

#### Avantages :

- Prévention hautement efficace et permanente de la grossesse
- Aucune action requise de la part de l'utilisateur, aucun réapprovisionnement de produit nécessaire
- Peut être effectuée à tout moment
- Ne gêne pas les rapports sexuels
- Peut être gardée secrète
- Peut être utilisée en toute sécurité par tous les clients présentant une anatomie masculine
- Permet au client homme d'assumer la responsabilité de la contraception

#### Inconvénients :

- L'inversion de la stérilisation n'est généralement pas possible
- Aucune protection contre les IST, y compris le VIH

#### Effets secondaires : Aucuns effets secondaires à long terme

---

### Risques :

- Complications possibles de l'intervention de vasectomie :
  - douleurs et enflure du scrotum
  - saignements abondants/hématome
  - infection
  - formation de granulome spermatique
  - douleur testiculaire sévère qui dure des mois ou des années (très rare)
- Risque de grossesse si un contraceptif de secours n'est pas utilisé pendant 3 mois après l'intervention
- Risque d'échec de l'intervention
- Regret

---

**Retour à la fécondité :** Permanente (pas de reprise de la fécondité)

### Corriger les idées fausses :

- N'enlève pas les testicules
- N'a pas de répercussions sur la santé physique ou mentale
- N'a pas de répercussions sur les hormones
- N'a pas de répercussions sur la fonction sexuelle (qualité de l'érection et de l'éjaculation) et ne diminue pas la libido
- La stérilisation doit être considérée comme irréversible
- N'empêche pas la transmission des IST, y compris le VIH
- Tout client, y compris les jeunes, les célibataires ou ceux qui n'ont jamais eu d'enfants, peut choisir la vasectomie s'il s'agit de la bonne méthode pour lui

---

Source : Adapté de l'OMS, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health [3].

## 4.2.2 Réalisation de la vasectomie

Tous les clients présentant une anatomie masculine peuvent avoir une vasectomie. Aucune pathologie n'empêche l'utilisation de cette méthode. Il convient de prendre les antécédents médicaux complets pour déterminer si le client présente des conditions susceptibles de nécessiter de retarder l'intervention et déterminer le type d'anesthésie et le type d'établissement qui lui conviennent le mieux (voir l'[Annexe 1](#)).

L'examen des parties génitales est l'unique examen physique requis avant la vasectomie.

Aucune analyse en laboratoire de routine n'est requise avant la stérilisation, bien que la mesure de l'hémoglobine/hématocrite, l'analyse d'urine, de la fonction de coagulation ou d'autres analyses en laboratoire peuvent être indiquées en fonction des antécédents médicaux ou de l'examen physique du client.

Une vasectomie être effectuée à tout moment.

### 4.2.2.1 Conseil préalable à la vasectomie

Avant l'intervention de vasectomie, assurez-vous de bien passer en revue les informations visées à la [Section 4.2.1](#) et vérifiez que le client les comprend. Passez en revue avec le client ce à quoi il doit s'attendre pendant l'intervention de vasectomie. Encouragez le client à poser toutes les questions qu'il pourrait avoir afin de résoudre les incertitudes ou les malentendus au sujet de l'intervention. Étant donné le caractère permanent de la vasectomie, le prestataire doit s'assurer que le client a bien pris en compte les situations futures qui pourraient l'amener à regretter sa décision (voir l'[Encadré 4](#)). La participation du/de la partenaire du client lors du conseil peut être utile, mais elle n'est ni nécessaire ni obligatoire. Après le conseil, le client doit signer un formulaire de consentement éclairé avant l'intervention.

#### 4.2.2.2 Ce à quoi le client doit s'attendre au cours de l'intervention

- Un anesthésique local sera injecté dans le scrotum pour prévenir la douleur. Le client reste éveillé tout au long de l'intervention.
- Le prestataire localise chaque canal déférent en palpant le scrotum.
- Le prestataire réalise une ponction ou une petite incision dans la peau scrotale. Le canal déférent est amené à la surface, et est coupé, noué ou occlus.
- L'incision peut être fermée par des points de suture. La plaie est recouverte d'un pansement adhésif.
- Le client reste dans l'établissement de santé pendant au moins 30 minutes après l'intervention pour s'assurer que le site opératoire ne présente aucun signe de saignement. Le client peut recevoir un analgésique si nécessaire.

#### 4.2.3 Consignes fournies au client après l'intervention

Le client peut rentrer chez lui le jour même de l'intervention. Expliquez-lui les consignes à observer et remettez-les lui sous forme écrite, comme suit :

- Reposez-vous pendant 2 jours. Évitez tout travail physique vigoureux, les exercices intenses et les rapports sexuels pendant cette période.
- Posez une compresse froide sur le scrotum pendant les 4 premières heures après l'intervention pour diminuer la douleur et les saignements. Le client éprouvera un certain inconfort, un gonflement et des ecchymoses. Ceux-ci devraient disparaître dans 2–3 jours.
- Portez des sous-vêtements ou des pantalons serrés pour soutenir le scrotum pendant 2–3 jours.
- Tenez au propre et au sec le site d'incision pendant 2–3 jours.
- Utilisez des préservatifs ou une autre méthode de contraception efficace pendant au moins 3 mois après l'intervention.
- Le client doit revenir pour une consultation de suivi post-chirurgicale dans les 7 à 10 jours après l'intervention.

#### 4.2.3.1 Effets secondaires

- Un inconfort, un gonflement, des ecchymoses du scrotum sont attendus après l'intervention. Des analgésiques (AINS ou paracétamol) peuvent être pris, à condition d'éviter l'aspirine.
- Pas d'effets secondaires à long terme.

#### 4.2.3.2 Signes avant-coureurs

Conseillez au client de revenir pour une consultation immédiate dans l'éventualité de l'une des situations suivantes, qui peut indiquer une complication chirurgicale :

- saignements, pus, chaleur, gonflement ou rougeur au niveau du site d'incision, qui s'aggravent ou ne disparaissent pas
- douleurs ou gonflement excessifs du scrotum
- fièvre

#### 4.2.4 Soins de suite

Le client doit revenir pour une consultation de suivi dans les 7 à 10 jours après l'intervention. Dans l'idéal, la consultation de suivi doit être effectuée par le prestataire qui a effectué l'intervention. Pendant la consultation de suivi :

- Discutez des préoccupations ou des questions que le client peut avoir.
- Examinez la zone scrotale.
- Examinez les plans pour une éventuelle analyse du sperme.
- Insistez sur la nécessité d'une contraception de secours pendant 3 mois après l'intervention.

Si disponible, proposez de procéder à une analyse du sperme 12 semaines après l'intervention pour confirmer le succès de l'intervention. Si des spermatozoïdes mobiles sont présents après 12 semaines, le prestataire doit réévaluer le cas et prendre les mesures appropriées. Une nouvelle analyse de sperme est indiquée, et une deuxième procédure de vasectomie peut être proposée en cas de spermatozoïdes mobiles persistants/vasectomie ratée.

Un suivi de routine supplémentaire n'est généralement pas nécessaire après une intervention de stérilisation dépourvue de complications. Il est possible qu'un suivi supplémentaire soit bénéfique pour les clients qui présentent des pathologies spécifiques. Voir la [Section 2.3 : Conseil aux clients qui reviennent consulter](#) pour plus d'informations sur les consultations de suivi.

## 4.2.5 Complications

### 4.2.5.1 Saignements ou hématome

- Des saignements mineurs et des petits caillots sanguins non infectés disparaissent généralement sans traitement en quelques semaines.
- Il peut être nécessaire de drainer par voie chirurgicale de gros caillots sanguins.
- Les caillots sanguins infectés nécessitent des antibiotiques et une hospitalisation.

### 4.2.5.2 Infection

- Nettoyez la zone infectée avec un antiseptique.
- En cas de présence d'abcès, ouvrez l'abcès (incisez-le) et videz-le. Soignez la plaie.

- Donnez des antibiotiques oraux pendant 7 à 10 jours.
- Le client doit revenir à l'établissement de santé une fois la série d'antibiotiques terminée si l'infection persiste.

### 4.2.5.3 Douleurs d'une durée de plusieurs mois

- Suggérez d'élever le scrotum en portant des sous-vêtements serrés ou un dispositif de soutien athlétique.
- Suggérez de tremper le scrotum dans de l'eau chaude.
- Conseillez des médicaments analgésiques (AINS ou paracétamol) au besoin.
- Fournissez des antibiotiques en cas de suspicion d'infection.

# 5. Méthodes de contraception à courte durée d'action et réversible

## 5.1 Contraceptifs hormonaux combinés

### 5.1.1 Conseil à la cliente : Contraceptifs hormonaux combinés (CHC)

#### De quoi s'agit-il ?

- De contraceptifs réversibles à courte durée d'action qui utilisent une combinaison de deux hormones (un œstrogène et un progestatif)
- Il en existe de nombreux types différents :
  - Contraceptifs oraux combinés (COC) : une pilule à prendre tous les jours
  - Patch hormonal combiné : un autocollant que l'on colle sur la peau une fois par mois
  - Anneau vaginal combiné : un anneau en plastique souple placé dans le vagin une fois par mois
  - Contraceptif injectable combiné (CIC) : une injection qui est administrée une fois par mois, par un prestataire de soins de santé

#### Comment fonctionnent-ils ?

- Les hormones contenues dans les contraceptifs hormonaux combinés (CHC) inhibent l'ovulation

#### Quel est leur degré d'efficacité ?

- Les CHC sont des méthodes de contraception très efficaces, mais certaines le sont plus que d'autres (voir l'[Annexe 2](#))
- Taux d'échec :
  - COC, patch, anneau vaginal : taux d'échec de 0,3 % (utilisation parfaite) à 7 % (utilisation type)
  - CIC : taux d'échec <1 % (utilisation parfaite) à 3 % (utilisation type)
- Les taux de grossesse peuvent être légèrement plus élevés pour les clientes portant un patch qui pèsent  $\geq 90$  kg

---

### Avantages non contraceptifs :

- Réduction des saignements menstruels abondants et des crampes menstruelles
- Amélioration des symptômes du syndrome prémenstruel
- Possible atténuation de l'acné
- Contribution à la protection contre les cancers de l'endomètre, des ovaires et colorectal
- Atténuation des symptômes (acné, hirsutisme, irrégularités menstruelles) du syndrome des ovaires polykystiques
- Contribution possible à la protection contre l'anémie due à une carence de fer

---

### Avantages :

- COC, patch, anneau vaginal : La posologie standard régule les saignements menstruels. Des schémas d'utilisation prolongée et continue donnent aux clientes des règles moins abondantes/l'absence de règles [29]
- Ne gêne pas les rapports sexuels

---

### Inconvénients :

- Nécessite de se rappeler d'utiliser le contraceptif de manière régulière : prendre une pilule tous les jours, remplacer un patch une fois par semaine, insérer un nouvel anneau vaginal une fois par mois ou se faire injecter une fois par mois
- Nécessite des fournitures d'appoint
- Certains médicaments anticonvulsivants, antirétroviraux et antimicrobiens peuvent réduire l'efficacité des CHC
- Aucune protection contre les IST, y compris le VIH

---

### Effets secondaires :

- Changements dans les schémas de saignements menstruels, y compris des règles plus légères, moins de jours de saignements, des saignements peu fréquents ou l'absence de saignements
- Céphalées
- Étourdissements
- Nausées
- Seins endoloris
- Changements de poids
- Changements d'humeur
- Changements de la libido

---

### Risques : (Voir l'Encadré 5 : Conseil sur les risques liés aux contraceptifs hormonaux combinés – page suivante)

- Risque légèrement accru de cancer du sein et du col de l'utérus, qui se rétablit au niveau de référence dans les 10 ans suivant l'arrêt des CHC
- Événements indésirables très rares mais graves : thromboses, accident vasculaire cérébral ou crise cardiaque

---

### Retour à la fécondité après arrêt de la méthode :

- COC, patch, anneau vaginal : Aucun retard
- CIC : En moyenne 5 mois après la dernière injection

---

### Corriger les idées fausses :

- Les hormones ne s'accumulent pas dans le corps. Il n'y a pas besoin de « se reposer » des hormones
- En cas d'utilisation de ces méthodes, l'absence de règles ne présente aucun danger pour les clientes
- Ne cause pas l'infertilité. La fécondité revient rapidement après l'arrêt de la méthode
- Ne cause pas de malformations

---

Source : Adapté de : OMS, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health [3].



### ENCADRÉ 5 : Conseil sur les risques liés aux contraceptifs hormonaux combinés

Cette information peut aider une cliente à mettre dans leur contexte les risques associés à l'utilisation de contraceptifs hormonaux combinés (CHC) afin de favoriser une prise de décision éclairée. La cliente doit être rassurée sur le fait que tous les risques associés aux CHC sont très faibles.

#### Cancer du sein

L'utilisation de CHC peut augmenter le risque de cancer du sein pendant leur utilisation. Ce risque est faible et se rétablit au niveau de référence dans les 10 ans suivant l'arrêt des CHC. L'utilisation passée de CHC n'augmente pas le risque de cancer du sein plus tard dans la vie lorsque le cancer du sein est plus fréquent.

#### Cancer du col de l'utérus

L'utilisation de CHC pendant plus de 5 ans peut accroître le risque de cancer du col de l'utérus. Ce risque est faible et se rétablit au niveau de référence dans les 10 ans suivant l'arrêt des CHC.

#### Thrombo-embolie veineuse (TEV)

Le risque d'une TEV est environ trois fois plus élevé chez les utilisatrices de CHC que chez les non-utilisatrices. Néanmoins, le risque demeure très faible et est bien plus faible que le risque de TEV pendant la grossesse et pendant la période suivant l'accouchement, où il peut être jusqu'à 80 fois plus élevé [30]. Le risque de TEV est à son maximum lors de la mise en route de CHC ou en cas de reprise après une interruption d'au moins 1 mois. Le risque diminue au cours de la première année et se stabilise par la suite.

#### Crise cardiaque et accident ischémique

Le risque de crise cardiaque et d'AVC est très faible chez les clientes jeunes, mais augmente avec l'âge. L'utilisation actuelle de CHC est associée à un risque accru par rapport au risque chez les non-utilisatrices. Les CHC avec une dose d'éthinylestradiol  $\geq 35 \mu\text{g}$  présentent plus de risques que les formulations à moindre dose et ne sont pas recommandés à des fins contraceptives. Le risque se rétablit au niveau de référence après l'arrêt des CHC.

Source : Adapté de Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare [29].

### 5.1.2 Utilisation sûre et efficace de contraceptifs hormonaux combinés (CHC)

Si un grand nombre de clientes peuvent utiliser les CHC en toute sécurité, ces contraceptifs sont contre-indiqués pour quelques-unes d'entre elles. Voir l'*Annexe 1* pour déterminer si la cliente est une bonne candidate pour la méthode, en particulier si elle présente l'un des symptômes suivants :

- hypertension
- maladie cardiaque
- AVC
- diabète
- facteurs de risque multiples de maladies cardiovasculaires
- thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire
- migraine, en particulier migraine avec aura
- mutation thrombogénique connue
- lupus érythémateux disséminé
- maladie hépatique sévère

- maladie inflammatoire de l'intestin
- cancer du sein
- accouchement datant de moins de 6 semaines
- utilisation de médicaments anticonvulsifs, antifongiques ou antirétroviraux
- tabagisme

Chez les clientes en bonne santé, aucun examen physique ou pelvien n'est nécessaire avant la mise en route de CHC. Il est souhaitable que des mesures de la tension artérielle soient prises avant de commencer à utiliser des CHC ; cependant, dans les contextes où des mesures de tension artérielle ne sont pas disponibles, il convient de ne pas refuser ces méthodes aux clientes sous prétexte qu'il n'est pas possible de prendre leur tension artérielle. Aucune analyse en laboratoire n'est requise avant la mise en route de CHC.

Voir l'*Annexe 3* pour plus d'informations sur la façon d'exclure la possibilité de grossesse avant l'adoption de la méthode.

### 5.1.3 Utilisation de contraceptifs oraux combinés (COC), d'un patch et d'un anneau vaginal

Les schémas posologiques standard pour les COC, le patch et l'anneau vaginal sont conçus pour induire un saignement de sevrage une fois par mois, imitant les cycles menstruels naturels. Les clientes recevant une posologie standard utilisent des hormones contraceptives pendant environ 3 semaines, suivies d'un intervalle sans hormone pendant lequel elles auront un saignement de sevrage. Il n'existe toutefois aucun avantage pour la santé à avoir un saignement de sevrage mensuel. Les clientes peuvent utiliser en toute sécurité les COC, le patch et l'anneau vaginal soit en utilisation prolongée (en prenant des hormones contraceptives pendant 12 semaines, suivies d'un intervalle de 4 ou 7 jours sans hormones avec saignement de sevrage); soit en utilisation continue (en prenant des hormones contraceptives en continu sans intervalle sans hormones); soit selon une utilisation flexible (en utilisant des hormones contraceptives pour éviter les règles si désiré) en ajustant le schéma posologique en vue de réduire le nombre de saignements de sevrage mensuels ou de les éliminer complètement (voir l'*Encadré 6* – page suivante). Pour les clientes qui ressentent des symptômes pendant leur saignement de sevrage (tels que des céphalées, des changements d'humeur, des saignements abondants ou une dysménorrhée) ou pour les clientes qui ne veulent pas de sevrage mensuel, une utilisation prolongée ou une administration continue est une option de traitement sûre et efficace. Des saignements non programmés sont plus fréquents chez les clientes qui utilisent une utilisation prolongée ou continue, auquel cas les clientes auront besoin de produits supplémentaires lors de l'utilisation de ces schémas posologiques.

Fournir aux clientes qui choisissent des COC ou des patches un approvisionnement d'un an en produits, en fonction de leurs préférences et de l'utilisation prévue. Les clientes optant pour des schémas posologiques prolongés ou continus auront besoin de produits supplémentaires. Après sa distribution, l'anneau vaginal peut être stocké à température ambiante et doit être utilisé dans les 4 mois; pour cette raison, pas plus de quatre anneaux ne peuvent être fournis à la fois. Fournir des pilules contraceptives d'urgence à l'avance à toutes les utilisatrices de CHC et fournir des préservatifs à toutes les clientes nécessitant une protection contre les IST, y compris le VIH. Créer un plan avec la cliente pour qu'elle revienne chercher des produits supplémentaires en cas de besoin.

#### 5.1.3.1 Contraceptifs oraux combinés (COC)

Il existe de nombreuses formulations différentes de COC. La plupart contiennent l'œstrogène synthétique éthinyloestradiol à des doses comprises entre 20 µg à 35 µg, bien que des pilules avec des doses plus faibles (10 µg) et plus élevées (50 µg) d'éthinyloestradiol et des pilules avec différents œstrogènes (œstradiol, estétrol) soient disponibles. Les formulations de pilules contenant 30 µg ou moins d'éthinyloestradiol présentent moins de risques pour la santé, en particulier des crises cardiaques et des accidents vasculaires cérébraux ischémiques, que les formulations contenant des doses plus élevées [31]. Parmi les nombreux progestatifs synthétiques présents dans les COC, la noréthistérone (NET), le lévonorgestrel (LNG) et le norgestimate sont associés à un risque plus faible de thrombose veineuse que le désogestrel, le gestodène, la drospirénone et l'acétate de cyprotérone [29,32].

Les COC monophasiques contiennent la même quantité d'œstrogène et de progestatif dans chaque pilule contenant des hormones. Les COC biphasiques et triphasiques modifient la quantité d'œstrogène et de progestatif à différents stades du cycle de prise des pilules. Tous empêchent la grossesse par le même mécanisme d'action et les différences entre les pilules monophasiques et biphasiques ou triphasiques sont légères. Les COC monophasiques sont recommandés pour les schémas posologiques prolongés ou continus.

Les COC sont disponibles en paquets de :

- **21 pilules :** chaque pilule contenue dans l'emballage contient une combinaison d'œstrogènes et de progestatifs.
- **28 pilules :** les 21 premières pilules du paquet contiennent une combinaison d'œstrogènes et de progestatifs. Les 7 dernières pilules du paquet ne contiennent pas d'hormones (il peut s'agir de pilules placebo ou de pilules contenant du fer) et sont généralement d'une couleur différente de celle des pilules contenant des hormones.
- **28 pilules :** les 24 premières pilules contenues dans le paquet contiennent une combinaison d'œstrogènes et de progestatifs. Les 4 dernières pilules contenues dans le paquet ne contiennent pas d'hormones.

**ENCADRÉ 6 : Schémas posologiques standard, prolongés et continus pour les contraceptifs oraux combinés, les patches et les anneaux vaginaux\***

Contraceptifs oraux combinés	Patch	Anneau vaginal
<b>Utilisation standard</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prendre 1 pilule hormonale par jour pendant 21 jours (en cas de tablette de 21/7 pilules) ou 24 jours (en cas de tablette de 24/4 pilules)</li> <li>• Prendre 1 pilule placebo ou aucune pilule pendant les 7 jours suivants (en cas de tablette de 21/7 pilules) ou 4 jours suivants (en cas de tablette de 24/4 pilules)</li> <li>• S'attendre à des saignements de sevrage pendant l'intervalle sans hormones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appliquer un nouveau patch sur la peau une fois par semaine pendant 3 semaines (21 jours)</li> <li>• Ne pas porter de patch pendant la quatrième semaine (7 jours)</li> <li>• S'attendre à des saignements de sevrage pendant l'intervalle sans hormones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insérer un nouvel anneau vaginal dans le vagin et le laisser en place pendant 3 ou 4 semaines</li> <li>• Retirer et jeter l'anneau vaginal au début de la quatrième ou de la cinquième semaine (jour 22 ou jour 29) ; ne pas utiliser d'anneau vaginal pendant les 7 jours suivants</li> <li>• S'attendre à des saignements de sevrage pendant l'intervalle sans hormones</li> </ul>
<b>Utilisation prolongée</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prendre 1 pilule hormonale par jour pendant 12 semaines (84 jours)</li> <li>• Prendre 1 pilule placebo ou aucune pilule pendant un intervalle de 4 ou 7 jours sans hormones</li> <li>• S'attendre à des saignements de sevrage pendant l'intervalle sans hormones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appliquer un nouveau patch sur la peau une fois par semaine pendant 12 semaines (84 jours)</li> <li>• Ne pas porter de patch pendant la 13<sup>e</sup> semaine (7 jours)</li> <li>• S'attendre à des saignements de sevrage pendant l'intervalle sans hormones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insérer un nouvel anneau vaginal dans le vagin et le laisser en place pendant 4 semaines (28 jours)</li> <li>• Retirer et remplacer l'anneau vaginal au début de la cinquième semaine (jour 29)</li> <li>• Retirer et remplacer le deuxième anneau vaginal au début de la neuvième semaine (jour 56)</li> <li>• Retirer le troisième anneau vaginal au début de la 13<sup>e</sup> semaine (jour 85) ; ne pas utiliser d'anneau vaginal pendant la 13<sup>e</sup> semaine (7 jours)</li> <li>• S'attendre à des saignements de sevrage pendant l'intervalle sans hormones</li> </ul>
<b>Utilisation continue</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prendre 1 pilule hormonale par jour, sans intervalle hormonal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appliquer un nouveau patch sur la peau une fois par semaine, sans semaine sans patch</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insérer un nouvel anneau vaginal dans le vagin toutes les 4 semaines, sans semaine sans anneau vaginal</li> </ul>

\* La cliente peut passer d'un schéma posologique à l'autre et l'adapter en fonction de ses besoins.

*Instructions à donner à la cliente*

- Montrez-lui et expliquez-lui le paquet de pilules de 21 ou 28 jours, y compris l'intervalle sans hormone et le moment où la cliente doit s'attendre à avoir ses règles.
- Expliquez le dosage standard des COC et l'utilisation prolongée ou continue si la cliente choisit l'un de ces schémas.
- Expliquez-lui l'importance de prendre la pilule tous les jours. Discutez avec la cliente des stratégies qui l'aideront à se rappeler de prendre sa pilule tous les jours, comme mettre une alarme sur son téléphone ou combiner la prise de la pilule avec une autre activité quotidienne comme se brosser les dents.
- Voyez avec elle ce qu'elle doit faire au cas où elle oublie de prendre sa pilule (voir l'[Annexe 8](#)).
- Informez la cliente que si elle vomit dans les 2 heures suivant la prise d'une pilule, elle doit en prendre une autre dès que possible, puis continuer à prendre les pilules normalement. Si les vomissements persistent pendant plus de 2 jours, la cliente doit suivre les instructions en cas de pilule oubliée.

### 5.1.3.2 Patch

Le patch contraceptif transdermique est à coller sur la peau et à conserver pendant 1 semaine à la fois. Chaque patch libère 20 µg d'éthinylestradiol et 150 µg de norelgestromine par jour.

*Instructions à donner à la cliente*

- Montrez-lui le patch. Expliquez à la cliente qu'elle doit déchirer la pochette en aluminium contenant le patch le long du bord et décoller le dos sans toucher la surface collante.
- Expliquez le dosage standard des patchs et l'utilisation prolongée ou continue si la cliente choisit l'un de ces schémas.
- Indiquez-lui qu'un seul patch est à coller à la fois. Il convient de le coller sur une peau propre, sèche, sans lésions, sans poils sur le haut du bras extérieur, dans le dos, sur le ventre ou sur la fesse. Le patch ne doit pas être collé directement sur le sein.
- Indiquez à la cliente de changer de patch pour en coller un nouveau le même jour toutes les semaines : le « jour de changement de patch ». Pour éviter toute irritation cutanée, conseillez à la cliente de coller le nouveau patch sur un autre endroit de la peau.

- Expliquez-lui que le patch restera collé en permanence, y compris pendant le travail, l'exercice, la natation et la baignade. Dites-lui d'éviter d'utiliser des lotions ou des crèmes sur la peau où le patch sera posé ou là où il se trouve.
- Précisez que les patchs sont à jeter à la poubelle et non dans les toilettes.
- Voyez avec elle la marche à suivre au cas où un patch se décolle partiellement ou complètement ou en cas de retard de la pose d'un nouveau patch (voir les instructions détaillées de l'OMS [3] en cas de remplacement ou de retrait tardif du patch ou s'il se décolle).

### 5.1.3.3 Anneau vaginal

L'anneau vaginal contraceptif est inséré dans le vagin pour y rester pendant une période de 3 à 4 semaines. Il libère 15 µg d'éthinylestradiol et 120 µg d'étonogestrel par jour.

*Instructions à donner à la cliente*

- Montrez l'anneau vaginal à la cliente et expliquez-lui comment l'insérer dans le vagin. La cliente peut choisir n'importe quelle position qui est la plus confortable, par exemple, se tenir debout avec une jambe relevée, en position accroupie ou en position allongée. Expliquez-lui qu'il faut comprimer les côtés opposés de l'anneau vaginal l'un vers l'autre et enfoncer délicatement l'anneau vaginal replié entièrement dans le vagin. La position exacte de l'anneau vaginal n'est pas importante, mais l'insertion de l'anneau vaginal au fond du vagin peut l'aider à se maintenir en place et il est moins susceptible de se faire sentir.
- L'anneau vaginal doit être laissé en place en permanence. Si l'anneau vaginal sort, il convient de le rincer et de le réinsérer dès que possible (voir les instructions détaillées de l'OMS [3] en cas de remise en route tardive ou de retrait).
- Il n'est pas nécessaire de retirer l'anneau vaginal avant des rapports sexuels, bien que certaines personnes puissent préférer le faire. Si la cliente retire l'anneau vaginal, celui-ci doit être réinséré dès que possible (voir les instructions détaillées de l'OMS [3] en cas de retard de remplacement ou de retrait).
- Pour retirer l'anneau vaginal, passer le doigt replié à l'intérieur de l'anneau vaginal et le retirer pour l'extraire du vagin.

### 5.1.4 Utilisation de contraceptifs injectables combinés (CIC)

Les CIC contiennent un œstrogène à courte durée d'action et un progestatif à longue durée d'action, administrés mensuellement par injection. Il existe deux formulations de CIC :

- 5 mg de cypionate d'estradiol/25 mg d'acétate de médroxyprogestérone (Cyclofem)
- 5 mg de valérate d'estradiol/50 mg d'énanthate de noréthistérone (Mesigyna, Norigynon)

Actuellement, les CIC sont formulés pour être administrés par injection intramusculaire par un prestataire de soins de santé. Si une cliente préfère s'auto-administrer un contraceptif injectable, des formulations de contraceptifs injectables par progestatifs-seuls sont disponibles pour l'auto-administration par voie sous-cutanée.

#### 5.1.4.1 Administration de l'injection

1. Des mesures standard de prévention des infections doivent être suivies.
2. Rassemblez le médicament, l'aiguille d'injection intramusculaire et une seringue de 2 ml ou 5 ml.
3. Préparez le médicament en agitant doucement la fiole et en la réchauffant à la température de la peau si elle est froide.
4. Percez la fiole avec l'aiguille stérile et remplissez la seringue de la dose requise. Il est inutile d'essuyer le dessus de la fiole avec un antiseptique.
5. Insérez l'aiguille profondément dans le muscle ventroglutéal (hanche), le muscle fessier externe supérieur (fesse), le muscle deltoïde (épaule) ou le muscle quadriceps (cuisse antérieure) et injectez le contenu de la seringue. Il n'est pas nécessaire d'essuyer la peau avec un antiseptique. Ne massez pas le site d'injection.
6. Jetez l'aiguille et la seringue en suivant les consignes de sécurité.

#### 5.1.4.2 Instructions à donner à la cliente

- Conseillez à la cliente de ne pas masser le site d'injection.
- Rassurez la cliente sur le fait que des irritations au site d'injection n'ont rien d'anormal et disparaîtront.
- Dans l'idéal, il faudrait qu'elle revienne dans 4 semaines pour son injection suivante. La cliente peut se présenter pour l'injection jusqu'à 7 jours avant la date prévue ou 7 jours après.
- Si la cliente revient pour sa prochaine injection plus de 7 jours après la date prévue, elle doit s'abstenir d'avoir des relations sexuelles ou elle doit utiliser une méthode contraceptive de secours jusqu'à ce qu'elle reçoive l'injection. La cliente pourrait également envisager un contraceptif d'urgence, quel qu'il soit, si plus de 7 jours se sont écoulés depuis l'injection et qu'elle a eu des rapports sexuels non protégés au cours des 5 derniers jours.

Fournir à la cliente les informations écrites suivantes :

- Nom de l'injection administrée.
- Date de l'injection et date recommandée de la prochaine injection.
- Nom, adresse et numéro de téléphone du centre de santé pour le suivi.

#### 5.1.5 Soins de suite

Une consultation de suivi de routine n'est pas nécessaire après la mise en route de COC, d'un patch ou d'un anneau vaginal. Les clientes qui reçoivent des CIC doivent revenir pour que l'injection leur soit administrée, sans pour autant qu'elles n'aient besoin d'une consultation de suivi complète. Toutes les clientes doivent être encouragées à revenir consulter à tout moment pour poser des questions, discuter d'effets secondaires ou d'autres préoccupations ou pour changer de méthode. Il convient aussi d'aviser les clientes de revenir consulter pour un suivi si un nouveau diagnostic a été posé les concernant ou si elles commencent à prendre un nouveau médicament qui pourrait avoir un effet sur leur utilisation d'un CHC, notamment s'il s'agit de certains médicaments anticonvulsivants, antirétroviraux ou antimicrobiens.

Une consultation annuelle est recommandée pour toutes les utilisatrices de CHC. Il est possible qu'un suivi plus fréquent soit bénéfique pour les clientes qui présentent des pathologies spécifiques [11]. Voir la [Section 2.3 : Conseil aux clients qui reviennent consulter](#) pour plus d'informations sur les consultations de suivi des clients utilisant des contraceptifs.

### 5.1.6 Effets secondaires

Les effets secondaires courants de l'utilisation de CHC sont à passer en revue avec la cliente et il convient de discuter avec elle des stratégies de prise en charge à adopter. De nombreux effets secondaires disparaîtront après quelques semaines ou quelques mois d'utilisation de CHC.

- Les changements de fréquence des règles sont courants avec l'utilisation de CHC. De nombreuses clientes présentent des règles plus légères, et certaines des règles irrégulières, en particulier au début de la prise d'un CHC. Qu'il s'agisse de COC, de patch et d'anneau vaginal, assurez-vous que la méthode est utilisée de manière cohérente et correcte et examinez la meilleure façon de gérer les erreurs d'utilisation, telles que l'oubli de la pilule (voir l'*Annexe 8*). La cliente peut essayer de prendre 800 mg d'ibuprofène trois fois par jour après les repas pendant 5 jours au début de règles irrégulières commencent. Si le problème persiste pendant plus de quelques mois et que les AINS n'aident pas, il peut être utile d'essayer une nouvelle formulation de CHC. Il est important que les prestataires envisagent la possibilité d'une pathologie sous-jacente sans rapport avec la méthode, en particulier si des règles irrégulières commencent après plusieurs mois de règles normales ou d'absence de règles.
- Les règles peuvent s'arrêter complètement chez certaines clientes. Assurez-vous que la cliente utilise la méthode de manière cohérente et correcte et évaluez la possibilité d'une grossesse, le cas échéant. Rassurez la cliente qu'il n'y a pas de danger si ses règles s'arrêtent pendant qu'elle prend des CHC.
- Si la cliente a des nausées ou des vomissements, conseillez-lui d'essayer de prendre des COC au moment du repas ou au coucher. Si des nausées se manifestent

au démarrage d'un nouveau paquet de pilules, une utilisation prolongée ou une administration continue peut être utile.

- Les céphalées peuvent être gérées avec des AINS ou du paracétamol. Si des céphalées surviennent pendant l'intervalle sans hormones, envisagez une utilisation prolongée ou une administration continue. La cause de céphalées d'une intensité ou d'une fréquence croissantes pendant l'utilisation de CHC doit être évaluée. Les céphalées de type migraineux avec ou sans aura nécessitent une évaluation plus approfondie et peuvent nécessiter le passage à une méthode qui ne contient pas d'œstrogène.
- La sensibilité mammaire peut être atténuée par le port d'un soutien-gorge ferme, en particulier pour l'exercice et le sommeil, et l'utilisation de compresses chaudes ou froides. La prise d'AINS et de paracétamol peut être utile.

### 5.1.7 Signes avant-coureurs

Conseillez à la cliente de consulter immédiatement un médecin si elle présente l'un des signes avant-coureurs suivants, qui peuvent annoncer une complication indésirable rare mais grave tel qu'une thrombo-embolie veineuse, une crise cardiaque ou un accident vasculaire cérébral :

- douleur abdominale aiguë
- douleur thoracique aiguë ou essoufflement
- céphalée sévère
- perte de la vue ou vision floue
- douleur aiguë au niveau de la cuisse ou du mollet
- ictère

## 5.2 Contraceptifs injectables à progestatifs seuls

### 5.2.1 Conseil à la cliente : Contraceptifs injectables à progestatifs seuls (CIPS)

#### De quoi s'agit-il ?

- De contraceptifs réversibles à courte durée d'action utilisant du progestatif synthétique
- Injection intramusculaire ou sous-cutanée
- Il en existe plusieurs types :
  - Acétate de médroxyprogestérone retard (AMPR) :  
AMPR-IM : 150 mg d'AMPR par voie intramusculaire une fois toutes les 13 semaines  
AMPR-SC : 104 mg d'AMPR par voie sous-cutanée une fois toutes les 13 semaines (Sayana-Press)
  - Énanthate de noréthistérone (EN-NET) 200 mg par voie intramusculaire une fois toutes les 8 semaines

---

### Comment fonctionnent-ils ?

- Les hormones contenues dans les contraceptifs injectables à progestatifs seuls (CIPS) inhibent l'ovulation

---

### Quel est leur degré d'efficacité ?

- Les CIPS sont des méthodes de contraception très efficaces, mais certaines le sont plus que d'autres (voir l'[Annexe 2](#))
- Taux d'échec : 0,2 % (utilisation parfaite) à 4 % (utilisation type)

---

### Avantages non contraceptifs :

- Amélioration de la dysménorrhée
- Amélioration des symptômes de l'endométriose
- Réduction des crises douloureuses chez les clientes atteintes de drépanocytose
- Contribution possible à la protection contre l'anémie due à une carence de fer
- Possible réduction du risque de cancer de l'endomètre et de l'ovaire
- Possible réduction du risque de fibromes utérins

---

### Avantages :

- Prévention hautement efficace et réversible de la grossesse
- Ne nécessite une action que tous les 2 à 3 mois
- Ne gêne pas les rapports sexuels
- Peut être gardée secrète
- Sans œstrogènes : Utilisable en toute sécurité par les clientes qui allaitent ou qui ne peuvent pas prendre d'œstrogènes
- Insertion possible immédiatement après l'accouchement ou après l'avortement
- AMPR-SC : Possibilité d'auto-administration

---

### Inconvénients :

- Obligation de retourner au centre de santé pour les injections
- Aucune protection contre les IST, y compris le VIH

---

### Effets secondaires :

- Saignements vaginaux irréguliers, saignements intempestifs, aménorrhée
- Prise de poids
- Céphalées
- Étourdissements
- Gonflements abdominaux et gêne abdominale
- Changements d'humeur
- Diminution de la libido

---

### Risques :

(Voir l'[Encadré 7 : Conseil sur les risques liés aux contraceptifs injectables à progestatifs seuls](#) – page suivante)

- AMPR : Perte temporaire de densité minérale osseuse
- Prise de poids
- Légère augmentation possible du risque de cancer du sein et du col de l'utérus, qui se rétablit au niveau de référence après l'arrêt des CIPS

---

### Retour à la fécondité après arrêt de la méthode (dernière injection) :

- AMPR : 10 mois, en moyenne
  - EN-NET : 6 mois, en moyenne
-

### Corriger les idées fausses :

- En cas d'utilisation de CIPS, l'absence de règles ne présente aucun danger pour les clientes. Le sang ne s'accumule pas dans le corps
- Aucune interruption d'une grossesse existante
- Ne causent pas l'infertilité
- N'augmentent pas le risque de la cliente d'infection par le VIH [33]

Source : Adapté de l'OMS, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health [3].

### ENCADRÉ 7 : Conseil sur les risques liés aux contraceptifs injectables à progestatifs seuls

Cette information peut aider une cliente à mettre dans leur contexte les risques associés à l'utilisation de contraceptifs injectables à progestatifs seuls (CIPS) afin de favoriser une prise de décision éclairée. La cliente doit être rassurée sur le fait que tous les risques associés aux CIPS sont très faibles.

#### Perte de densité minérale osseuse

L'utilisation d'acétate de médorprogestérone retard (AMPR) est associée à une faible perte de densité minérale osseuse : il s'agit d'une mesure de la teneur minérale des os qui est corrélée à la solidité des os. Après l'arrêt de la prise d'AMPR, la densité minérale osseuse se rétablit complètement ou quasi-complètement dans les 5 ans. Il n'existe aucune preuve de qualité concernant l'effet de cette perte temporaire de densité minérale osseuse, le cas échéant, sur le risque de fracture. Pour des clientes autrement en bonne santé, la diminution de la densité minérale osseuse n'impose pas de limites d'âge ou de temps pour la prise d'AMPR.

#### Prise de poids chez les adolescentes ayant un indice de masse corporelle (IMC) $\geq 30$ kg/m<sup>2</sup>

L'utilisation d'AMPR semble être associée à un gain pondéral, en particulier chez les adolescentes de moins de 18 ans ayant un IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>. Celles qui enregistrent un gain de plus de 5 % de leur poids corporel de base au cours des 6 premiers mois d'utilisation de l'AMPR sont susceptibles de connaître une prise de poids continue avec la méthode.

#### Risque de cancer du sein et du col de l'utérus

Il peut y avoir un risque très légèrement accru de cancer du sein chez les utilisatrices actuelles d'AMPR et un risque très légèrement accru de cancer du col de l'utérus chez celles qui utilisent de l'AMPR depuis plus de 5 ans. Tout risque accru est susceptible d'être faible et de diminuer après l'arrêt du médicament. Les résultats sont basés sur des échantillons de petite taille et peuvent être biaisés et source de confusions.

Source : Adapté de Faculty of Sexual and Reproductive Health Care [34] et de l'OMS, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health [3].

### 5.2.2 Utilisation sûre et efficace de contraceptifs injectables à progestatifs seuls (CIPS)

La plupart des clientes peuvent utiliser des CIPS en toute sécurité, y compris celles qui allaitent et celles qui ne peuvent pas prendre d'œstrogènes (voir l'*Annexe 1*). Chez les clientes en bonne santé, aucun examen physique et aucune analyse en laboratoire ne sont nécessaires avant la mise en route de CIPS. Il peut être utile de mesurer le poids de référence et l'indice de masse corporelle (IMC) pour surveiller les clientes qui utilisent des CIPS sur la durée.

Voir l'*Annexe 3* pour plus d'informations sur la façon d'exclure la possibilité de grossesse avant l'adoption de la méthode.

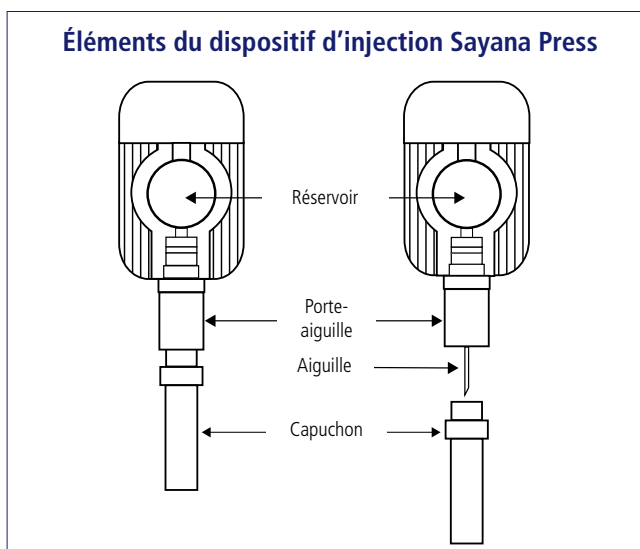


### 5.2.2.1 Administration d'AMPR-IM ou d'EN-NET

1. Des mesures standard de prévention des infections doivent être suivies.
2. Rassemblez le médicament, l'aiguille d'injection intramusculaire et une seringue de 2 ml ou 5 ml ou une seringue préremplie et une aiguille à usage unique.
3. Si la fiole est froide, réchauffez-la à la température de la peau. Pour l'AMPR-IM, agitez délicatement la fiole. Pour l'EN-NET, il n'est pas nécessaire d'agiter la fiole.
4. Percez la fiole avec l'aiguille stérile et remplissez la seringue de la dose requise. Il est inutile d'essuyer le dessus de la fiole avec un antiseptique.
5. Insérez l'aiguille profondément dans le muscle ventroglutéal (hanche), le muscle fessier externe supérieur (fesse) ou le muscle quadriceps (cuisse épaule) et injectez le contenu de la seringue. Il n'est pas nécessaire d'essuyer la peau avec un antiseptique. Ne massez pas le site d'injection.
6. Si l'aiguille n'atteint pas le muscle de la hanche ou du fessier, il convient d'utiliser à la place le site d'injection dans le muscle deltoïde ou l'AMPR par voie sous-cutanée.
7. Jetez l'aiguille et la seringue en suivant les consignes de sécurité.

### 5.2.2.2 Administration d'AMPR-SC dans le système Uniject (Sayana Press)

1. Lavez-vous les mains à l'eau et au savon et laissez-les sécher. Lavez le site d'injection s'il est sale. Il n'est pas nécessaire d'essuyer la peau avec un antiseptique.



Source : Reproduit/traduit de l'OMS [3] : Family Planning: A Global Handbook for Providers. Genève : OMS ; 2018. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

2. Ouvrez la pochette en aluminium et sortez-en le dispositif d'injection.
3. Tenez le dispositif par le porte-aiguille et agitez-le bien pendant 30 secondes pour veiller à ce que la solution soit mélangée et que les granulés soient distribués dans toute la solution.
4. En maintenant le dispositif par le porte-aiguille, l'aiguille tournée vers le haut, poussez le capuchon dans le porte-aiguille jusqu'à ce que l'espace entre le capuchon et le porte-aiguille soit fermé. Enlevez le capuchon.
5. Pincez délicatement la peau au site d'injection, soit à l'arrière du bras, soit dans l'abdomen, soit sur le devant de la cuisse.
6. En tenant le dispositif par le porte-aiguille et avec l'aiguille tournée vers le bas, enfoncez l'aiguille directement dans la peau jusqu'à ce que le porte-aiguille touche la peau. Pressez lentement le réservoir pendant 5 à 7 secondes pour injecter le médicament.
7. Retirez l'aiguille et relâchez la peau. Ne massez pas le site après l'injection.
8. Jetez le dispositif d'injection en suivant les consignes de sécurité.

Les instructions d'auto-administration de l'injection d'AMPR-SC sont données dans l'[Encadré 8](#) (page suivante).

#### Instructions à donner à la cliente

- Conseillez à la cliente de ne pas masser le site d'injection.
- Rassurez la cliente sur le fait que des irritations au site d'injection n'ont rien d'anormal et disparaîtront.
- Discutez avec la cliente à quelle date elle doit revenir pour sa prochaine injection ou à quelle date elle doit s'auto-administrer l'AMPR-SC (voir l'[Encadré 9](#) – page suivante).

Fournir à la cliente les informations écrites suivantes :

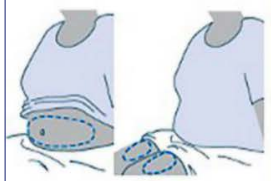
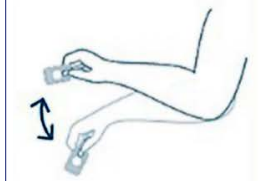
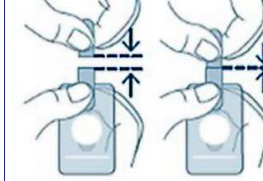



- Nom de l'injection fournie.
- Date de l'injection et date recommandée de la prochaine injection.
- Nom, adresse et numéro de téléphone du centre de santé où elle peut retourner pour le suivi.

### ENCADRÉ 8 : Enseigner aux clientes l'auto-administration d'AMPR-SC

Certaines clientes sont désireuses de procéder elles-mêmes à leur injection d'AMPR-SC et celles qui s'auto-administrent ont des taux de poursuite plus élevés par rapport à l'administration par un prestataire de soins de santé. La plupart des clientes sont capables de s'auto-injecter correctement après qu'on leur ait montré la marche à suivre. Les consignes suivantes concernent l'auto-injection avec le système Uniject.

**1. Discutez d'un plan de conservation et de mise au rebut.** L'AMPR-SC doit être conservé hors de la portée des enfants ou des animaux et à des températures modérées (pas en plein soleil ni au réfrigérateur). Les dispositifs usagés doivent être jetés dans un contenant dont le couvercle ne peut pas être percé.

2. Expliquez et montrez à la cliente comment s'auto-injecter
3. Observez la cliente s'auto-injecter
4. Indiquez à la cliente où s'adresser pour obtenir plus de dispositifs d'injection et invitez-la à revenir consulter si elle a des questions ou des difficultés

				 <p>5. Jetez la seringue en toute sécurité</p>
<p>1. Choisissez un site d'injection correct, soit le ventre, soit le devant de la cuisse</p>	<p>2. Mélangez la solution. Tenez le dispositif par le porte-aiguille (pas le capuchon) et agitez-le pendant 30 secondes</p>	<p>3. Poussez le capuchon et le porte-aiguille l'un contre l'autre pour fermer l'espace</p>	<p>4. Enlevez le capuchon. Pincez la peau en forme de « tente ». Enfoncez l'aiguille dans la peau et appuyez lentement sur le réservoir</p>	 <p>6. Planifiez votre prochaine injection</p>

Source : Adapté de l'OMS [3] et de l'OMS [35].

### 5.2.3 Soins de suite

Une consultation de suivi de routine n'est pas nécessaire après la mise en route de CIPS, bien que les clientes recevant des injections intramusculaires doivent revenir pour l'administration du contraceptif. Pour certaines clientes, une consultation de suivi peut être utile, qui leur offre la possibilité de répondre à leurs questions et de les aider en cas de difficulté. Toutes les clientes doivent être encouragées à revenir à tout moment consulter pour poser des questions, discuter d'effets secondaires ou changer de méthode. Il convient aussi d'aviser les clientes de revenir pour une consultation de suivi si un nouveau diagnostic a été posé les concernant ou si elles commencent à prendre un nouveau médicament qui pourrait avoir un effet sur leur utilisation d'un CIPS, notamment s'il s'agit de certains médicaments anticonvulsivants, antirétroviraux ou antimicrobiens. Il est possible qu'un suivi plus fréquent soit bénéfique pour les clientes qui présentent des pathologies spécifiques. Voir la *Section 2.3 : Conseil aux clients qui reviennent consulter* pour plus d'informations sur les consultations de suivi des clients utilisant des contraceptifs.

### ENCADRÉ 9 : Échéances recommandées pour la réinjection de contraceptifs injectables à progestatifs seuls

#### Intervalle de réinjection recommandé :

- AMPR : 13 semaines
- EN-NET : 8 semaines

#### Consultation précoce en vue d'une injection :

- AMPR : Administration possible jusqu'à 2 semaines en avance
- EN-NET : Administration possible jusqu'à 2 semaines en avance

#### Consultation tardive en vue d'une injection :

- AMPR : Administration possible jusqu'à 4 semaines en retard ; aucun contraceptif de secours n'est nécessaire
- EN-NET : Administration possible jusqu'à 2 semaines en retard ; aucun contraceptif de secours n'est nécessaire

### 5.2.4 Effets secondaires

Les effets secondaires courants de CIPS sont à passer en revue avec la cliente et il convient de discuter avec elle des stratégies de prise en charge à adopter.

- Des changements de fréquence des règles sont attendus avec l'utilisation de CIPS. Les règles peuvent devenir irrégulières, plus légères ou moins fréquentes ou elles peuvent être abondantes ou prolongées. Les clientes doivent être rassurées sur le fait que des règles irrégulières ne présentent pas de danger et qu'elles diminuent ou cessent généralement après les premiers mois d'utilisation de CIPS. Si la cliente trouve que ses règles sont difficiles à gérer, un essai d'AINS (5 à 7 jours de traitement) ou un traitement hormonal avec contraceptif oral combiné à faible dose (COC) ou à l'œstrogène (10 à 20 jours de traitement en cas d'admissibilité médicale) peut être utile. Les changements de règles ne sont généralement pas dangereux; cependant, un examen gynécologique peut être effectué si le problème persiste, si les règles sont abondantes ou prolongées et s'il y a des raisons de suspecter que quelque chose ne va pas.
- La plupart des clientes utilisant des CIPS cessent complètement d'avoir des règles. Évaluez l'éventualité d'une grossesse, s'il est indiqué de le faire. Rassurez la cliente qu'il n'y a pas de danger si elle n'a plus de règles pendant qu'elle prend des CIPS.
- Les céphalées peuvent être gérées avec des AINS ou du paracétamol.
- Les effets secondaires moins fréquents comprennent des étourdissements, une prise de poids, un gonflement abdominal et des changements d'humeur.

## 5.3 Pilule de progestatif seul

### 5.3.1 Conseil à la cliente : Pilule de progestatif seul (PPS)

---

#### De quoi s'agit-il ?

- D'un contraceptif oral à courte durée d'action utilisant un progestatif synthétique

---

#### Comment fonctionne-t-elle ?

- Elle épaissit le mucus cervical et empêche les spermatozoïdes d'entrer dans l'utérus et de féconder (mini-pilule et pilule intermédiaire)
- Elle empêche l'ovulation (pilule intermédiaire)

---

#### Quel est son degré d'efficacité ?

- La PPS est une méthode de contraception efficace, mais certains types le sont plus que d'autres (voir l'[Annexe 2](#))
- Taux d'échec : 0,3 % (utilisation parfaite) à 7 % (utilisation type)
- En cas d'utilisation pendant l'allaitement : 0,3 % (utilisation parfaite) à 1 % (utilisation type)

---

#### Avantages non contraceptifs :

- Peut améliorer la dysménorrhée

---

#### Avantages :

- Prévention efficace réversible de la grossesse
- Ne gêne pas les rapports sexuels
- Sans œstrogènes : Utilisable en toute sécurité par les clientes qui allaitent ou qui ne peuvent pas prendre d'œstrogènes
- Insertion possible immédiatement après l'accouchement ou après l'avortement
- Ajoute à l'effet contraceptif de l'allaitement

---

#### Inconvénients :

- Nécessite la prise d'une pilule à la même heure tous les jours
  - Aucune protection contre les IST, y compris le VIH
  - Nécessite des fournitures d'appoint
-

---

### Effets secondaires :

- Saignements vaginaux irréguliers, saignements intempestifs, aménorrhée
- Céphalées
- Seins endoloris
- Étourdissements
- Changements d'humeur
- Nausées

---

**Risque :** Aucun

---

**Retour à la fécondité après arrêt de la méthode :** Aucun retard

---

### Corriger les idées fausses :

- Ne cause pas l'infertilité
- Ne cause pas de problèmes chez les bébés qui prennent le sein

---

Source : Adapté de l'OMS, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health [3].

---

## 5.3.2 Utilisation sûre et efficace de la pilule de progestatif seul (PPS)

La plupart des clientes peuvent utiliser des PPS en toute sécurité, y compris celles qui allaitent ou ne peuvent pas prendre d'œstrogènes (voir l'*Annexe 1*). Chez les clientes en bonne santé, aucun examen physique et aucune analyse en laboratoire ne sont nécessaires avant la mise en route de la PPS.

Voir l'*Annexe 3* pour plus d'informations sur la façon d'exclure la possibilité de grossesse avant l'adoption de la méthode.

La PPS traditionnelle (souvent appelée mini-pilule) contient les progestatifs synthétiques lévonorgestrel (GNL) ou noréthistérone (NET) à des doses plus faibles que dans les COC. Les PPS plus récentes contiennent du désogestrel ou de la drospirénone à des doses légèrement plus élevées que les autres PPS (pilule intermédiaire). Les PPS à dose intermédiaire offrent un créneau plus long en cas d'oubli de pilule et empêchent l'ovulation plus systématiquement que les PPS traditionnelles de mini-dose, ce qui accroît l'efficacité des PPS à dose intermédiaire, en particulier chez les clientes qui n'allaitent pas en même temps.

Fournir aux clientes qui choisissent des PPS un approvisionnement d'un an en produits, en fonction de leur préférence et de l'utilisation prévue. Fournir des PCU à l'avance à toutes les utilisatrices de PPS et fournir un stock de préservatifs à toutes les clientes nécessitant une protection contre les IST, y compris le VIH. Créer un plan avec la cliente pour qu'elle revienne chercher des produits supplémentaires en cas de besoin.

### 5.3.2.1 Instructions à donner à la cliente

- Montrez à la cliente une tablette de pilules et expliquez-lui que toutes les pilules contenues dans l'emballage sont les mêmes et contiennent l'hormone qui empêche la grossesse.
- Indiquez à la cliente de prendre une pilule à la même heure tous les jours, même pendant ses règles. Discutez avec la cliente des stratégies pour l'aider à se rappeler de prendre sa pilule tous les jours, comme mettre une alarme sur son téléphone ou combiner la prise de la pilule avec une autre activité quotidienne comme se brosser les dents.
- La cliente doit commencer une nouvelle tablette le lendemain de la fin de la tablette précédente, sans pause.
- Voyez avec elle ce qu'elle doit faire en cas d'oubli de prise de pilule (voir l'OMS [3] pour des explications complètes). Il est important de noter que la prise de mini-doses de PPS avec plus de 3 heures de retard est considérée comme manquée. On considère comme manquée la prise de la dose intermédiaire de PPS avec plus de 12 heures de retard.
- Si la cliente vomit dans les 2 heures suivant la prise d'une pilule, elle doit en prendre une autre dès que possible dans la tablette et continuer à prendre les pilules normalement. Si les vomissements persistent, il convient de suivre les instructions en cas de pilule manquée.

### 5.3.3 Soins de suite

Une consultation de suivi de routine n'est pas nécessaire après la mise en route de la PPS ; cependant, une consultation après 3 mois d'utilisation peut être bénéfique pour certaines clientes. C'est une occasion de répondre aux questions, de calmer les éventuelles inquiétudes et vérifier la bonne utilisation et de manière constante. Il convient d'aviser la cliente de revenir consulter pour un suivi si elle a fait l'objet d'un nouveau diagnostic ou si elle commence à prendre un nouveau médicament qui pourrait avoir un effet sur son utilisation d'une PPS, notamment s'il s'agit de certains médicaments anticonvulsivants, antirétroviraux ou antimicrobiens. Une cliente qui allaite doit être informée que l'efficacité des PPS peut diminuer si la fréquence de l'allaitement diminue.

Il est possible qu'un suivi supplémentaire soit bénéfique pour les clientes qui présentent des pathologies spécifiques. Voir la *Section 2.3 : Conseil aux clients qui reviennent consulter* pour plus d'informations sur les consultations de suivi des clients utilisant des contraceptifs.

### 5.3.4 Effets secondaires

Les effets secondaires courants de la PPS sont à passer en revue avec la cliente et il convient de discuter avec elle des stratégies de prise en charge à adopter.

- Des changements de fréquence des règles sont attendus à la suite de l'utilisation de la PPS. Les règles peuvent devenir irrégulières, plus légères ou moins fréquentes, elles peuvent devenir abondantes ou prolongées, ou s'arrêter complètement. Les clientes doivent être rassurées sur le

fait que des règles irrégulières ne présentent pas de danger et qu'elles diminuent ou cessent généralement après les premiers mois de prise de la PPS. Insistez sur l'importance de prendre la pilule tous les jours à la même heure, car un retard de prise de pilule ou un oubli peut contribuer à des règles irrégulières. Si la cliente trouve que les règles sont difficiles à gérer, un essai d'AINS (5 à 7 jours de traitement) peut être utile. Les changements de règles ne sont généralement pas dangereux ; cependant, un examen gynécologique peut être effectué si le problème persiste, si les règles sont abondantes ou prolongées et s'il y a des raisons de suspecter que quelque chose ne va pas.

- Certaines clientes cessent complètement d'avoir des règles. Assurez-vous que la cliente utilise la méthode de manière cohérente et correcte et évaluez la possibilité d'une grossesse, le cas échéant. Rassurez la cliente sur le fait qu'il n'y a pas de danger à ce que ses règles s'arrêtent pendant qu'elle prend la PPS.
- Les céphalées peuvent être gérées avec des AINS ou du paracétamol.
- La sensibilité mammaire peut être atténuée par le port d'un soutien-gorge ferme, en particulier pour l'exercice et le sommeil, et l'utilisation de compresses chaudes ou froides. La prise d'AINS et de paracétamol peut être utile.
- Les clientes qui prennent la PPS qui souffrent de nausées ou de vomissements peuvent essayer de prendre leur PPS avec le repas ou au coucher.
- Les effets secondaires moins fréquents comprennent des étourdissements et des changements d'humeur.

## 6. Méthodes contraceptives barrières

### 6.1 Le préservatif masculin (externe) et le préservatif féminin (interne)

#### 6.1.1 Conseil aux clients : Préservatif

---

##### De quoi s'agit-il ?

- Préservatif masculin : gaine mince en latex, polyuréthane, nitrile ou peau d'agneau qui se déroule sur le pénis en érection
- Préservatif féminin : gaine lubrifiée mince en latex, polyuréthane ou nitrile qui est insérée dans le vagin avant des rapports sexuels

---

##### Comment fonctionne-t-il ?

- Le préservatif forme une barrière physique entre le pénis et le vagin qui empêche l'échange de fluides, tels que des spermatozoïdes ou les sécrétions vaginales, entre les partenaires sexuels
-

---

### Quel est son degré d'efficacité ?

- Le préservatif constitue une méthode de contraception moins efficace (voir l'*Annexe 2*)
- Taux d'échec du préservatif masculin : 2 % (utilisation parfaite) à 13 % (utilisation type)
- Taux d'échec du préservatif féminin : 5 % (utilisation parfaite) à 21 % (utilisation type)

---

### Avantages non contraceptifs :

- Protection contre les IST, y compris le VIH
- Protection possible contre les maladies causées par les IST, telles que l'infertilité et le cancer du col de l'utérus

---

### Avantages :

- Utilisation possible pour les rapports sexuels vaginaux, anaux et oraux
- Méthode pratique de contraception de secours
- Utilisation possible à des fins de double protection
- Utilisation possible à tout moment et d'efficacité immédiate
- Contrôle possible par l'un ou l'autre partenaire sexuel
- Largement disponible et facile à obtenir

---

### Inconvénients :

- Nécessite une utilisation correcte à chaque acte sexuel
- Nécessite la coopération des deux partenaires
- Nécessite des fournitures d'appoint
- Peut atténuer la sensation sexuelle
- Rarement, le préservatif peut glisser ou se rompre pendant l'utilisation
- À usage unique
- Procure moins de protection contre les IST transmises par contact peau contre peau, comme l'herpès

---

**Effets secondaires :** Aucun

---

**Risques :** Extrêmement rare : allergie sévère au latex

---

**Retour à la fécondité après arrêt de la méthode :** Aucun retard

---

### Corriger les idées fausses :

- Très peu de préservatifs se cassent lorsqu'ils sont utilisés correctement
- Sa perte est impossible à l'intérieur de l'anatomie féminine
- Le préservatif en peau d'agneau ne procure aucune protection contre les IST, y compris le VIH

---

Source : Adapté de l'OMS, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health [3].

---

## 6.1.2 Utilisation sûre et efficace du préservatif

Tout le monde peut utiliser le préservatif. Les personnes gravement allergiques au latex doivent utiliser un préservatif fabriqué à partir d'un matériau différent, comme le polyuréthane ou le nitrile. Aucun examen physique et aucune analyse en laboratoire ne sont nécessaires avant l'utilisation du préservatif.

Pour être efficaces, les méthodes de contraception barrières, comme les préservatifs, doivent être utilisées correctement à chaque rapport sexuel. Fournir aux client·e·s qui choisissent le préservatif une réserve abondante, en fonction de leurs

préférences et de l'utilisation prévue. Indiquer aux clients de conserver les préservatifs dans un endroit frais et sec. Fournir à l'avance à tous les utilisateurs du préservatif des PCU. Une contraception d'urgence doit être envisagée si un préservatif se brise ou glisse ou si un préservatif n'est pas utilisé. Créer un plan avec les clients pour qu'ils reviennent faire le plein de produits en cas de besoin.

La lubrification peut rendre l'utilisation du préservatif plus confortable et peut éviter qu'il ne se rompe. Il existe trois façons de lubrifier le préservatif : par les sécrétions

naturelles, comme les sécrétions vaginales ou la salive, par l'utilisation d'un préservatif qui inclut un lubrifiant et par l'ajout d'un lubrifiant séparé. Il est important de noter que les lubrifiants à base d'huile (gelée de pétrole, huiles, beurre, beurre de cacao ou lotions) endommagent le latex et ne doivent pas être utilisés avec un préservatif en latex. Les lubrifiants à base d'eau, de glycol et de silicone sont sûrs d'utilisation avec tous les préservatifs. Des lubrifiants peuvent être appliqués à l'extérieur des préservatifs masculins, à l'intérieur des préservatifs féminins, dans le vagin ou dans l'anus. Une goutte ou deux de lubrifiant appliquée à l'intérieur de l'extrémité d'un préservatif masculin avant de le dérouler peut aider à accroître les sensations pendant le rapport sexuel pour l'utilisateur ; cependant, il est important de ne pas appliquer une quantité excessive de lubrifiant à l'intérieur du préservatif masculin au risque de le faire glisser.

Certaines pratiques peuvent augmenter le risque de rupture du préservatif et sont à éviter :

- Ne pas dérouler le préservatif masculin d'abord pour essayer ensuite de l'enfiler sur le pénis.
- Ne pas utiliser un préservatif de couleur irrégulière ou altérée.
- Ne pas utiliser un préservatif qui semble fragile, desséché ou très collant.
- Ne pas réutiliser un préservatif.
- Ne pas avoir de rapports sexuels en cas de sécheresse vaginale.
- Ne pas utiliser plus d'un préservatif à la fois.
- Ne pas utiliser un préservatif masculin et un préservatif féminin en même temps.
- Ne pas utiliser le même préservatif lorsqu'il s'agit de passer d'un acte sexuel pénétrant à un autre, par exemple, du sexe anal au sexe vaginal.

#### 6.1.2.1 Instructions à donner au-à la client-e

##### *Préservatif masculin*

1. Vérifiez l'emballage du préservatif. N'utilisez pas le préservatif si son emballage est déchiré ou endommagé. Évitez d'utiliser un préservatif au-delà de sa date de péremption.
2. Déchirez soigneusement l'emballage du préservatif.
3. Pour une protection optimale, enfiler le préservatif sur le pénis avant tout contact génital, oral ou anal.
4. Mettez une ou deux gouttes de lubrifiant à l'extrémité du préservatif, si vous le souhaitez. Enfilez le préservatif sur le pénis en érection, le bord enroulé tourné vers l'extérieur.
5. Comprimez la pointe du préservatif entre le doigt et le pouce pour laisser de la place pour collecter l'éjaculation. Déroulez le préservatif jusqu'à la base du pénis en érection. Si le préservatif ne se déroule pas facilement, il peut avoir été mis du mauvais côté.
6. Immédiatement après l'éjaculation, tenez le bord du préservatif en place et retirez le pénis pendant qu'il est encore en érection.
7. Retirez le préservatif et débarrassez-vous en de la manière appropriée. Ne jetez pas le préservatif dans les toilettes.

##### *Préservatif féminin*

1. Vérifiez l'emballage du préservatif. N'utilisez pas le préservatif si son emballage est déchiré ou endommagé. Évitez d'utiliser un préservatif au-delà de sa date de péremption.
2. Déchirez soigneusement l'emballage du préservatif.
3. Pour une protection optimale, enfiler le préservatif avant tout contact génital ou anal du pénis. Le préservatif féminin peut être inséré jusqu'à 8 heures avant les rapports sexuels.
4. Frottez les bords du préservatif féminin ensemble pour étaler uniformément le lubrifiant.
5. Choisissez une position confortable pour l'insérer : accroupissez-vous, levez une jambe, asseyez-vous ou allongez-vous.
6. Tenez l'anneau à l'extrémité fermée et appuyez dessus pour lui donner une forme longue et étroite.
  - Pour l'insérer dans le vagin, séparez les lèvres et localisez l'ouverture du vagin de l'autre main. Enfoncez délicatement dans le vagin l'anneau avec l'extrémité fermée le plus loin possible. Insérez un doigt dans le préservatif et poussez dessus pour le mettre en place. Environ 2–3 cm de l'anneau externe restera à l'extérieur du vagin.
  - Pour l'insérer dans l'anus, utilisez du lubrifiant autour de l'anus et enfoncez délicatement l'anneau avec l'extrémité fermée dans le rectum le plus loin possible. Insérez un doigt dans le préservatif et poussez dessus pour le mettre en place. L'anneau extérieur reste à l'extérieur du corps.

7. Guidez soigneusement le pénis dans le préservatif, pas entre le préservatif et la paroi du vagin ou de l'anus. Si le préservatif se déloge, réinsérez-le.
8. Contrairement à un préservatif masculin, le préservatif féminin n'a pas besoin d'une érection pour se maintenir en place. Il n'est pas nécessaire de retirer le préservatif féminin immédiatement après le rapport sexuel.
9. Une fois le pénis retiré, saisissez l'anneau extérieur du préservatif, pincez-le et tordez-le pour sceller les liquides et retirez-le doucement.
10. Jetez le préservatif correctement. Ne jetez pas le préservatif dans les toilettes.

### 6.1.3 Soins de suite

Une consultation de suivi de routine n'est pas nécessaire après l'adoption de l'utilisation du préservatif. Le-la client-e doit être encouragé-e à revenir consulter à tout moment pour poser des questions, discuter de ses préoccupations, changer de méthode ou demander un moyen de contraception supplémentaire si un préservatif a glissé ou s'est brisé pendant un rapport sexuel. Il est possible qu'un suivi plus fréquent soit bénéfique pour les clientes qui présentent des pathologies spécifiques. Voir la [Section 2.3](#) : *Conseil aux clients qui reviennent consulter* pour plus d'informations sur les consultations de suivi des clients utilisant des contraceptifs.

### 6.1.4 Prise en charge des complications

- Si un préservatif se brise, glisse ou n'est pas utilisé, envisagez une contraception d'urgence, une prophylaxie post-exposition contre le VIH et un traitement présomptif contre d'autres IST. Déterminez si l'utilisation du préservatif est correcte et constante, y compris l'utilisation de lubrifiants.
- Pour certains clients, de légères irritations peuvent se produire autour du vagin, de l'anus ou du pénis en réaction au préservatif. Il peut être utile de changer de marque de préservatifs, d'essayer un lubrifiant ou d'utiliser le préservatif lubrifiés. Si une allergie légère au latex est suspectée, il peut être utile d'essayer des préservatifs en polyuréthane ou en nitrile.
- Les crèmes antifongiques vaginales peuvent endommager les préservatifs en latex. Les clients qui utilisent ces crèmes doivent utiliser le préservatif en polyuréthane ou en nitrile jusqu'à la fin de leur traitement.

### 6.1.5 Signes avant-coureurs

Conseillez aux clients de consulter immédiatement un médecin s'ils présentent l'un des signes suivants, qui peuvent indiquer une allergie sévère au latex s'ils surviennent pendant ou après l'utilisation d'un préservatif au latex :

- urticaire ou éruption cutanée sur une grande partie du corps
- difficultés respiratoires, étourdissements ou évanouissement

## 6.2 Diaphragme et cape cervicale

### 6.2.1 Conseil à la cliente : Diaphragme et cape cervicale

#### De quoi s'agit-il ?

- D'une coupelle en latex souple, en plastique ou en silicone qui s'enfonce au fond du vagin pour recouvrir le col de l'utérus
- S'utilise avec des spermicides
- Le diaphragme est en forme de coupelle souple doté d'un anneau ferme et flexible à ressort pour le maintenir en place dans le vagin :
  - Ressort plat : le ressort est une bande métallique plate
  - Ressort hélicoïdal : le ressort est un fil hélicoïdal ferme
  - Ressort à arceau : le ressort métallique permet au rebord d'adopter une forme arquée au lieu d'une forme plate
  - Bord scellé large, disponible à la fois sur les types à ressort hélicoïdal et à ressort à arceau : une bride flexible (1,5 cm de large) sur le bord intérieur du rebord maintient les spermicides en place et crée une meilleure étanchéité entre le diaphragme et la paroi vaginale
  - Taille unique, profilée, n'a pas besoin d'être ajustée
- La cape cervicale est une coupelle de plus petite taille en forme de dé, qui s'ajuste parfaitement au-dessus du col de l'utérus

#### Comment fonctionnent-ils ?

- Ils créent un réservoir de spermicides, qui tuent ou désactivent le sperme
- Ils forment une barrière physique qui bloque les spermatozoïdes et les empêche d'entrer dans le col de l'utérus



---

### Quel est leur degré d'efficacité ?

- Ils figurent parmi les méthodes les moins efficaces (voir l'[Annexe 2](#))
- La cape cervicale est moins efficace chez les clientes qui ont eu des enfants
- Taux d'échec :
  - Diaphragme : 14 à 16 % (utilisation parfaite) à 17 % (utilisation type)
  - Cape cervicale : clientes parées 26 % (utilisation parfaite) à 32 % (utilisation type) ; clientes nullipares 9 % (utilisation parfaite) à 16 % (utilisation type)

---

### Avantages non contraceptifs :

- Possible protection contre le cancer du col de l'utérus
- Possible diminution du risque de certaines IST

---

### Avantages :

- Aucune interruption du rapport sexuel
- Utilisation possible à tout moment et d'efficacité immédiate
- Utilisation possible uniquement en cas de besoin

---

### Inconvénients :

- Nécessite une utilisation correcte à chaque acte sexuel
- Insertion nécessaire avant le rapport sexuel
- La plupart (mais pas tous) des diaphragmes et des capes cervicales doivent être posés par un prestataire et doivent être remis en place après l'accouchement, un avortement du deuxième trimestre, un changement de poids supérieur ou égal à 3 kg ou au bout de 2 ans
- Doit être maintenu en place dans le vagin pendant 6 heures après le rapport sexuel
- Doit être nettoyé et rangé
- Aucune protection fiable contre les IST, y compris le VIH
- Nécessite des fournitures d'appoint (spermicides)

---

### Effets secondaires :

- Irritation du vagin ou du pénis
- Lésions vaginales, en particulier sur la paroi antérieure

---

### Risques :

- Infections des voies urinaires
- Vaginite causée par une vaginose bactérienne ou une candidose
- L'utilisation de spermicides au nonoxynol-9 peut augmenter le risque d'infection par le VIH
- Extrêmement rare : syndrome de choc toxique

---

### Retour à la fécondité : Aucun retard

---

### Corriger les idées fausses :

- Sa perte est impossible à l'intérieur de l'anatomie féminine
- Aucune répercussion sur les sensations pendant les rapports sexuels

---

Source : Adapté de l'OMS, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health [3].

---

## 6.2.2 Utilisation sûre et efficace du diaphragme et de la cape cervicale

L'utilisation d'un diaphragme et d'une cape cervicale ne représente pas de danger pour la plupart des clientes. Ces dispositifs ne conviennent cependant pas aux clientes suivantes :

- moins de 6 semaines après l'accouchement
- avortement du deuxième trimestre vieux de moins de 6 semaines
- risque élevé de VIH ou de séropositivité à VIH
- antécédents de syndrome de choc toxique
- prolapsus utérin
- cape cervicale : néoplasie cervicale ou cancer du col de l'utérus, ou anomalies anatomiques du col de l'utérus
- allergie au latex

Un examen pelvien est nécessaire avant l'utilisation du diaphragme ou de la cape cervicale pour s'assurer qu'aucune anomalie anatomique n'est susceptible d'en empêcher l'utilisation et pour choisir la bonne taille de dispositif, adaptée à l'utilisatrice, sauf en cas d'utilisation d'un diaphragme de taille unique. Les diaphragmes de taille unique sont adaptés pour 80 % des utilisatrices et n'ont pas besoin d'être ajustés. Aucune analyse en laboratoire n'est nécessaire avant utilisation du diaphragme ou de la cape. Voir l'*Encadré 10* (page suivante) pour plus d'informations sur le type de diaphragme à utiliser.

Fournir à l'avance des PCU à toutes les utilisatrices de diaphragme et de cape cervicale et fournir un stock de préservatifs à toutes les clientes nécessitant une protection contre les IST, y compris le VIH. Créer un plan avec la cliente pour qu'elle revienne chercher des produits supplémentaires en cas de besoin. Le diaphragme, la cape cervicale et les spermicides doivent être conservés dans un endroit frais et sec, de préférence à l'abri du soleil.

### 6.2.2.1 Pose du diaphragme

Pour la pose, il est préférable d'utiliser des kits de pose de diaphragme, par opposition à des bagues de pose de diaphragme. La vessie et le rectum de la cliente doivent être vides.

1. Effectuer un examen pelvien pour déceler toute anomalie utérine ou cervicale.
2. Déterminer la taille à utiliser en mesurant manuellement l'écart entre le cul de sac postérieur et l'arc inférieur osseux du pubis. Avec le majeur enfoncé dans le cul de sac

postérieur, noter l'endroit où l'index touche l'os pubien ou marquer l'endroit avec la pointe du pouce. La distance entre la pointe du majeur et le pouce est le diamètre prévu du diaphragme.

3. En utilisant cette mesure comme guide, sélectionner le diaphragme le plus grand qui est confortable pour la cliente et s'ajuste parfaitement derrière l'os pubien.
4. Poser le diaphragme choisi dans le cul de sac postérieur du vagin et derrière la symphyse pubienne. Celui-ci doit recouvrir le col de l'utérus et la paroi antérieure supérieure du vagin et toucher les deux parois vaginales latérales. Une fois en place, la cliente ne doit pas sentir le diaphragme et celui-ci ne doit pas se déloger lorsque la cliente est invitée à effectuer une manœuvre de Valsalva (expiration forcée):
  - Si le diaphragme est trop grand, il peut causer de l'inconfort ou peut se déformer ou se déplacer.
  - Si le diaphragme est trop petit, il peut ne pas recouvrir le col de l'utérus ou se déplacer.
5. Après la pose, passez en revue les étapes d'insertion du diaphragme (comme décrites) et demandez à la cliente d'insérer le diaphragme. Une fois que la cliente a inséré le diaphragme, vérifiez que l'insertion est correcte et confirmez que le dispositif est bien ajusté.

*Instructions à donner à la cliente: Insertion du diaphragme*

1. Prévoyez d'insérer le diaphragme moins d'une heure avant le rapport sexuel. S'il est mis en place plus d'une heure avant le rapport sexuel, un autre applicateur rempli de spermicides doit être inséré dans le vagin avant le rapport sexuel.
2. Vérifiez si le diaphragme présente des trous, des fissures ou des déchirures en le tenant à la lumière.
3. Placez environ une cuillère à soupe de spermicides dans le creux du dôme du diaphragme et sur le rebord.
4. Pliez le diaphragme en pinçant le rebord avec le pouce et les doigts d'une main. Assurez-vous que les spermicides sont dirigés vers le haut.
5. Pour insérer le diaphragme, il appartient à la cliente de choisir si elle préfère s'accroupir, se tenir debout une jambe remontée ou s'allonger. Ouvrez l'ouverture du vagin d'une main et de l'autre, enfoncez le diaphragme replié le plus loin possible à l'intérieur du vagin, en visant le bas du dos.

### ENCADRÉ 10 : Quel type de diaphragme utiliser

Le choix du diaphragme dépend de la profondeur du vagin, du tonus du muscle vaginal et du positionnement de l'utérus.

#### Taille unique

- Le diaphragme en silicone de taille unique mesure 75 mm sur 67 mm et convient aux personnes équipées d'un diaphragme de 65 à 80 mm de large (environ 80 % des utilisatrices). La conception du diaphragme de taille unique facilite l'insertion et le retrait.

#### Ressort à arceau

- Aide à s'assurer que le rebord postérieur est bien positionné derrière le col de l'utérus.
- Une cliente dont l'utérus est rétroversé ou nettement antéversé peut trouver l'insertion plus facile.
- Une cliente dont le col de l'utérus est long et ferme peut trouver l'insertion plus facile.
- Peut être utilisé chez les clientes présentant un tonus vaginal diminué, une cystocèle ou un léger prolapsus utérin.

#### Ressort plat

- Peut être inséré à l'aide d'un introducteur à diaphragme.
- Peut être utilisé par les clientes qui trouvent inconfortables les diaphragmes à ressort en arceau.
- Peut être utilisé par les clientes avec une bonne tonicité vaginale.
- Utile pour les clientes qui présentent une voûte peu profonde derrière la symphyse pubienne.
- Peut être utilisé par les clientes avec un utérus antéfléchi.

#### Ressort hélicoïdal

- Peut être inséré à l'aide d'un introducteur à diaphragme.
- Peut être utilisé par les clientes qui trouvent inconfortables les diaphragmes à ressort en arceau.
- Peut être utilisé par les clientes avec une bonne tonicité vaginale.
- Utile pour les clientes qui présentent une voûte profonde derrière la symphyse pubienne.
- Utilisable uniquement par les clientes sans déplacement utérin.

6. De l'index, poussez le rebord avant du diaphragme pour le faire remonter derrière l'os pubien.
7. Vérifiez que le diaphragme est en place en sentant du bout du doigt que le rebord avant se trouve derrière l'os pubien et en sentant le col de l'utérus à travers le dôme mou. Les spermicides doivent se trouver sur le côté cervical du diaphragme. Une application supplémentaire de spermicides est ensuite placée dans le vagin.
8. Chaque nouvel acte sexuel pendant que le diaphragme est en place doit être précédé par l'insertion d'une nouvelle dose de spermicides. Le diaphragme doit rester en place dans le vagin pendant au moins 6 heures après le dernier acte sexuel.
9. Pour retirer le diaphragme, pliez le doigt sous le rebord antérieur du dispositif et tirez dessus tout droit pour le faire sortir du vagin. Le diaphragme doit être retiré dans les 24 heures suivant sa mise en place initiale afin de minimiser le risque d'irritation vaginale et d'infection des voies urinaires et le risque de syndrome de choc toxique.

#### 6.2.2.2 Pose de la cape cervicale

Il existe trois tailles de cape cervicale :

- Petite (22 mm) pour les clientes qui n'ont jamais été enceintes
- Moyenne (26 mm) pour les clientes qui ont eu un avortement ou une césarienne
- Grande (30 mm) pour les clientes qui ont eu un accouchement vaginal à terme

*Instructions à donner à la cliente : Insertion de la cape cervicale*

1. Prévoyez d'insérer la cape cervicale pas plus de 6 heures avant le rapport sexuel.
2. Remplissez un tiers de la cape de spermicides et enduisez le rebord d'un autre quart de cuillère à café de spermicides. Un autre quart de cuillère à café est à mettre de l'autre côté de la cape, dans la rainure entre le dôme et le rebord.

3. Pour insérer la cape cervicale, il appartient à la cliente de choisir si elle préfère s'accroupir, se tenir debout une jambe remontée ou s'allonger. La cape est insérée de sorte que le côté dôme/anse est tourné vers le bas, le bord du rebord entrant en premier dans le vagin, de sorte que l'aspect plus large du rebord de la cape est positionné dans le cul de sac vaginal postérieur. Une dose supplémentaire de spermicides est ensuite ajoutée sur le devant de la cape cervicale.
4. Chaque nouveau rapport sexuel pendant que la cape est en place doit être précédé par l'insertion d'une nouvelle dose de spermicides. La cape doit rester en place dans le vagin pendant au moins 6 heures après le dernier rapport sexuel.
5. Retirez la cape en tirant sur l'anse d'un doigt et en appuyant contre le côté de la cape pour la déloger en rompant l'effet ventouse qui maintient la cape contre le col de l'utérus. Faites tourner lentement la cape et tirez-la vers le bas pour la faire sortir du vagin. La cape doit être retirée dans les 48 heures suivant sa mise en place initiale.

#### 6.2.2.3 Entretien du diaphragme et de la cape cervicale

- Laver à l'eau et au savon doux, sécher à l'air et à conserver dans un récipient propre et sec.
- Ne pas utiliser de poudres ni d'autres produits sur le dispositif. Ne pas utiliser de produits à base d'huile (gelée de pétrole, huiles de cuisson, beurre ou lotion) sur le dispositif, car ils peuvent l'endommager. Si du lubrifiant supplémentaire est nécessaire, des lubrifiants à base d'eau ou de silicone doivent être utilisés.
- L'utilisation d'un diaphragme et d'une cape cervicale pendant les saignements menstruels n'est pas recommandée en raison de l'accumulation de sang derrière le dispositif qui pourrait augmenter le risque d'infection.
- Vérifier régulièrement que le diaphragme ou la cape cervicale ne sont pas endommagés (absence de trous, fissures, points faibles ou ridules). Une méthode de contrôle de l'absence de fuites consiste à tenir la membrane ou la cape cervicale à la lumière ou à la remplir d'eau.
- Un diaphragme et une cape cervicale sont des dispositifs qu'il convient de ne pas partager entre individus.

#### 6.2.3 Suivi

Une consultation de suivi 1 à 2 semaines après la mise en place du diaphragme ou de la cape cervicale est recommandée pour vérifier que le dispositif est bien ajusté, répondre aux questions de la cliente, aider à résoudre les problèmes et confirmer l'utilisation correcte et cohérente du dispositif. Demandez à la cliente de poser le dispositif

au moins 8 heures avant la consultation. Toutes les clientes doivent être encouragées à revenir à tout moment consulter pour discuter d'effets secondaires ou d'autres inquiétudes, ou pour changer de méthode. Il est possible qu'un suivi plus fréquent soit bénéfique pour les clientes qui présentent des pathologies spécifiques. Voir la [Section 2.3 : Conseil aux clients qui reviennent consulter](#) pour plus d'informations sur les consultations de suivi des clients utilisant des contraceptifs.

Un nouveau dispositif devra être posé si la cliente a un bébé ou un avortement du deuxième trimestre, ou si son poids change de plus de 3 kg. Le diaphragme ou la cape cervicale est à remplacer au bout de 2 ans d'utilisation.

#### 6.2.4 Effets secondaires

Les effets secondaires courants de l'utilisation d'un diaphragme et d'une cape cervicale sont à passer en revue avec la cliente et il convient de discuter avec elle des stratégies de prise en charge à adopter.

- Si la cliente éprouve de la gêne ou de la douleur lors de l'utilisation du diaphragme ou de la cape cervicale, il est possible que le dispositif soit mal ajusté. Demandez à la cliente d'insérer le dispositif et vérifiez son positionnement et son ajustement. Ajustez la taille du dispositif si nécessaire. Si la cliente souffre de plaies ou de lésions vaginales, suggérez-lui d'utiliser provisoirement une autre méthode pour permettre aux lésions de guérir et fournissez-lui les produits adéquats. Passez en revue avec la cliente la technique de retrait du dispositif. Déterminez la présence ou non d'infection vaginale ou d'IST, et traitez-les en conséquence.
- Si la cliente développe une infection des voies urinaires, traitez-la avec des antibiotiques appropriés et envisagez de la munir d'un diaphragme de plus petite taille.
- Si la cliente développe une infection vaginale, évaluez-la et traitez-la en conséquence. Des médicaments antifongiques vaginaux (comme le miconazole) peuvent endommager les dispositifs en latex.

#### 6.2.5 Signes avant-coureurs

Conseillez à la cliente de consulter immédiatement un médecin en cas d'apparition des signes suivants, qui peuvent signaler un syndrome de choc toxique :

- fièvre soudaine élevée
- éruption cutanée
- vomissements et diarrhée

## 6.3 Spermicides

### 6.3.1 Conseil à la cliente : Spermicides

---

#### De quoi s'agit-il ?

- Insertion dans le vagin de gel/mousse/film/crème/comprimé/suppositoire contraceptif avant le rapport sexuel.  
La plupart contiennent le principe actif nonoxynol-9

---

#### Comment ça marche ?

- Tue ou immobilise les spermatozoïdes, empêchant la fécondation

---

#### Quel est leur degré d'efficacité ?

- L'une des méthodes contraceptives les moins efficaces (voir l'*Annexe 2*)
- Taux d'échec : 16 % (utilisation parfaite) à 21 % (utilisation type)

---

#### Avantages non contraceptifs : Aucun

---

#### Avantages :

- Utilisation possible à n'importe quel moment
- Utilisation possible uniquement en cas de besoin
- Utilisation possible avec un préservatif, un diaphragme ou une cape cervicale

---

#### Inconvénients :

- Insertion obligatoirement moins d'une heure avant le rapport sexuel
- Utilisation obligatoire à chaque acte sexuel
- Certaines formes (suppositoires, films et comprimés) nécessitent d'attendre 10 à 15 minutes pour devenir efficaces
- Aucune protection contre les IST, y compris le VIH
- Nécessité de fournitures d'appoint

---

#### Effets secondaires :

- Irritation du vagin ou du pénis

---

#### Risques :

- L'utilisation de spermicides contenant du nonoxynol-9 peut accroître le risque d'infection par le VIH

---

#### Retour à la fécondité : Aucun retard

---

#### Corriger les idées fausses :

- Ne cause pas de malformations
- Aucune protection contre les IST, y compris le VIH

---

Source : Adapté de l'OMS, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health [3].

---

### 6.3.2 Utilisation sûre et efficace des spermicides

La quasi-totalité des clientes peuvent utiliser des spermicides en toute sécurité. Il est important de noter que les spermicides ne conviennent pas aux clientes à risque élevé de contracter le VIH ou à celles qui sont infectées par le VIH. Aucun examen physique et aucune analyse en laboratoire ne sont nécessaires avant l'utilisation de spermicides. Des spermicides peuvent être utilisés à n'importe quel moment.

Fournir à l'avance des PCU à toutes les utilisatrices de spermicides et fournir un stock de préservatifs à toutes les clientes nécessitant une protection contre les IST, y compris le VIH. Créer un plan avec la cliente pour qu'elle revienne chercher des produits supplémentaires en cas de besoin. Les spermicides doivent être conservés dans un endroit frais et sec, de préférence à l'abri du soleil.

#### 6.3.2.1 Instructions à donner à la cliente

- Les spermicides doivent être insérés dans le vagin avant chaque acte sexuel. Les mousses et crèmes aux nonoxynol-9 sont d'effet immédiat. Les films, les comprimés et les suppositoires ont un délai de 10 à 15 minutes pour devenir pleinement efficaces après l'insertion.

- Si le rapport sexuel a lieu plus d'une heure après l'application initiale des spermicides, une nouvelle application de spermicides est nécessaire.
- Suivez les instructions du fabricant pour l'utilisation et le stockage de chaque produit.
- Les spermicides sont à mettre haut dans le vagin pour s'assurer que le col de l'utérus est bien recouvert.
- Les douches vaginales ne sont pas recommandées.

### 6.3.3 Suivi

Une consultation de suivi de routine n'est pas nécessaire après l'adoption de l'utilisation de spermicides. La cliente doit être encouragée à revenir à tout moment consulter pour poser des questions, discuter de ses préoccupations ou changer de méthode. Il est possible qu'un suivi plus fréquent soit bénéfique pour les clientes qui présentent des pathologies spécifiques. Voir la [Section 2.3](#) : *Conseil aux clients qui reviennent consulter* pour plus d'informations sur les consultations de suivi des clients utilisant des contraceptifs.

## 7. Méthodes contraceptives comportementales

### 7.1 Méthode de l'aménorrhée durant l'allaitement

#### 7.1.1 Conseil à la cliente : Méthode de l'aménorrhée durant l'allaitement

---

##### De quoi s'agit-il ?

- D'une méthode temporaire basée sur l'effet naturel de l'allaitement sur la fécondité
- Les trois critères suivants doivent tous être remplis :
  - Le bébé est exclusivement ou presque exclusivement allaité et il est nourri souvent, jour et nuit
  - Le bébé a moins de 6 mois
  - Les règles ne sont pas revenues

---

##### Comment ça marche ?

- L'allaitement maternel fréquent empêche la libération des hormones qui provoquent l'ovulation

---

##### Quel est son degré d'efficacité ?

- Taux d'échec : 0,9 % (utilisation parfaite) à 2 % (utilisation type)
- Efficace jusqu'à 6 mois après l'accouchement

---

##### Avantages non contraceptifs :

- L'allaitement maternel réduit le risque de décès dû aux maladies infantiles courantes
  - L'allaitement maternel améliore la santé et le développement de l'enfant
  - L'allaitement maternel améliore la santé maternelle
-

---

### Avantages :

- Contraceptif naturel
- Aucun produit nécessaire
- Aucuns coûts indirects

---

### Inconvénients :

- Aucune protection contre les IST, y compris le VIH
- Nécessite un allaitement fréquent, de jour comme de nuit. L'efficacité diminue à mesure que la fréquence de l'allaitement diminue

---

### Effets secondaires : Aucun

---

### Risque : Aucun

---

### Retour à la fécondité : Dépend de la durée de l'allaitement

---

### Corriger les idées fausses :

- Très efficace lorsque les trois critères sont remplis
- Aucun aliment spécial n'est requis
- Tout aussi efficace quel que soit le poids de la cliente

---

Source : Adapté de l'OMS, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health [3].

---

## 7.1.2 Utilisation sûre et efficace de la méthode de l'aménorrhée durant l'allaitement

Toute personne qui allaite peut utiliser l'aménorrhée durant l'allaitement, toutefois il peut être recommandé d'envisager une autre méthode pour les clientes qui utilisent certains médicaments (certains médicaments modifiant l'humeur, de la réserpine, de l'ergotamine, des anti-métabolites, de la cyclosporine, de fortes doses de corticostéroïdes, de la bromocriptine, du lithium et certains anticoagulants). Les personnes vivant avec le VIH qui allaitent peuvent transmettre le virus à leur bébé si elles ne prennent pas de médicaments antirétroviraux. Le traitement antirétroviral réduit considérablement le risque de transmission chez les clientes qui allaitent et qui vivent avec le VIH et les bébés exposés au VIH. Chez les clientes vivant avec le VIH qui ne prennent pas de médicaments antirétroviraux, 14 % des bébés contractent le VIH après 2 ans d'allaitement. Chez les clientes qui prennent des médicaments antirétroviraux, moins de 1 % des bébés sont infectés. Il est également indiqué de recommander aux clientes qui vivent avec le VIH d'utiliser le préservatif en plus de l'aménorrhée durant l'allaitement.

Aucun examen et aucune analyse en laboratoire ne sont nécessaires avant la mise en route de l'aménorrhée durant l'allaitement.

Envisagez de fournir à l'avance aux clientes qui allaitent des préservatifs, des ECP et la PPS avant d'en avoir besoin. Elles peuvent commencer à les utiliser si le bébé cesse d'être

allaité exclusivement ou presque exclusivement ou si le bébé atteint l'âge de 6 mois avant que la cliente ne soit en mesure de revenir consulter au centre de santé. La PPS augmente l'efficacité contraceptive de l'allaitement et peut être utilisée en toute sécurité après l'accouchement.

### 7.1.2.1 Instructions à donner à la cliente

- Commencez l'allaitement immédiatement après l'accouchement (dans l'heure qui suit) ou dès que possible.
- Dans l'idéal, l'allaitement se fait à la demande, chaque fois que le bébé veut être nourri. Cela doit se faire au moins 10 à 12 fois par jour dans les premières semaines après l'accouchement, et 8 à 10 fois par jour par la suite. L'allaitement doit avoir lieu au moins une fois la nuit.
- Les tétées de jour ne doivent pas être espacées de plus de 4 heures.
- Les tétées de nuit ne doivent pas être espacées de plus de 6 heures.
- Pour que l'aménorrhée durant l'allaitement soit efficace, les critères suivants doivent être remplis :
  - la cliente doit allaiter entièrement ou presque entièrement
  - les règles n'ont pas repris
  - le bébé a moins de 6 mois

### 7.1.3 Suivi

La cliente qui utilise l'aménorrhée durant l'allaitement devra recevoir un suivi de transition vers une autre méthode contraceptive lorsque son bébé aura 6 mois, ou plus tôt si la fréquence de l'allaitement diminue ou si les règles reprennent. La cliente doit être encouragée à revenir à tout moment consulter pour poser des questions, discuter de

ses préoccupations ou changer de méthode. Il est possible qu'un suivi plus fréquent soit bénéfique pour les clientes qui présentent des pathologies spécifiques. Voir la [Section 2.3 : Conseil aux clients qui reviennent consulter](#) pour plus d'informations sur les consultations de suivi des clients utilisant des contraceptifs.

## 7.2 Méthodes basées sur la connaissance de la fécondité

### 7.2.1 Conseil à la cliente : Méthodes basées sur la connaissance de la fécondité

---

#### De quoi s'agit-il ?

- Calcul des dates de probable fécondité des clientes pendant leur cycle menstruel, avec évitement des rapports sexuels vaginaux non protégés ces jours-là :
  - Méthodes du calendrier : suivre les jours du cycle menstruel pour déterminer les jours féconds
  - Méthode basée sur les symptômes : observer les signes physiques des jours féconds

---

#### Comment fonctionnent-elles ?

- Évitement de rapports sexuels non protégés pendant les périodes fécondes pour empêcher la conception

---

#### Quel est leur degré d'efficacité ?

- Elles figurent parmi les méthodes les moins efficaces (voir l'[Annexe 2](#))
- Taux d'échec : 3 à 5 % (utilisation parfaite) à 15 % (utilisation type)

---

#### Avantages non contraceptifs : Aucun

---

#### Avantages :

- Aucune intervention et aucun produit nécessaire
- Peut être utilisée pour déterminer les jours féconds, à la fois pour éviter une grossesse et pour tenter de concevoir
- La responsabilité de la contraception peut être partagée entre les partenaires
- Acceptable pour ceux qui évitent les contraceptifs pour des raisons religieuses ou culturelles

---

#### Inconvénients :

- Surveillance quotidienne des signes de fécondité ou des jours du calendrier
- Possibles difficultés d'apprentissage et d'utilisation
- Nécessite la coopération des partenaires
- Nécessite l'utilisation d'un contraceptif de secours ou d'abstinence pendant plusieurs jours chaque mois
- Aucune protection contre les IST, y compris le VIH

---

#### Effets secondaires : Aucun

---

#### Risque : Aucun

---

#### Retour à la fécondité : Aucun retard

---

#### Corriger les idées fausses :

- Peut être efficace comme méthode à condition d'être bien utilisée
- Ne nécessite pas d'alphabétisation ou d'études supérieures

---

Source : Adapté de l'OMS, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health [3].

---



### 7.2.2 Utilisation sûre et efficace des méthodes basées sur la connaissance de la fécondité

Tous les clients peuvent utiliser en toute sécurité des méthodes basées sur la connaissance de la fécondité. Aucune pathologie n'empêche l'utilisation de ces méthodes, mais certaines conditions peuvent les rendre plus difficiles à utiliser efficacement. Dans l'idéal, les clientes qui ont des cycles menstruels irréguliers, y compris les adolescentes et les clientes périménopausées, ou celles qui ont récemment accouché, qui allaitent ou qui ont récemment eu un avortement doivent attendre d'avoir eu trois cycles menstruels réguliers avant d'utiliser des méthodes du calendrier. Les clientes dont les cycles menstruels sont irréguliers, celles qui ont récemment accouché, qui allaitent, qui ont une pathologie qui se répercute sur la température corporelle, qui ont des pertes vaginales irrégulières ou qui utilisent un médicament qui affecte les sécrétions vaginales peuvent avoir plus de difficulté à utiliser efficacement des méthodes basées sur les symptômes. Aucun examen physique et aucune analyse en laboratoire ne sont nécessaires avant leur utilisation.

Le succès des méthodes basées sur la connaissance de la fécondité dépend de la qualité de l'enseignement dispensé aux clientes et de la volonté de ces dernières à utiliser la méthode avec succès. La formation doit durer jusqu'à ce que les deux partenaires soient confiants dans leur utilisation de la méthode et peut nécessiter plusieurs consultations. Les instructions doivent inclure des faits élémentaires sur la physiologie de la reproduction, en mettant l'accent sur les changements qui se produisent au cours du cycle menstruel, le moment de leur survenance et leur relation les uns avec les autres, la méthode d'utilisation de la technique choisie pour calculer la phase féconde et des discussions au sujet des moments auxquels avoir des rapports sexuels.

Fournir à l'avance des PCU à tous les clients utilisateurs de méthodes basées sur la connaissance de la fécondité, si désirées, et distribuer des préservatifs à tous les clients ayant besoin d'une protection contre les IST, y compris le VIH. Créer un plan avec la cliente pour qu'elle revienne chercher des produits supplémentaires en cas de besoin.

#### 7.2.2.1 Méthodes du calendrier

##### *Méthode des jours standard*

La méthode des jours standard fonctionne mieux pour les clientes qui ont un cycle menstruel régulier qui dure entre 26 et 32 jours. Si la cliente a plus de deux cycles plus longs ou plus courts dans une année, la méthode sera moins efficace.

1. La cliente suit l'évolution de son cycle menstruel. Le premier jour de ses règles correspond au Jour 1.
2. Les jours 8 à 19 de chaque cycle menstruel sont considérés comme des jours féconds. Ces jours-là, le couple évite les rapports sexuels vaginaux ou utilise une autre méthode de contraception, comme le préservatif, un diaphragme et des spermicides, ou le retrait.
3. Le couple peut avoir des rapports sexuels non protégés les jours 1 à 7 et du jour 20 jusqu'aux prochaines règles de la cliente.
4. Les aide-mémoire, comme la consignation des jours sur un calendrier ou l'utilisation du Collier du Cycle (voir la *Figure 1 : Comment utiliser le Collier du Cycle* – page suivante) peut être utile.

##### *Méthode du rythme du calendrier*

Avant de recourir à la méthode du rythme du calendrier, la cliente enregistre le nombre de jours de chaque cycle menstruel pendant au moins 6 mois. Le premier jour des règles correspond au Jour 1.

1. La cliente soustrait 18 de la longueur du cycle le plus court qu'elle ait enregistré. Cela correspond au premier jour estimé de sa période féconde.
2. Elle soustrait alors 11 de la longueur du cycle le plus long qu'elle ait enregistré. Il s'agit du dernier jour estimé de la période féconde.
3. Au cours de la période féconde, le couple évite les rapports sexuels vaginaux ou utilise une autre méthode de contraception, comme le préservatif, un diaphragme et des spermicides, ou le retrait.
4. La cliente tient à jour ces calculs une fois par mois, en utilisant toujours les six cycles les plus récents (voir l'*Encadré 11*).

#### **ENCADRÉ 11 : Exemple de calcul de la méthode du rythme du calendrier**

**Durée des six cycles menstruels les plus récents de la cliente :** 28, 26, 29, 27, 29, 28 jours

**Premier jour de période féconde =**  
cycle le plus court – 18 jours = 26 – 18 = jour 8

**Dernier jour de période féconde =**  
cycle le plus long – 11 jours = 29 – 11 = jour 18

FIGURE 1 : Mode d'emploi du Collier du Cycle



Source : Reproduit/traduit avec l'autorisation de l'OMS [6].

### 7.2.2.2 Méthodes symptomatiques

#### Méthode de deux jours

Si une cliente a une infection vaginale ou une autre pathologie qui altère le mucus cervical, la méthode de deux jours sera difficile à réaliser.

1. La cliente vérifie la présence de glaire cervicale tous les après-midi ou tous les soirs, sur les doigts, les sous-vêtements, sur du papier toilette ou par sensation dans le vagin ou autour du vagin.
2. Le couple évite les rapports sexuels vaginaux ou utilise une autre méthode de contraception, comme le préservatif, un diaphragme et des spermicides, ou le retrait, tous les jours où la cliente a de la glaire, et tous les jours après un jour avec de la glaire.
3. Le couple peut avoir des rapports sexuels vaginaux non protégés après l'absence de glaire cervicale pendant deux jours consécutifs.

#### Méthode de mucus cervical (ovulation)

Si une cliente a une infection vaginale ou une autre pathologie qui altère le mucus cervical, la méthode du mucus cervical (ovulation) sera difficile à réaliser.

1. La cliente vérifie la présence de glaire cervicale tous les après-midi ou tous les soirs, sur les doigts, les sous-vêtements, sur du papier toilette ou par sensation dans le vagin ou autour du vagin.
2. Pendant les jours où elle a des saignements menstruels abondants lors desquels il est difficile d'observer le mucus cervical, la cliente doit éviter les rapports sexuels vaginaux non protégés.
3. Une fois les saignements menstruels terminés, la cliente aura plusieurs jours « secs » avant la réapparition de glaire cervicale. Ces jours-là, le couple peut avoir des rapports sexuels vaginaux non protégés. Il est recommandé que le couple ait des rapports sexuels le soir, après que la cliente a été en position verticale pendant plusieurs heures et ait pu vérifier la présence ou non de glaire cervicale. Pour permettre la disparition du sperme et l'observation de mucus cervical, le couple ne doit pas avoir de rapports sexuels vaginaux pendant deux jours consécutifs.

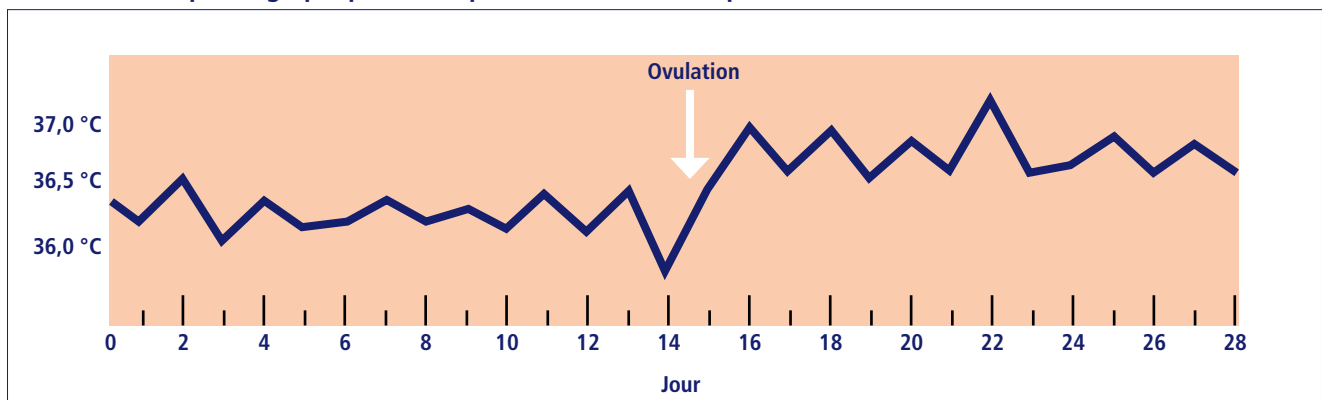
4. Dès que la cliente remarque de la glaire cervicale, elle doit se considérer comme féconde et le couple doit éviter les rapports sexuels vaginaux non protégés.
5. La cliente continue de vérifier la présence de glaire cervicale tous les jours. La glaire est d'apparence épaisse, collante, trouble et inélastique jusqu'à devenir fine, blanche, transparente et extrêmement élastique. Elle ressemble à du blanc d'œuf cru et s'étire entre les doigts. Ce type de glaire est indicatif de fécondité et le dernier jour de glaire élastique, glissante et fine s'appelle le « jour des pics de glaire ». La cliente peut vérifier l'élasticité de la glaire en ouvrant le papier toilette ou les doigts sur lesquels la glaire a été prélevée. Si les fils de glaire s'étirent facilement entre les feuilles du papier toilette ou les doigts sans se rompre, la glaire est hautement élastique.
6. Après la journée des pics de glaire, la glaire devient tout d'un coup collante ou sèche. La cliente doit se considérer comme féconde pendant 3 jours après le jour des pics de glaire.
7. Le couple peut reprendre des rapports sexuels vaginaux non protégés le quatrième jour suivant le jour des pics de glaire et continuer jusqu'aux prochaines règles de la cliente.
8. Il peut être utile pour la cliente de consigner l'évolution de sa glaire sur un graphique ou un calendrier, du fait que le jour des pics de glaire ne peut être déterminé qu'a posteriori.

#### Méthode de la température basale du corps

Si la cliente souffre de fièvre ou d'autres changements de température corporelle, la méthode de la température basale du corps sera difficile à utiliser. Après l'ovulation, la température du corps augmente entre 0,2 °C et 0,5 °C (0,4 °F et 1,0 °F) et se maintient élevée jusqu'aux prochaines règles. En mesurant et en enregistrant sa température, une cliente peut déterminer sa date d'ovulation et peut éviter les rapports sexuels vaginaux non protégés pendant cette période.

1. La cliente prend sa température tous les matins avant de se lever ou de manger ou boire quoi que ce soit. Dans l'idéal, la prise de température se fait tous les jours à la même heure. La cliente doit utiliser un thermomètre d'ovulation, dont l'échelle est comprise entre 35 °C et 39 °C (96 °F et 100 °F), qui permet de visualiser la légère augmentation attendue de la température. Si un thermomètre d'ovulation n'est pas disponible, il est possible d'utiliser un thermomètre clinique, d'une échelle et d'une amplitude plus larges. La cliente consigne sa température sur un tableau spécial.
2. La cliente repère le jour où sa température augmente de 0,2 °C à 0,5 °C (0,4 °F à 1,0 °F), ce qui indique que l'ovulation s'est produite (voir la *Figure 2: Exemple d'un graphique de température basale du corps*).
3. Le couple évite les rapports sexuels vaginaux non protégés à partir du jour 1 des règles jusqu'à 3 jours après que la température de la cliente ait dépassé sa température normale.
4. Le couple peut avoir des rapports sexuels vaginaux non protégés le quatrième jour suivant le jour de hausse de la température et continuer jusqu'aux prochaines règles de la cliente.

FIGURE 2: Exemple de graphique de température basale du corps



Source : Reproduit/traduit de l'OMS [3] : Family Planning: A Global Handbook for Providers. Genève. OMS ; 2018. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

### Méthode symptothermale

La cliente calcule les jours féconds et non féconds en combinant la méthode de mucus cervical (ovulation) et la méthode de la température basale du corps. La cliente peut également tenir compte d'autres signes d'ovulation, tels que des seins douloureux ou des crampes dans le bas-ventre liées à l'ovulation, pour déterminer ses jours féconds. Le couple évite les rapports sexuels vaginaux non protégés entre le premier jour des règles et soit après le quatrième jour des pics de glaire cervicale, soit le troisième jour complet après l'élévation de la température basale du corps, selon ce qui survient en dernier. Il peut être utile pour la cliente d'enregistrer l'apparition de glaire cervicale et sa température basale du corps sur un seul et même graphique pour suivre ces signes.

### 7.2.3 Suivi

Une fois que les clientes ont appris la technique de la méthode basée sur la connaissance de la fécondité de son choix, aucun calendrier de suivi type n'est à observer. La cliente doit être encouragée à revenir à tout moment consulter pour poser des questions, discuter de ses préoccupations, ou changer de méthode ou demander un moyen de contraception supplémentaire comme des préservatifs et/ou la PCU. Il est possible qu'un suivi plus fréquent soit bénéfique pour les clientes qui présentent des pathologies spécifiques. Voir la [Section 2.3](#) : *Conseil aux clients qui reviennent consulter* pour plus d'informations sur les consultations de suivi des clients utilisant des contraceptifs.

## 7.3 Retrait (coït interrompu)

### 7.3.1 Conseil aux clients : Retrait

---

#### De quoi s'agit-il ?

- Du retrait du pénis du vagin juste avant l'éjaculation, qui se produit à l'extérieur du vagin
- On parle aussi de coït interrompu

---

#### Comment ça marche ?

- Empêche la fécondation

---

#### Quel est son degré d'efficacité ?

- Le retrait est une méthode moins efficace (voir l'[Annexe 2](#))
- Taux d'échec : 4 % (utilisation parfaite) à 20 % (utilisation type)

---

#### Avantages non contraceptifs : Aucun

---

#### Avantages :

- Toujours disponible en toute situation
- Ne nécessite aucune fourniture, aucune consultation en établissement de santé ni consultation en pharmacie

---

#### Inconvénients :

- Aucune protection contre les IST, y compris le VIH

---

#### Effets secondaires : Aucun

---

#### Risque : Aucun

---

#### Retour à la fécondité : Aucun retard

---

#### Corriger les idées fausses :

- Peut constituer une méthode efficace à condition d'être bien utilisée

---

Source : Adapté de l'OMS, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health [3].

---

### 7.3.2 Utilisation sûre et efficace du retrait

Tout le monde peut utiliser le retrait et aucune pathologie n'empêche l'utilisation de cette méthode. Aucun examen physique et aucune analyse en laboratoire préalables ne sont nécessaires. Fournissez à l'avance des préservatifs et des PCU pour tous les clients utilisant le retrait. Créer un plan avec les clients pour qu'ils reviennent faire le plein de produits en cas de besoin.

#### 7.3.2.1 Instructions à donner au client

- Lorsqu'il se sent sur le point d'éjaculer, le client doit retirer son pénis du vagin de sa partenaire et éjaculer à l'écart des organes génitaux de cette dernière.
- Si le client a récemment éjaculé, avant d'avoir à nouveau des rapports sexuels, il doit aller uriner et essuyer le bout de son pénis pour enlever tout spermatozoïde restant.
- Apprendre à utiliser efficacement la méthode du retrait peut prendre du temps et il peut être utile que le couple utilise une autre méthode en attendant que le client se sente confiant de pouvoir se retirer efficacement à chaque acte sexuel.

## 8. Contraception d'urgence

### 8.1 Conseil à la cliente: Pilule contraceptive d'urgence et dispositif intra-utérin pour la contraception d'urgence\*

#### De quoi s'agit-il ?

- D'une contraception utilisable pour prévenir la grossesse après des rapports sexuels non protégés
- Utilisable jusqu'à 120 heures (5 jours) après un rapport vaginal non protégé
- Plusieurs options disponibles :
  - Pilule contraceptive d'urgence à base d'acétate d'ulipristal (PCU-UPA) : 30 mg en dose unique
  - Pilule contraceptive d'urgence au lévonorgestrel (PCU-LNG) : 1,5 mg en dose unique
  - Pilule contraceptive d'urgence orale combinée (PCU-COC, méthode Yuzpe) : deux doses de 100 µg d'éthinylestradiol + 0,5 mg de GNL prises à 12 heures d'intervalle
  - DIU au cuivre ou DIU au LNG de 52 mg pour contraception d'urgence (DIU-CE)

#### Comment ça marche ?

- Épaissit le mucus cervical ou endommage les spermatozoïdes pour empêcher la fécondation
- PCU : Empêche ou retarde l'ovulation

#### Quel est son degré d'efficacité ?

- Si 100 clientes avaient des rapports sexuels non protégés une fois au cours de la deuxième ou de la troisième semaine de leur cycle menstruel, 8 tomberaient enceintes.
  - Si les 100 prenaient toutes une PCU-UPA : <1 tomberait enceinte
  - Si les 100 prenaient toutes une PCU-LNG : 1 tomberait enceinte
  - Si les 100 prenaient toutes une PCU-COC : 2 tomberaient enceintes
  - Si les 100 utilisaient toutes un DIU-CE : <1 tomberait enceinte
- La PCU fonctionne mieux lorsqu'elle est prise dès que possible après des rapports sexuels vaginaux non protégés
- La PCU peut être moins efficace chez les clientes dont l'IMC est  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>
- La PCU-UPA et le DIU-CE sont plus efficaces que d'autres PCU entre 72 et 120 heures après des rapports sexuels non protégés

#### Avantages non contraceptifs :

- PCU : Aucun
- DIU-CE : Voir la [Section 3.2 : Contraception intra-utérine](#)

---

### Avantages :

- Aucun danger pour toutes les clientes, y compris celles qui ne peuvent pas utiliser de contraceptifs hormonaux continus
- Utilisable après des rapports sexuels forcés ou sous la contrainte
- Des PCU peuvent être gardés en réserve afin d'être utilisées si nécessaire
- Le DIU-CE fournit une prévention de grossesse continue et hautement efficace après l'insertion

---

### Inconvénients :

- L'efficacité de la PCU est inférieure à l'utilisation d'une méthode de contraception régulière
- La PCU ne procure pas de protection après des rapports sexuels survenant postérieurement à la prise de la pilule

---

### Effets secondaires :

- PCU :
  - règles irrégulières
  - prochaines règles plus tôt ou plus tard que prévues
  - nausées/vomissements
  - douleurs abdominales
  - grande fatigue
  - céphalées
  - seins endoloris
  - étourdissements
- DIU-CE : Voir la [Section 3.2 : Contraception intra-utérine](#)

---

### Risques :

- PCU : Aucun
- DIU-CE : Voir la [Section 3.2 : Contraception intra-utérine](#)

---

### Retour à la fécondité : Aucun retard

---

### Corriger les idées fausses :

- Ne perturbe pas une grossesse existante, il ne s'agit pas d'un abortif
- Méthode utilisable par des clientes de tout âge
- Ne provoque pas de malformations en cas de grossesse
- PCU : Peut être prise plus d'une fois au cours d'un même cycle menstruel

---

\* Les DIU sont une méthode de contraception d'urgence très efficace, dont il convient de discuter avec toute cliente qui en a besoin. Cette section comporte des informations restreintes sur les DIU pour la contraception d'urgence à des fins de conseil. Voir la [Section 3.2 : Contraception intra-utérine](#) pour des informations complètes sur cette méthode.

---

Source : Adapté de l'OMS, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health [3].

---

### 8.1.2 Utilisation sûre et efficace de la pilule contraceptive d'urgence (PCU)

Toutes les clientes peuvent utiliser la PCU en toute sécurité, y compris celles qui ne peuvent pas utiliser des méthodes de contraception hormonale continues. Bien que sans danger, l'efficacité de la PCU peut être diminuée chez les clientes qui prennent certains anticonvulsifs (phénytoïne, phénobarbital, fosphénytoïne, oxcarbazépine, topiramate), l'éfavirenz, la griséofulvine, la rifampicine ou la rifabutine. La cliente doit s'abstenir d'allaiter pendant 24 heures après la prise de la PCU-UPA et doit extraire son lait et le jeter pendant cette période [36,37]. La PCU-UPA est déconseillée

chez les clientes atteintes d'asthme sévère contrôlé par des stéroïdes oraux.

Une cliente peut prendre la PCU à des multiples reprises au cours du même cycle menstruel. Si la PCU-UPA a déjà été prise lors du cycle en cours, la PCU-LNG ne doit pas être prise dans les 5 jours suivants. Si la PCU-LNG a déjà été prise, la PCU-UPA peut être moins efficace en cas d'utilisation dans les 7 jours suivants.

La cliente peut, si elle le souhaite, mettre en route ou reprendre une méthode de contraception régulière en toute sécurité après avoir pris une PCU (voir l'*Encadré 12*).

Si la cliente souhaite utiliser un DIU, il lui est recommandé d'envisager d'utiliser un DIU au lieu de la PCU pour la contraception d'urgence. Un DIU au cuivre et un DIU au LNG de 52 mg peuvent l'un comme l'autre être utilisés à des fins de contraception d'urgence; ils sont plus efficaces que les PCU pour prévenir la grossesse après des rapports sexuels non protégés et fournissent une contraception continue hautement efficace (voir la [Section 3.2 : Contraception intra-utérine](#) pour en savoir plus).

Aucun examen physique et aucune analyse en laboratoire ne sont nécessaires avant la prise de la PCU, bien qu'il serait indiqué d'offrir à la cliente un dépistage des IST afin de bénéficier d'une prophylaxie post-exposition contre le VIH selon les circonstances des rapports sexuels non protégés.

Fournir à l'avance des PCU à toutes les clientes qui le souhaitent. La distribution à l'avance de réserves de PCU n'affecte pas les schémas d'utilisation des contraceptifs et une cliente est plus susceptible d'utiliser une PCU après des rapports sexuels non protégés si elle en a en réserve. Distribuer un stock de préservatifs à toutes les clientes ayant besoin d'une protection contre les IST, y compris le VIH. Créer un plan avec la cliente pour qu'elle revienne chercher des produits supplémentaires en cas de besoin.

### 8.1.2.1 Instructions à donner à la cliente

- La cliente doit prendre la PCU dès que possible.
- La PCU ne procure pas de protection contre les rapports sexuels non protégés qui surviennent plus de 24 heures après sa prise. Si la cliente a à nouveau des rapports sexuels non protégés, elle peut reprendre une PCU.
- Fournissez-lui des instructions sur l'utilisation d'une méthode contraceptive régulière si la cliente a choisi d'en mettre une en route après l'utilisation de la PCU.
- Il est recommandé que la cliente revienne consulter pour passer un test de grossesse ou être avisée de faire un test de grossesse, si ses prochaines règles ont plus de 7 jours de retard.

### 8.1.3 Suivi

Une consultation de suivi de routine n'est pas nécessaire après la prise de la PCU, bien que la cliente puisse vouloir consulter pour passer un test de grossesse, en particulier si ses règles ont plus de 7 jours de retard. Un suivi peut être bénéfique pour la cliente qui met en route une nouvelle méthode de contraception après avoir pris une PCU, selon la méthode choisie. Toutes les clientes doivent être encouragées à revenir à tout moment pour poser des questions, discuter d'effets secondaires ou d'autres préoccupations ou pour mettre en route une méthode contraceptive régulière, si elle le souhaite.

## ENCADRÉ 12 : Mise en route ou reprise de la contraception après la prise d'une pilule contraceptive d'urgence

	Après la prise de PCU-LNG ou PCU-COC	Après la prise de PCU-UPA
Toutes les méthodes hormonales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Démarrer immédiatement après la prise de PCU                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilisatrices de COC : poursuivre l'utilisation de la même tablette</li> <li>• Utilisatrices de patch : utiliser un nouveau patch</li> <li>• Utilisatrices d'anneau vaginal : suivre les consignes en cas d'insertion tardive de l'anneau vaginal</li> <li>• Des contraceptifs injectables peuvent être administrés le même jour</li> </ul> </li> <li>• Utiliser une méthode de secours pendant 7 jours</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Commencer le sixième jour après l'utilisation de la PCU-UPA</li> <li>• Utiliser une méthode de secours à partir du moment de la prise de la PCU-UPA jusqu'à ce que la cliente ait utilisé la nouvelle méthode pendant 7 jours (2 jours pour les PPS)</li> </ul>
Méthodes basées sur la connaissance de la fécondité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Méthodes basées sur le calendrier : au début des prochaines règles</li> <li>• Méthodes symptomatiques : au retour de glaire normale</li> </ul>	

### 8.1.4 Effets secondaires

- Des saignements vaginaux après la prise de PCU sont fréquents et s'arrêteront sans traitement. Il est possible que la date de survenance des règles change en raison du médicament: ce changement n'est pas un signe de maladie ou de grossesse.
- Les nausées sont plus fréquentes avec la prise de PCU-COC, mais peuvent également survenir avec la PCU-LNG et la PCU-UPA. Il n'est pas recommandé de prendre systématiquement des médicaments anti-nausées; toutefois, une cliente qui a déjà eu des nausées par le passé peut prendre 25 mg à 50 mg de chlorhydrate de méclizine 1 heure avant de prendre une PCU.
- Si des vomissements surviennent dans les 2 heures suivant la prise de PCU-LNG ou de PCU-COC, ou dans les 3 heures suivant la prise de PCU-UPA, la cliente doit prendre une autre dose du médicament. Des médicaments anti-nausées peuvent être utilisés avec cette dose répétée (voir ci-dessus). La prise de PCU-LNG et de PCU-COC peut également se faire en enfonçant la pilule haut à l'intérieur du vagin. Si des vomissements surviennent plus de 2 ou 3 heures après la prise des médicaments, aucune administration répétée n'est nécessaire.

## 9. Innovations numériques pour l'accès à la contraception

Reconnaissant que les soins de santé sexuelle et reproductive sont rapidement perturbés lorsque les systèmes de santé sont sous pression, l'OMS a appelé les pays à donner la priorité à l'accès à la contraception, entre autres soins de santé sexuelle et reproductive, dans le cadre de leur riposte au COVID-19 [38]. La prestation de soins de santé numériques constitue une excellente stratégie pour améliorer les soins de santé sexuelle et reproductive à court et à long terme. De nombreuses stratégies sont recommandées pour maintenir un accès rapide aux contraceptifs tout en minimisant les risques liés au COVID-19. La mise en œuvre de telles stratégies au-delà de la pandémie a le potentiel d'avoir des effets bénéfiques sur la santé sexuelle et reproductive, même après que la crise actuelle sera passée [39,40]:

- Tri pour déterminer si une consultation en personne est nécessaire.
- Utilisation de la télémédecine pour le conseil en contraception, la mise en route et le maintien de méthodes contraceptives.
- Toutes les méthodes contraceptives réversibles peuvent être mises en route sans consultation.
- Consultations contraceptives en personne si nécessaire, telles que:
  - Insertion ou retrait d'un DIU ou d'un implant.
  - Expulsion suspectée d'un DIU.
  - Implant contraceptif non palpable.
  - Symptômes d'une possible grossesse extra-utérine.
  - Symptômes d'un événement indésirable lié à la contraception, comme une thrombose veineuse profonde ou une embolie pulmonaire.



## 10. Bibliographie

- [1] Organisation mondiale de la Santé. Garantir les droits de l'homme lors de la fourniture d'informations et de services en matière de contraception : Orientations et recommandations. Genève : OMS ; 2014.
- [2] Fédération internationale pour la planification familiale. Underserved and Overlooked: Prioritizing Contraceptive Equity for the Poorest and Most Marginalized Women and Girls. Londres : IPPF ; 2017.
- [3] Organisation mondiale de la Santé – Département Santé reproductive et recherche (OMS/RHR) et Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Program (CCP), Knowledge for Health Project. Family Planning: A Global Handbook for Providers (mise à jour 2018). Baltimore et Genève : CCP et OMS ; 2018. Disponible à : <https://fp handbook.org/sites/default/files/global-handbook-2018-full-web.pdf>. Site consulté le 20 avril 2022.
- [4] Organisation mondiale de la Santé. Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives. 5<sup>e</sup> édition. Genève : OMS ; 2015.
- [5] Cason P, Aiken ARA. Engaging with Unintended Pregnancy Through Patient-Centered Reproductive Goals and Contraceptive Counseling. In: Hatcher RA, Nelson AL, Trussell J, Cwiak C, Cason P, Policar MS, Edelman A, Aiken ARA, Marrazzo J, Kowal D. Contraceptive Technology. 21st ed. New York: Ayer Company Publishers, Inc.; 2018.
- [6] Organisation mondiale de la Santé. A guide to family planning for community health workers and their clients. Genève : OMS ; 2012. Disponible à : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44882>. Site consulté le 20 avril 2022.
- [7] Gavin L, Moskosky S, Carter M, et al. Providing quality family planning services: Recommendations of CDC and the US Office of Population Affairs. *MMWR Recomm Rep* 2014;63(RR04):1–54.
- [8] Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies. Observation générale n° 22 sur le droit à la santé sexuelle et reproductive. New York : Conseil Économique et Social des Nations Unies ; 2016.
- [9] Organisation mondiale de la Santé. Recommandations de l'OMS relatives à la santé et aux droits des adolescents en matière de sexualité et de reproduction. Genève : OMS ; 2018.
- [10] Chandra-Mouli V, Parameshwar PS, Parry M, et al. A never-before opportunity to strengthen investment and action of adolescent contraception, and what we must do to make full use of it. *Reprod Health* 2017;14(1):85.
- [11] Organisation mondiale de la Santé. Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives. 3<sup>ème</sup> édition. Genève : OMS ; 2016.
- [12] Organisation mondiale de la Santé, Banque mondiale. Rapport mondial sur le handicap. Genève : OMS ; 2011.
- [13] Nations Unies. Convention relative aux droits des personnes handicapées. Résolution adoptée par l'Assemblée générale. 13 décembre 2006. New York : Nations Unies ; 2006.
- [14] Ipas. Accès pour toutes : Inclusion des personnes en situation de handicap dans les services d'avortement et de contraception : Guide. Chapel Hill : Ipas ; 2018.
- [15] Ali M, Akin A, Bahamondes L, et al. Extended use up to 5 years of the etonogestrel-releasing subdermal contraceptive implant: comparison to levonorgestrel-releasing subdermal implant. *Human Reprod.* 2016;31(11):2491–2498.
- [16] McNichols C, Swor E, Wan L, Peipert J. Prolonged use of the etonogestrel implant and the levonorgestrel intrauterine device: 2 years beyond Food and Drug Administration-approved duration. *Am J Obstet Gynecol* 2017;216(6):586.e1–586.e6.
- [17] Rowe P, Farley T, Peregoudov A, et al. Safety and efficacy in parous women of a 52-mg levonorgestrel medicated intrauterine device: A 7-year randomized controlled study with the TCu380A. *Contraception* 2016;93(6):498–506.
- [18] Spotnitz ME, Natarajan K, Ryan PB, Westhoff CL. Relative Risk of Cervical Neoplasms Among Copper and Levonorgestrel-Releasing Intrauterine System Users. *Obstet Gynecol.* 2020;135(2):319–327.
- [19] Turok DK, Gero A, Simmons RG, et al. Levonorgestrel vs. copper intrauterine devices for emergency contraception. *New Engl J Med.* 2021;384:335–344.
- [20] Fay KE, Clement AC, Gero A, et al. Rates of pregnancy among levonorgestrel and copper intrauterine emergency contraceptive initiators: Implications for backup contraception recommendations. *Contraception* 2021;104(5):561–566.
- [21] BakenRa A, Gero A, Sanders J, Simmons R, Fay K, Turok D. Pregnancy risk by frequency and timing of unprotected intercourse before intrauterine device placement for emergency contraception. *Obstet Gynecol* 2021;138(1):79–84.
- [22] Boraas CM, Sanders JN, Schwarz EB, Thompson I, Turok DK. Risk of pregnancy with levonorgestrel-releasing intrauterine system placement 6–14 days after unprotected intercourse. *Obstet Gynecol* 2021;137(4):623–625.

- [23] Thompson I, Sanders JN, Schwarz EB, Boraas C, Turok DK. Copper intrauterine device placement 6–14 days after unprotected sex. *Contraception* 2019;100(3):219–221.
- [24] Jatlaoui TC, Simmons KB, Curtis KM. The safety of intrauterine contraception initiation among women with current asymptomatic cervical infections or at increased risk of sexually transmitted infections. *Contraception* 2016;94(6):701–712.
- [25] Mody SK, Farala JP, Jimenez B, Nishikawa M, Ngo LL. Paracervical block for intrauterine device placement among nulliparous women: A randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2018;132(3):575–582.
- [26] Akers AY, Steinway C, Sonalkar S, et al. Reducing pain during intrauterine device insertion: a randomized controlled trial in adolescents and young women. *Obstet Gynecol* 2017;130(4):795–802.
- [27] Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. FSRH Statement: Pain associated with insertion of intrauterine contraception – Juin 2021. Londres: FSRH; 2021.
- [28] Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Female Sterilization (Consent Advice No. 3). Londres: RCOG; 2016.
- [29] Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. FSRH Clinical Guideline: Combined Hormonal Contraception. Londres: FSRH; 2019 (Modifié 2020).
- [30] Jackson E, Curtis KM, Gaffield ME. Risk of venous thromboembolism during the postpartum period: a systematic review. *Obstet Gynecol*. 2011;117(3):691–703.
- [31] Roach REJ, Helmerhorst FM, Lijfering WM, Stijnen T, Algra A, Dekkers OM. Combined oral contraceptives: the risk of myocardial infarction and ischemic stroke. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;(8):CD011054.
- [32] de Bastos M, Stegeman BH, Rosendaal FR, et al. Combined oral contraceptives: venous thrombosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;(3):CD010813.
- [33] Organisation mondiale de la Santé. Contraceptifs appropriés pour les femmes à risque élevé d'infection par le VIH. Genève: OMS; 2019.
- [34] Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Progestogen-only injectable contraception. Londres: FSRH; 2014 (Modifié 2020).
- [35] Organisation mondiale de la Santé. WHO Recommendations on self-care interventions: Self-administration of injectable contraception. Genève: OMS; 2020.
- [36] Curtis KM, Jatlaoui TC, Tepper NK, Zapata LB, Horton LG, Jamieson DJ, Whiteman MK. U.S. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, 2016. *MMWR Recomm Rep*. 2016;65(4):1–66.
- [37] Curtis KM, Tepper, NK, Jatlaoui TC, Berry-Bibee E, Horton LG, Zapata LB, Simmons KB, Pagano HP, Jamieson DJ, Whiteman MK. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016. *MMWR Recomm Rep*. 2016;65(3):1–103.
- [38] Organisation mondiale de la Santé. Global strategy on digital health 2020–2025. Genève: OMS; 2021.
- [39] Benson LS, Madden T, Tarleton J, Micks EA. Society of Family Planning interim clinical recommendations: Contraceptive provision when healthcare access is restricted due to pandemic response – 2021 update. Society of Family Planning 2021.
- [40] Chattu VK, Lopes CA, Javed S, Yaya S. Fulfilling the promise of digital health interventions (DHI) to promote women's sexual, reproductive and mental health in the aftermath of COVID-19. *Reproductive Health* 2021;18(1):112.

## 11. Annexes

### Annexe 1: Critères de recevabilité médicale pour les dispositifs intra-utérins, les méthodes hormonales et la stérilisation

Ces tableaux récapitulatifs fournissent des orientations mises à jour sur la sécurité des diverses méthodes contraceptives utilisées dans le contexte de pathologies et de caractéristiques de santé spécifiques. La plupart des recommandations présentées dans les tableaux suivants sont tirées des *Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives* de l'Organisation mondiale de la Santé, publiés en 2015 [1]. Dans certains cas, les recommandations présentées ici sont fondées sur des données publiées depuis la dernière mise à jour des critères de recevabilité médicale de l'OMS et les sources de ces recommandations ont été notées.

Pour chaque pathologie ou caractéristique médicale pertinente, les méthodes contraceptives sont classées dans l'une des quatre catégories numérotées, guidant les prestataires en matière de conseil, de mise en route et de poursuite de la contraception en toute sécurité (voir l'*Encadré 1 : Catégories de critères de recevabilité médicale pour la contraception*). L'objectif de ces recommandations est d'éliminer les obstacles inutiles à l'accès à la contraception et à son utilisation.

#### ENCADRÉ 1 : Catégories de critères de recevabilité médicale pour la contraception

##### Catégories pour les dispositifs intra-utérins et les méthodes hormonales

- 1 Condition pour laquelle il n'y a pas de restriction à l'utilisation de la méthode contraceptive
- 2 Condition où les avantages de l'utilisation de la méthode l'emportent sur les risques théoriques ou prouvés
- 3 Condition où les risques théoriques ou prouvés l'emportent généralement sur les avantages de l'utilisation de la méthode
- 4 Condition qui représente un risque inacceptable pour la santé si la méthode est utilisée

##### Catégories pour la stérilisation

- A Accepter : L'intervention peut être effectuée normalement dans un cadre de routine
- P Prudence : L'intervention peut être effectuée normalement dans un cadre de routine, sous réserve d'une préparation et de précautions supplémentaires
- D Différer : L'intervention doit être retardée en attendant que la condition soit évaluée et/ou corrigée
- S Spécial : L'intervention doit être effectuée en présence d'un chirurgien et d'un personnel expérimentés, du matériel requis pour une anesthésie générale et du soutien médical de soutien.

#### Référence

[1] Organisation mondiale de la Santé. Critères de recevabilité médicale pour l'utilisation de méthodes contraceptives. Genève : OMS ; 2015.

<b>TABLEAU RÉCAPITULATIF : Critères de recevabilité médicale pour les dispositifs intra-utérins, les méthodes hormonales et la stérilisation féminine</b>						
	<b>DIU au cuivre</b>	<b>DIU-LNG</b>	<b>CHC</b>	<b>CIPS</b>	<b>Implant PPS</b>	<b>Stérilisation féminine</b>
<b>Âge</b>	<20 ans : 2 ≥20 ans : 1	<20 ans : 2 ≥20 ans : 1	<40 ans : 1 ≥40 ans : 2	<18 ans : 2 18 à 45 ans : 1 >45 ans : 2	N'importe quel âge : 1	Jeune âge : P
<b>Parité</b>						
Nullipare	2	2	1	1	1	A
Pare	1	1	1	1	1	A
<b>Allaitement</b>						
<6 semaines après l'accouchement	<4 semaines : 2* 4 à 6 semaines : 1	<4 semaines : 2* 4 à 6 semaines : 1	4	2*/3+	2	<7 jours : A 7 à 42 jours : D
≥6 semaines à < 6 mois	1	1	3	1	1	A
≥6 mois	1	1	2	1	1	A
<b>Après l'accouchement, pas d'allaitement</b>						
<21 jours après l'accouchement	2	2	4 <sup>1</sup> /3	1	1	<7 jours : A 7 à 21 jours : D
≥21 jours à 6 semaines	<4 semaines : 2 4 à 6 semaines : 1	<4 semaines : 2* 4 à 6 semaines : 1	3 <sup>1</sup> /2	1	1	D
>6 semaines	1	1	1	1	1	A
<b>Septicémie post-partum/ puerpérale</b>	4	4	--	--	--	D <sup>2</sup>
<b>Post-avortement</b>						
Premier trimestre	1	1	1	1	1	A
Deuxième trimestre	2	2	1	1	1	A
Avortement post-septique immédiat	4	4	1	1	1	D <sup>3</sup>
<b>Grossesse extra-utérine passée</b>	1	1	1	1	Implant : 1 PPS : 2	A
<b>Antécédents de chirurgie pelvienne</b>	1	1	1	1	1	--

1 Un chiffre plus élevé de classification concerne les clientes qui présentent des facteurs de risque de thrombo-embolie veineuse (TEV) (âge ≥35 ans, TEV préalable, thrombophilie, immobilité, transfusion à l'accouchement, cardiomyopathie du péripartum, IMC ≥30 kg/m<sup>2</sup>, hémorragie post-partum, accouchement post-césarien, prééclampsie, tabagisme).

2 Pour les clientes qui présentent des résultats périnataux sévères (prééclampsie sévère, rupture prolongée des membranes (≥24 heures), hémorragie ante- ou post-partum sévère, traumatisme grave des voies génitales) : D. Pour les clientes présentant une rupture ou une perforation utérine : S.

3 Pour les clientes présentant des résultats graves de péri-avortement (hémorragie sévère post-avortement, traumatisme grave des voies génitales, hématomètre aigu) : D. Pour les clientes présentant une perforation utérine : S.

	DIU au cuivre	DIU-LNG	CHC	CIPS	Implant PPS	Stérilisation féminine
<b>Tabagisme</b>						
Âge (<35 ans)	1	1	2	1	1	A
Âge ≥35 ans, <15 cigarettes/j	1	1	3 (CIC: 2)	1	1	A
Âge ≥35 ans, ≥15 cigarettes/j	1	1	4 (CIC: 3)	1	1	A
<b>Obésité (IMC ≥30 kg/m<sup>2</sup>)</b>	1	1	2	2 <sup>4</sup> /1	1	P
<b>Facteurs de risques multiples de maladies cardiovasculaires<sup>5</sup></b>	1	2	3/4	3	2	S
<b>Hypertension</b>						
Antécédents d'hypertension artérielle; impossibilité de mesurer la tension artérielle	1	2	3	2	2	--
Hypertension maîtrisée de manière adéquate	1	1	3	2	1	P
Systolique 140 à 159 ou diastolique 90 à 99 mm Hg	1	1	3	2	1	P
Systolique ≥160 ou diastolique ≥100 mm Hg	1	2	4	3	2	S
Maladie vasculaire	1	2	4	3	2	S
<b>Antécédents d'hypertension artérielle pendant la grossesse; tension artérielle actuelle normale</b>	1	1	2	1	1	A
<b>Thrombose veineuse profonde (TVP)/embolie pulmonaire (EP)</b>						
Historique de TVP/EP	1	2	4	2	2	A
TVP/EP aiguë	1 <sup>+</sup> /2 <sup>*</sup>	2 <sup>*</sup>	4	2 <sup>*</sup> /3 <sup>+</sup>	2 <sup>*</sup> /3 <sup>+</sup>	D
TVP/EP et établie sous traitement anticoagulant	1	2	4	2	2	S
Antécédents familiaux de TVP/EP	1	1	2	1	1	A

4 Un chiffre plus élevé de classification concerne les clientes âgées de moins de 18 ans.

5 Facteurs de risques de maladies cardiovasculaires: vieillissement, tabagisme, diabète, hypertension, dyslipidémie connue.

	DIU au cuivre	DIU-LNG	CHC	CIPS	Implant PPS	Stérilisation féminine
Intervention chirurgicale majeure avec immobilisation prolongée	1	2	4	2	2	D
Intervention chirurgicale sans immobilisation prolongée	1	1	2	1	1	A
Intervention chirurgicale sans immobilisation	1	1	1	1	1	A
<b>Mutations thrombogéniques connues<sup>6</sup></b>	1	2	4	2	2	A
Varices	1	1	1	1	1	A
Thrombose veineuse superficielle	1	1	2	1	1	A
Cardiopathie ischémique actuelle et passée	1	Démarrer : 2 Continuer : 3	4	3	Démarrer : 2 Continuer : 3	Actuel : D Antécédents : P
AVC	1	2	4	3	Démarrer : 2 Continuer : 3	P
Dyslipidémie connue	1	2	2	2	2	A
Valvulopathie sans complication	1	1	2	1	1	P
Valvulopathie compliquée <sup>7</sup>	2	2	4	1	1	S
<b>Lupus érythémateux disséminé</b>						
Anticorps anti-phospholipides positifs/inconnus	1	3	4	3	3	S
Thrombocytopénie sévère	Démarrer : 3 Continuer : 2	2	2	Démarrer : 3 Continuer : 2	2	S
En traitement immunosuppresseur	Démarrer : 2 Continuer : 1	2	2	2	2	S
Aucune des réponses ci-dessus	1	2	2	2	2	P

6 Mutations thrombogéniques : Mutations du Facteur V de Leiden ou de la prothrombine ; carences en protéine C, protéine S ou antithrombine.

7 Valvulopathie compliquée : avec hypertension pulmonaire concomitante, risque de fibrillation auriculaire, antécédents d'endocardite bactérienne subaiguë.

	DIU au cuivre	DIU-LNG	CHC	CIPS	Implant PPS	Stérilisation féminine
<b>Céphalées</b>						
Non-migraineuses (légères ou sévères)	1	1	Démarrer: 1 Continuer: 2	1	1	A
Migraine sans aura, migraine menstruelle	1	Démarrer: 2 Continuer: 2	Démarrer: 2 Continuer: 3 >35 ans: Démarrer: 3 Continuer: 4	2	2	A
Migraine avec aura	1	Démarrer: 2 Continuer: 3	4	Démarrer: 2 Continuer: 3	Démarrer: 2 Continuer: 3	A
<b>Épilepsie</b>	1	1	1	1	1	P
Utilisation de phénytoïne, carbamazépine, barbituriques, primidone, topiramate, oxcarbazépine	1	1	3 (CIC: 2) <sup>8</sup>	AMPR: 1 EN-NET: 2 <sup>8</sup>	Implant: 2 <sup>8</sup> PPS: 3 <sup>8</sup>	--
Utilisation de lamotrigine	1	1	3 <sup>8</sup>	1	1	--
<b>Troubles dépressifs</b>	1	1	1	1	1	P
Utilisation d'inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine	1*	1*	1*	1*	1*	--
<b>Saignements vaginaux irréguliers</b>	1	1	1	2	2	A
<b>Saignements vaginaux abondants ou prolongés</b>	2	Démarrer: 1 Continuer: 2	1	2	2	A
<b>Saignements vaginaux suspects et inexplicables</b>	Démarrer: 4 Continuer: 2	Démarrer: 4 Continuer: 2	2	3	Implant: 3 PPS: 2	D
<b>Endométriose</b>	2	1	1	1	1	S
<b>Tumeurs et kystes ovariens bénins</b>	1	1	1	1	1	A
<b>Dysménorrhée sévère</b>	2	1	1	1	1	A
<b>Maladie trophoblastique gestationnelle</b>	3/4 <sup>9</sup>	3/4 <sup>9</sup>	1	1	1	A/D <sup>9</sup>
<b>Ectropion utérin</b>	1	1	1	1	1	A
<b>Néoplasie cervicale intra-épithéliale (NCI)</b>	1	2	2	2	Implant: 2 PPS: 1	A

8 Bien que l'interaction de certains anticonvulsivants avec les CHC, les PPS, les EN-NET et les implants ne soit pas nocive pour les clientes, elle est susceptible de réduire l'efficacité de ces méthodes.

9 Pour les clientes dont le taux de bêta-hCG est en baisse ou indétectable: 3 (A); pour les clientes présentant une élévation persistante de la bêta-HCG/maladie maligne: 4 (D).

	DIU au cuivre	DIU-LNG	CHC	CIPS	Implant PPS	Stérilisation féminine
<b>Cancer du col de l'utérus (en attente de traitement)</b>	Démarrer: 4 Continuer: 2	Démarrer: 4 Continuer: 2	2	2	Implant: 2 PPS: 1	D
<b>Maladie du sein</b>						
Masse non diagnostiquée	1	2	2	2	2	A
Maladie bénigne du sein	1	1	1	1	1	A
Antécédents familiaux de cancer du sein	1	1	1	1	1	A
Cancer du sein présent	1	4	4	4	4	P
Cancer du sein passé, aucun signe de maladie depuis 5 ans	1	3	3	3	3	A
<b>Cancer de l'endomètre</b>	Démarrer: 4 Continuer: 2	Démarrer: 4 Continuer: 2	1	1	1	D
<b>Cancer de l'ovaire</b>	Démarrer: 3 Continuer: 2	Démarrer: 3 Continuer: 2	1	1	1	D
<b>Fibromes utérins, sans distorsion de la cavité utérine</b>	1	1	1	1	1	P
<b>Fibromes utérins avec distorsion de la cavité utérine</b>	4	4	1	1	1	P
<b>Maladie pelvienne inflammatoire (MPI)</b>						
MPI passée avec grossesse ultérieure	1	1	1	1	1	A
MPI passée sans grossesse ultérieure	2	2	1	1	1	P
MPI présente	Démarrer: 4 Continuer: 2	Démarrer: 4 Continuer: 2	1	1	1	D



	DIU au cuivre	DIU-LNG	CHC	CIPS	Implant PPS	Stérilisation féminine
<b>Infections sexuellement transmissibles</b>						
Cervicite purulente, chlamydia ou gonorrhée présente	Démarrer : 4 Continuer : 2	Démarrer : 4 Continuer : 2	1	1	1	D
Autres IST (sauf VIH et hépatite)	2	2	1	1	1	A
Vaginite	2	2	1	1	1	A
Risque accru d'IST	2*	2*	1	1	1	A
<b>Risque élevé de VIH</b>	1	1	1	1	1	A
<b>Infection clinique du VIH asymptomatique ou légère</b>	2	2	1	1	1	A
<b>Infection clinique du VIH grave ou avancée</b>	Démarrer : 3 Continuer : 2	Démarrer : 3 Continuer : 2	1	1	1	A
<b>Traitement antirétroviral</b>						
Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI) : abacavir (ABC), ténofovir (TDF), zidovudine (AZT), lamivudine (3TC), didanosine (DDI), emtricitabine (FTC), stavudine (D4T)	Démarrer : 2/3 Continuer : 2	Démarrer : 2/3 Continuer : 2	1	1	1	--
Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI) : éfavirenz (EFV), névirapine (NVP)	Démarrer : 2/3 Continuer : 2	Démarrer : 2/3 Continuer : 2	2 <sup>10</sup>	AMPR : 1 EN-NET : 2 <sup>10</sup>	2 <sup>10</sup>	--
INNTI : étravirine (ETR), rilpivirine (RPV)	Démarrer : 2/3 Continuer : 2	Démarrer : 2/3 Continuer : 2	1	1	1	--
Inhibiteurs de protéase (IP) : atazanavir boosté par le ritonavir (ATV/r), lopinavir boosté par le ritonavir (LPV/r), darunavir boosté par le ritonavir (DRV/r), ritonavir (RTV)	Démarrer : 2/3 Continuer : 2	Démarrer : 2/3 Continuer : 2	2 <sup>10</sup>	AMPR : 1 EN-NET : 2 <sup>10</sup>	2 <sup>10</sup>	--
Inhibiteur de l'intégrase : raltégravir (ral)	Démarrer : 2/3 Continuer : 2	Démarrer : 2/3 Continuer : 2	1	1	1	--

10 Les médicaments antirétroviraux ont le potentiel d'affecter les niveaux d'hormones stéroïdiennes chez les utilisatrices de contraceptifs hormonaux, ce qui peut réduire l'efficacité des contraceptifs hormonaux.

	DIU au cuivre	DIU-LNG	CHC	CIPS	Implant PPS	Stérilisation féminine
<b>Schistosomiase</b>	1	1	1	1	1	A/P <sup>11</sup>
<b>Tuberculose non pelvienne</b>	1	1	1	1	1	A
<b>Tuberculose pelvienne</b>	Démarrer : 4 Continuer : 3	Démarrer : 4 Continuer : 3	1	1	1	S
<b>Paludisme</b>	1	1	1	1	1	A
<b>Diabète</b>						
Antécédents de diabète gestationnel	1	1	1	1	1	A
Maladie non vasculaire, insulino-dépendante et non insulino-dépendante	1	2	2	2	2	P
Néphropathie/ rétinopathie/neuropathie	1	2	3/4	3	2	S
Maladie vasculaire ou diabète depuis >20 ans	1	2	3/4	3	2	S
<b>Trouble thyroïdien (goitre, hyper- ou hypothyroïdie)</b>	1	1	1	1	1	A/S/P <sup>12</sup>
<b>Maladie de la vésicule biliaire</b>						
Asymptomatique ou traitée par cholécystectomie	1	2	2	2	2	A
Actuelle ou sous traitement médical	1	2	3 (CIC : 2)	2	2	D/A <sup>13</sup>
Antécédents de cholélithiase liée à la grossesse	1	1	2	1	1	A
Cholélithiase passée liée au COC	1	2	3 (CIC : 2)	2	2	A
<b>Hépatite virale</b>						
Aiguë ou poussée	1	1	Démarrer : 3/4 Continuer : 2	1	1	D
Porteuse ou chronique	1	1	1	1	1	A
<b>Cirrhose légère</b>	1	1	1	1	1	A
<b>Cirrhose sévère</b>	1	3	4 (CIC : 3)	3	3	S

11 Schistosomiase non compliquée : A ; avec fibrose hépatique : C.

12 Goitre simple : A ; hyperthyroïdie : S ; hypothyroïdie : C.

13 Maladie actuelle de la vésicule biliaire : D ; sous traitement médical : A.

	DIU au cuivre	DIU-LNG	CHC	CIPS	Implant PPS	Stérilisation féminine
<b>Tumeurs hépatiques</b>						
Hyperplasie nodulaire focale	1	2	2	2	2	A
Adénome hépatocellulaire	1	3	4 (CIC : 3)	3	3	P
Hépatome malin	1	3	4 (CIC : 3/4)	3	3	P
Thalassémie	2	1	1	1	1	P
<b>Drépanocytose</b>	2	1	2	1	1	P
<b>Anémie ferriprive</b>	2	1	1	1	1	D/P <sup>14</sup>
<b>Traitement antimicrobien</b>						
Antibiotiques à large spectre	1	1	1	1	1	--
Antifongiques	1	1	1	1	1	--
Antiparasitaires	1	1	1	1	1	--
Rifampicine ou rifabutine	1	1	3 (CIC : 2) <sup>15</sup>	AMPR : 1 EN-NET : 2 <sup>15</sup>	Implant : 2 <sup>15</sup> PPS : 3 <sup>15</sup>	--

\* Adapté de Curtis KM, Tepper, NK, Jatlaoui et al. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016. *MMWR Recomm Rep.* 2016;65(3):1–103.

+ Organisation mondiale de la Santé. Critères de recevabilité médicale pour l'utilisation de méthodes contraceptives. Genève : OMS ; 2015 (mises à jour en 2018).

14 Hb <7 g/dl : D ; 7 ≤ Hb < 10 g/dl : C.

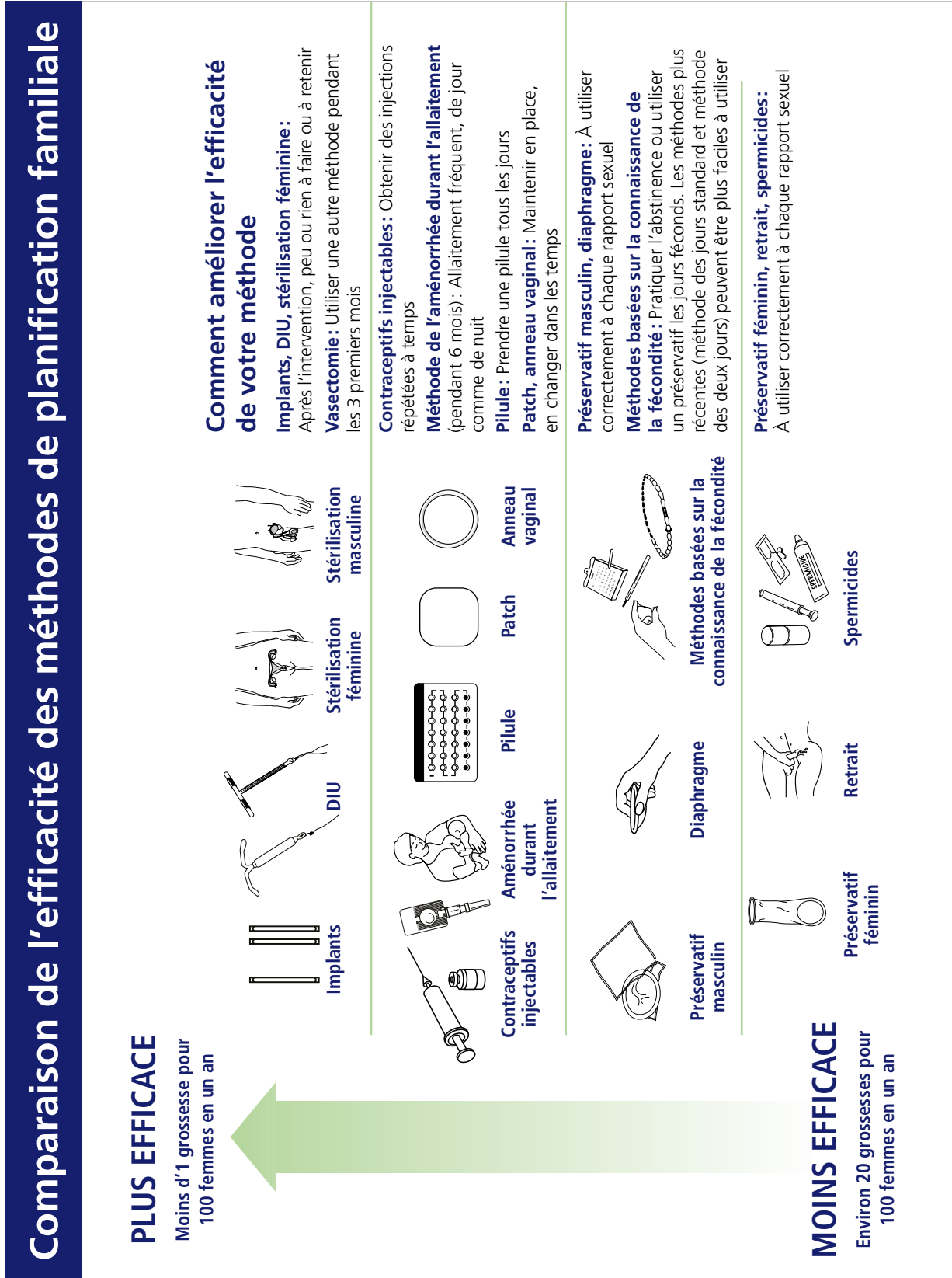
15 Bien que l'interaction de la rifampicine ou de la rifabutine avec les CHC, les PPS, les EN-NET et les implants ne soit pas nocive pour les clientes, elle est susceptible de réduire l'efficacité contraceptive de ces méthodes.

Considérations SUPPLÉMENTAIRES pour la stérilisation masculine et féminine		
	Stérilisation féminine	Stérilisation masculine
Jeune âge	P	P
Troubles dépressifs	P	P
Risque élevé de VIH	A	A
Infection clinique du VIH asymptomatique ou légère	A	A
Infection clinique du VIH grave ou avancée	S	S
Diabète	Voir plus haut	P
Drépanocytose	P	A
Infection locale	D	D <sup>16</sup>
Troubles de la coagulation	S	S
Infection systémique ou gastro-entérite	D	D
Asthme chronique, bronchite, emphysème ou infection pulmonaire	S	--
Utérus fixe suite à une chirurgie ou infection précédente	S	--
Hernie de la paroi abdominale ou hernie ombilicale	S	--
Hernie diaphragmatique	P	--
Maladie rénale	P	--
Intervention chirurgicale abdominale ou pelvienne passée	P	--
<b>Stérilisation concomitante à une chirurgie abdominale</b>		
Élective	P	--
D'urgence sans conseil préalable	D	--
Maladie infectieuse	D	--
<b>Stérilisation concomitante à l'accouchement par césarienne</b>		
Atteinte scrotale passée	--	P
Varicocèle ou hydrocèle importante	--	P
Filariose, éléphantiasis	--	D
Masse intrascrotale	--	D
Cryptorchidie	--	S
Hernie inguinale	--	S

16 Comprend : infection cutanée scrotale, IST active, balanite, épididymite et orchite.

Source : Reproduit/traduit avec la permission de Critères de recevabilité médicale pour l'utilisation de méthodes contraceptives. Genève : OMS ; 2015.

## Annexe 2: Comparaison de l'efficacité type des méthodes contraceptives



Source: Reproduit/traduit de Family Planning: A Global Handbook for Providers. Genève. OMS; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

## Annexe 3 : Éliminer l'éventualité de grossesse – quand utiliser la liste de contrôle de grossesse et quand utiliser un test de grossesse

### Éliminer l'éventualité de grossesse

Il est recommandé d'éliminer l'éventualité de grossesse avant la mise en route d'un contraceptif hormonal et avant la pose d'un DIU. Les prestataires de services de planification familiale disposent de 3 outils pour cette tâche de routine :

1. Antécédents médicaux (souvent recueillis à l'aide de la liste de contrôle de grossesse)
2. Tests de grossesse
3. Retarder le démarrage de la méthode en attendant les prochaines règles de la cliente

### Quel outil le prestataire doit-il utiliser en premier, et quand ?

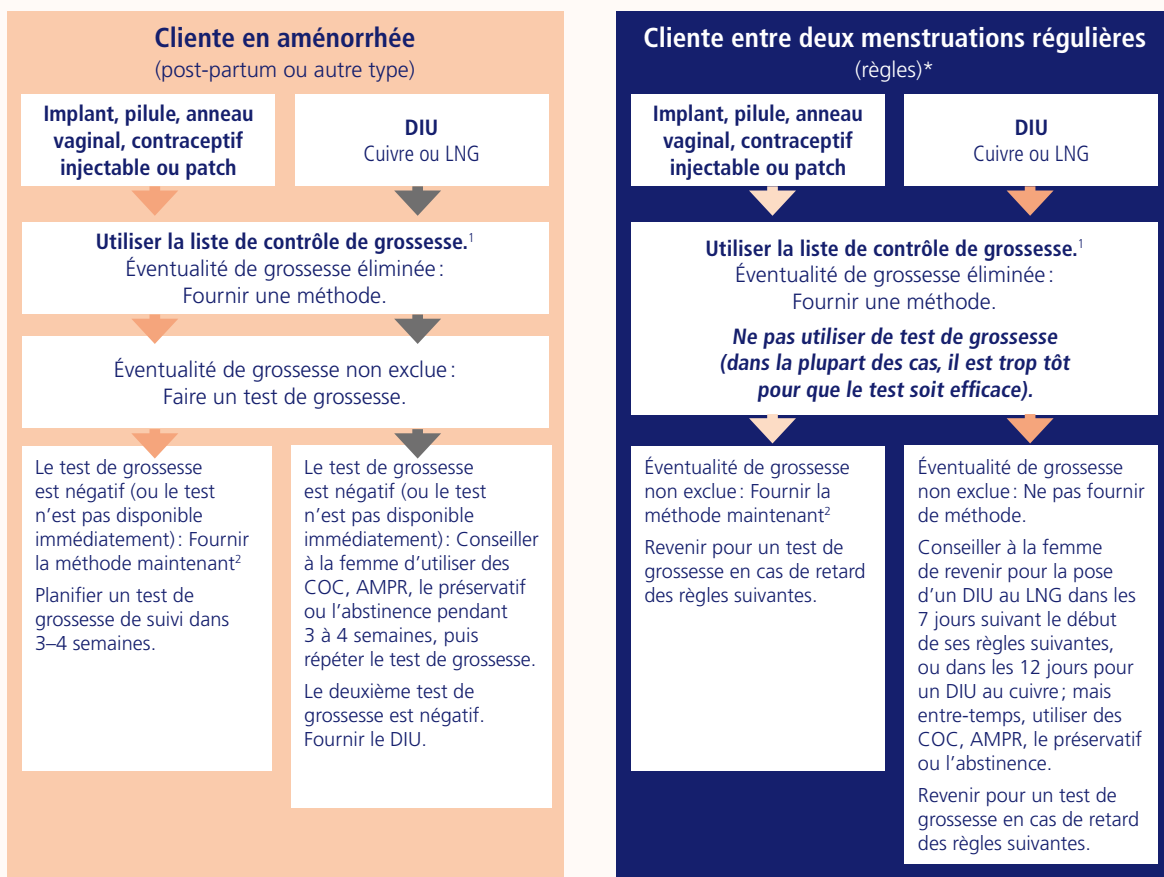
L'aide-mémoire Comment et quand utiliser la liste de contrôle de grossesse et les tests de grossesse donne des orientations selon la méthode choisie par la cliente et selon qu'elle a des règles tous les mois ou pas, auquel cas si c'est en raison d'un accouchement récent ou pour d'autres raisons. Cet aide-mémoire traite également des cas où une femme qui a des règles tous les mois n'en a pas un mois alors qu'elle s'attend à en avoir.

### Points importants à noter

- Sauf si la cliente n'a pas eu ses dernières règles, l'élimination de l'éventualité de grossesse **commence par la liste de contrôle de grossesse**. Cette liste de contrôle peut apporter un degré de certitude raisonnable qu'une femme n'est pas enceinte.
- **Un test de grossesse risque de ne pas être effectif avant le premier jour de règles manquées.** Il est inutile et c'est un gaspillage d'utiliser un test plus tôt.
- **Le DIU (au cuivre ou hormonal) est l'unique méthode contraceptive connue comme susceptible de présenter un risque pour la santé si elle est mise en route pendant la grossesse.** Si la liste de contrôle de grossesse ne peut pas exclure l'éventualité de grossesse, le prestataire doit utiliser un autre outil pour exclure l'éventualité de grossesse avant de poser un DIU.
- **Toutes les méthodes hormonales, à l'exception du DIU-LNG, peuvent être fournies sans délai,** même en cas d'incertitude sur la grossesse. Un suivi est nécessaire dans certains cas.
- **Retarder le début de la méthode est le pire choix** parmi les 3 outils pour évaluer l'éventualité de grossesse. Elle peut tomber enceinte avant ses prochaines règles. Il faut commencer par utiliser les autres outils dans la mesure du possible.
- La liste de contrôle de grossesse et un test de grossesse sont tous deux des outils extrêmement précis pour exclure l'éventualité de grossesse lorsqu'ils sont utilisés de manière appropriée. **Lorsque la liste de contrôle peut être utilisée, il n'y a aucune raison de préférer un test.**

## Comment et quand utiliser la liste de contrôle de grossesse et les tests de grossesse

Faites coïncider le régime menstruel de votre cliente et la méthode de contraception choisie avec l'une des options ci-dessous et suivez les instructions



1 Voir la [Liste de contrôle de grossesse](#).

2 Pour les implants, indiquer la nécessité de retirer l'implant si la grossesse est confirmée et qu'elle souhaite poursuivre la grossesse.

**Dans les cas où l'éventualité de la grossesse ne peut pas être exclue, proposer une contraception d'urgence si la femme a eu des rapports sexuels non protégés au cours des 5 derniers jours.**

**Conseiller à toutes les femmes de revenir dès lors qu'elles ont une raison de suspecter une grossesse (par exemple, des règles manquées).**

**\* Si la cliente présente des règles tardives ou manquées, utiliser un test de grossesse pour exclure la grossesse.**

En cas d'utilisation d'un test de grossesse très sensible (par exemple, 25 mUI/ml) et qu'il est négatif, fournir la méthode souhaitée.

En cas d'utilisation d'un test de grossesse moins sensible (par exemple, 50 mUI/ml) et qu'il est négatif au moment des règles manquées, attendre au moins 10 jours après la date prévue des règles et répéter le test. Entre-temps, conseiller à la femme d'utiliser le préservatif ou l'abstinence. Si le test est toujours négatif, fournir la méthode souhaitée.

Si la sensibilité du test n'est pas précisée, supposer une sensibilité plus faible.

# Liste de contrôle de grossesse

Posez les questions 1 à 6 à la cliente. Dès que la cliente répond « oui » à une question, arrêtez-vous et suivez les instructions ci-dessous.

NON		OUI
	<b>1.</b> Vos dernières règles ont-elles commencé au cours des 7 derniers jours ?*	
	<b>2.</b> Vous êtes-vous abstenue de rapports sexuels depuis vos dernières règles, votre dernier accouchement, dernier avortement ou dernière fausse couche ?	
	<b>3.</b> Avez-vous utilisé une méthode de contraception fiable de manière constante et correcte depuis vos dernières règles ou votre dernier accouchement, dernier avortement ou dernière fausse couche ?	
	<b>4.</b> Avez-vous eu accouché au cours des 4 dernières semaines ?	
	<b>5.</b> Avez-vous accouché il y a moins de 6 mois, le bébé est allaité entièrement ou presque entièrement et n'avez-vous pas eu de règles depuis ?	
	<b>6.</b> Avez-vous eu un une fausse couche ou un avortement au cours des 7 derniers jours ?*	

\* Si la cliente envisage d'utiliser un DIU au cuivre, le créneau de 7 jours est prolongé à 12 jours.

Si la cliente a répondu **NON** à *toutes les questions*, il n'est pas possible d'éviter l'éventualité de la grossesse à l'aide de la liste de contrôle.  
Éliminer l'éventualité de grossesse par d'autres moyens.

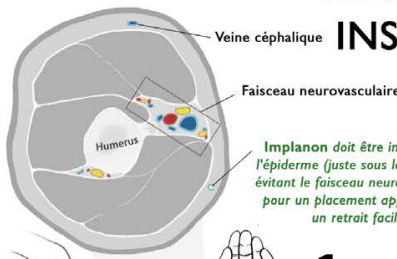
Si la cliente a répondu **OUI** à *au moins une des questions*, vous pouvez être raisonnablement sûr qu'elle n'est pas enceinte.



## Annexe 4: Insertion d'implant à un bâtonnet

**Aide-mémoire 10-4 : Insertion de l'implant à un bâtonnet**

### INSERTION DE L'IMPLANT À UN BÂTONNET



**1** Placer un linge propre et sec sous le bras de la femme, puis placer le bras non dominant avec le coude plié et la main parallèle à l'oreille.

**2** Préparer le site d'insertion avec une solution antiseptique et un champ stérile.

Injecter 1-2 ml de lidocaïne à 1% sous la peau ce qui soulève une papule au point d'insertion et avancer jusqu'à 5 cm le long de la voie d'insertion.

**3** À l'aide de la technique sans contact, retirer l'applicateur stérile jetable de l'implant à un bâtonnet de son emballage thermoformé. Vérifier visuellement la présence de l'implant dans l'aiguille. Retirer le capuchon de l'aiguille. Ne pas incliner l'applicateur vers le bas au risque de faire tomber l'implant hors de l'applicateur.

**4** Tirer la peau près du site d'insertion avec le pouce et l'index.

Perforer la peau avec le trocart à un angle de 20°-30°, et insérer uniquement jusqu'au biseau de l'aiguille.

**5** Abaisser l'applicateur jusqu'à ce qu'il soit parallèle à la surface de la peau, puis faire avancer lentement tout en soulevant la peau afin d'assurer un placement superficiel.

Insérer toute la longueur de l'aiguille sans forcer.

**6** Casser le scellé de l'applicateur.

**7** Tourner l'obturateur à un angle de 90 degrés.

**8** Fixer l'obturateur avec votre main contre le bras de la table.

Avec l'autre main, tirer lentement l'aiguille hors du bras ; ne jamais pousser l'obturateur.

Vérifier que l'implant n'est pas resté dans l'aiguille.

**9** Contrôler par palpation que l'implant est bien en place. Demander à l'utilisatrice de palper les bâtonnets pour confirmer leur présence.

**10** Rapprocher les bords de l'incision et fermer avec du sparadrap chirurgical stérile.

**11** Appliquer un bandage compressif pour éviter tout saignement et minimiser le risque d'ecchymose.

**12** Compléter le dossier et la carte de l'utilisatrice, en indiquant le nom de l'implant qu'elle a reçu ainsi que la durée d'efficacité. Informer la femme qu'elle peut revenir à tout moment pour toute question ou pour faire retirer l'implant.

Illustré par : Erica L. Chin

Marquer la position sur le bras pour l'insertion du bâtonnet, 6 à 8 cm au-dessus du pli du coude.


Veine céphalique  
Faisceau neurovasculaire  
Humerus

Solution antiseptique et bol  
Gants  
Compresses stériles  
Sutures cutanées stériles  
Anesthésique local (concentration à 1% avec ou sans épinéphrine)  
Seringue  
Champ stérile  
Bandage compressif


Implant (aiguille)  
Canule  
Obturateur  
Capuchon  
Joint de l'applicateur  
Support de l'applicateur

Tissu sous-cutané  
Fascia  
Biceps

Client Record Card  
Removal Date: 01/23/17



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE

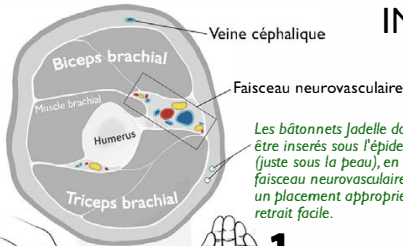


Maternal and Child  
Survival Program

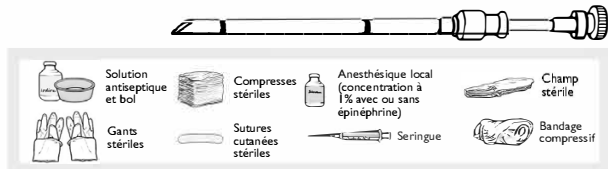
## Annexe 5: Insertion d'implant à deux bâtonnets

### Outil de travail IO - 5 : Insertion de l'implant à deux bâtonnets

#### INSERTION DE L'IMPLANT À DEUX BÂTONNETS



Les bâtonnets Jadelle doivent être insérés sous l'épiderme (juste sous la peau), en évitant le faisceau neurovasculaire, pour un placement approprié et un retrait facile.



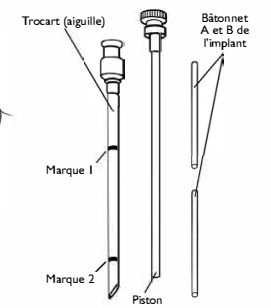
**1** Placer un linge propre et sec sous le bras de l'utilisatrice, puis placer le bras non dominant avec le coude plié et la main parallèle à l'oreille.

Marquer les positions (A) et (B) sur le bras pour l'insertion des bâtonnets, 6 à 8 cm au-dessus de la pliure du coude.

*Illustré par : Erica L. Chin*

**2** Préparer le site d'insertion avec une solution antiseptique et un champ stérile.

Injecter 1-2 ml de lidocaïne à 1% sous la peau ce qui soulève une papule au point d'insertion et avancer jusqu'à 5 cm le long des voies d'insertion.



**3** Tirer la peau près du site d'insertion avec le pouce et l'index.

Perforer la peau avec le trocart à un angle de 20°, puis insérer uniquement le biseau de l'aiguille.

Tissu sous cutané, Fascia, Biceps

**4** Abaisser l'applicateur jusqu'à ce qu'il soit parallèle à la surface de la peau, puis faire avancer lentement tout en soulevant la peau afin d'assurer un placement superficiel.

Avancer le trocart et le piston vers la marque (1) la plus proche de l'embase du trocart.

**5** Retirer le piston tout en maintenant le trocart dans sa position.

Charger le premier bâtonnet (A) avec la pince sans griffes.

**6** Réinsérer le piston et avancer jusqu'à ce qu'une légère résistance soit ressentie.

**7** Tenir le piston fermement en place avec une main, et faire glisser le trocart hors de l'incision jusqu'à ce qu'il atteigne la poignée du piston.

Retirer le trocart et le piston jusqu'à la marque (2) la plus proche de la pointe du trocart (ne pas retirer le trocart de l'incision).

**8** Sur la marque (2), rediriger le trocart à environ 35 cm du premier bâtonnet inséré (A). Faire avancer le trocart et le piston vers (B) jusqu'à la marque (1) et insérer le deuxième bâtonnet (B) en utilisant la même technique (répéter les étapes 5 à 7).

**9** Contrôler par palpation que l'implant est bien en place. Demander à l'utilisatrice de palper les bâtonnets pour confirmer leur présence.

**10** Rapprocher les bords de l'incision et fermer avec du sparadrap chirurgical stérile.

**11** Appliquer un bandage compressif pour éviter tout saignement et minimiser le risque d'ecchymose.

**12** Compléter le dossier et la carte de l'utilisatrice, en indiquant le nom de l'implant qu'elle a reçu ainsi que la durée d'efficacité. Informer l'utilisatrice qu'elle peut revenir à tout moment pour toute question ou pour faire retirer l'implant.

Client Record Card  
Removal Date: #/ /



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE

Maternal and Child  
Survival Program

Ce document a été rendu possible grâce au soutien de l'USAID et du Programme USAID pour la survie de la mère et de l'enfant, et ne représente pas le point de vue de l'USAID ou du Gouvernement des États-Unis.

## Annexe 6 : Retrait d'implant standard

### Retrait standard de l'implant (mise à jour mars 2020)

**Site A:** Emplacement du site d'insertion des systèmes à deux bâtonnets ou d'Implanon NXT avant 2020

**Site B:** Emplacement du site d'insertion d'Implanon NXT mis à jour en 2020

\* L'implant doit être inséré sous l'épiderme (juste sous la peau), au site A ou B.

### Outil de travail 10 - 7 : Retrait standard de l'implant

- Solution antiseptique et bol
- Gants stériles
- Champ stérile
- Anesthésique local (concentration 1% avec ou sans épinéphrine)
- Seringue
- Scalpel
- Pince mosquito courbée
- Pince mosquito droite
- Compresse stériles
- Sutures cutanées stériles
- Bandage compressif

- 1** Localiser l'implant en palpant et en appuyant. Déterminer l'emplacement à l'extrémité distale de l'implant par palpation et le marquer comme site d'incision.

Si vous ne trouvez pas l'implant, rechercher dans les deux sites (A et B) et les deux bras. S'il n'est pas localisé, procéder à un examen poussé.
- 2** Préparer le site d'incision avec une solution antiseptique et un champ stérile.

Injecter 1-2 ml de lidocaïne juste sous l'implant de manière à ne pas l'obscurcir.
- 3** Faire une petite incision (de 2 mm) au niveau de l'extrémité distale et de façon parallèle à l'implant.
- 4** Poussez l'implant vers l'incision jusqu'à ce que la pointe soit visible.
- 5** Saisir l'implant avec une pince mosquito courbée et le retirer lentement.

Tissu sous-cutané  
Fascia  
Triceps
- 6** Si le bout de l'implant n'est pas visible dans l'incision, insérer la pointe d'une pince dans l'incision, saisir l'implant ôter la gaine du tissu fibreux avec le côté mat du scalpel et/ou de la gaze stérile.

Disséquer avec le côté mat du scalpel  
Gaine de tissu fibreux autour de l'implant
- 7** Une fois que l'implant est exposé, le saisir avec la seconde pince Mosquito et retirer lentement l'implant.
- 8** Vérifier que le bâtonnet a été retiré en entier, et le montrer à la cliente.

0 1 2 3 4 cm (Implanon)  
0 1 2 3 4.3 cm (Jadelle)

S'il s'agit d'un système à deux bâtonnets, répéter les étapes 4 à 7 pour retirer le deuxième bâtonnet.
- 9** Fermer le site d'incision avec un ruban adhésif chirurgical stérile (Steri-Strips).
- 10** Appliquer un bandage compressif pour éviter tout saignement et minimiser le risque d'ecchymose.

Ce document a été rendu possible grâce au soutien de l'USAID et du Programme USAID pour la survie de la mère et de l'enfant, et ne représente pas le point de vue de l'USAID ou du Gouvernement des Etats-Unis

## Annexe 7 : Étapes pour l'insertion de dispositifs intra-utérins et aide-mémoire spécifiques

- Rassemblez le matériel :
  - Spéculum
  - Pince circulaire
  - Tasse en métal
  - Pince de Pozzi
  - Hystéromètre
  - Ciseaux
  - Gaze stérile
- Procédez à un examen bimanuel et à la visualisation du col de l'utérus au spéculum pour évaluer la taille et la position de l'utérus et déceler toute anomalie éventuelle du col de l'utérus ou de l'utérus.
- Essayez le col de l'utérus à l'aide d'une solution antiseptique.
- Positionnez délicatement la pince de Pozzi sur le col de l'utérus.
- Stabilisez le col et l'utérus avec la pince de Pozzi, puis enfoncez délicatement l'hystéromètre à travers l'orifice cervical jusqu'à ce qu'il atteigne le fond de la cavité utérine. Veillez à ne pas toucher de la pointe de l'hystéromètre le spéculum ou le vagin (voir l'*Encadré 1 : Technique sans contact*). Il peut être nécessaire de tirer délicatement sur la pince de Pozzi afin de redresser le canal cervical et permettre le passage de l'hystéromètre. Retirez l'hystéromètre et, en vous reportant aux repères, notez la profondeur de l'utérus. Généralement la solution antiseptique laisse sur l'hystéromètre une marque humide ou plus sombre à la profondeur où il se trouvait dans l'utérus. Typiquement, l'utérus mesure entre 6 cm et 9 cm. La plupart des DIU ne peuvent pas être insérés si la profondeur utérine est inférieure à 6 cm ; le prestataire doit se référer aux instructions du fabricant pour des DIU spécifiques. Si la profondeur est supérieure à 10 cm, il est possible que l'hystéromètre ait perforé l'utérus.
- Chargez le DIU dans le tube inserteur de manière stérile. (Voir *Aide-mémoire : Instructions pour le chargement du DIU au cuivre T 380A dans un emballage stérile ; Instructions pour le chargement et l'insertion du DIU au LNG à une main ; Instructions pour le chargement et l'insertion du DIU au LNG à deux mains*).
- Placez l'hystéromètre à côté du DIU et réglez la jauge de profondeur à la profondeur mesurée de l'utérus.
- En stabilisant le col et l'utérus à l'aide de la pince de Pozzi, insérez délicatement le DIU dans son inserteur à travers l'orifice cervical jusque dans l'utérus. Voir *Aide-mémoire : Instructions pour l'insertion du dispositif intra-utérin au cuivre T 380A chargé ; Instructions pour le chargement et l'insertion du DIU-GNL à une main ; Instructions pour le chargement et l'insertion du DIU-GNL à deux mains* pour les instructions sur la façon de libérer le DIU dans l'utérus. L'objectif est de positionner le DIU au fond de la cavité utérine. Retirez l'inserteur une fois le positionnement réussi.
- Couper les fils du DIU à environ 3 cm de l'orifice cervical. Les fils peuvent être coupés plus court, jusqu'à ras avec le col de l'utérus, si la cliente en fait la demande.
- Retirez le spéculum, rassurez la cliente que l'intervention a réussi et s'est déroulée sans complication.
- Laissez la cliente se reposer sur la table d'examen jusqu'à ce qu'elle se sente prête à se rhabiller.

### ENCADRÉ 1 : Technique sans contact

- Ne laissez pas le DIU chargé ou l'hystéromètre toucher une surface non stérile, comme les mains, le spéculum, le vagin ou le dessus de table
- Chargez le DIU dans l'inserteur dans un emballage stérile ; ne touchez pas directement le DIU
- Faites passer l'hystéromètre et le DIU chargé à travers le canal cervical une seule fois

## Aide-mémoire : Instructions pour le chargement du dispositif intra-utérin au cuivre T 380A dans un emballage stérile

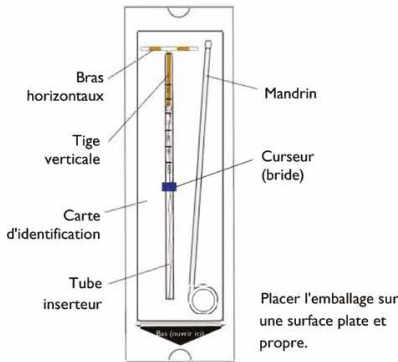
### Outil de travail 6 - 5 : Instructions pour charger le TCU 380A dans l'emballage stérile

# Dispositif intra-utérin au cuivre (TCu)

*\* Ne pas commencer cette procédure plus de 10 minutes avant l'insertion dans l'utérus. Les bras du TCU peuvent ne pas reprendre leur position initiale s'ils sont dans le tube inséreur trop longtemps.*

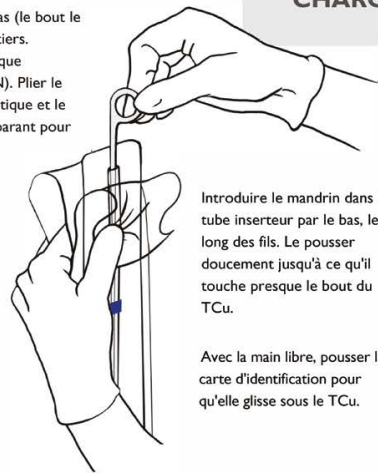
**UTILISER LA  
TECHNIQUE SANS  
TOUCHER TOUT  
AU LONG DU  
CHARGEMENT**

- 1** Ajuster le contenu de l'emballage à travers le plastique. S'assurer que la tige verticale du TCU se trouve complètement à l'intérieur du tube inséreur.



Ouvrir l'emballage par le bas (le bout le plus éloigné du TCU) à un tiers. Ouvrir l'extrémité du plastique transparent (marqué OPEN). Plier le dessus transparent du plastique et le rabat du dessous en les séparant pour préserver la stérilité.

**2**

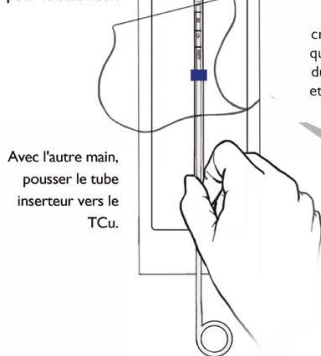


Introduire le mandrin dans le tube inséreur par le bas, le long des fils. Le pousser doucement jusqu'à ce qu'il touche presque le bout du TCU.

Avec la main libre, pousser la carte d'identification pour qu'elle glisse sous le TCU.

**3**

A travers le plastique transparent, placer le pouce et l'index au niveau de l'extrémité des bras horizontaux du TCU pour le stabiliser.

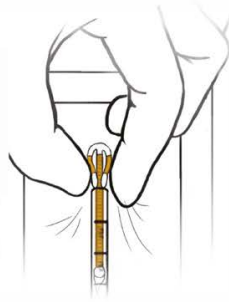


Avec l'autre main, pousser le tube inséreur vers le TCU.

Cette action va créer une pression qui va plier les bras du TCU vers le bas et vers la tige du T.

**4**

Plier les bras suffisamment pour qu'ils touchent les parois du tube inséreur, puis retirer légèrement des bouts des bras.

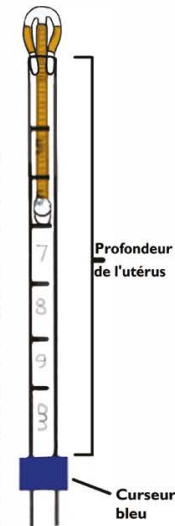


Pousser et tourner doucement le tube applicateur et tournez-le pour qu'il recouvre les bras pliés du T, afin que les deux extrémités se trouvent à l'intérieur du tube.

**5**

Ajuster le curseur bleu de façon que le bord supérieur du curseur corresponde à la profondeur de l'utérus mesuré au préalable. S'assurer que la partie élargie du curseur est parallèle aux bras du DIU.

On peut également utiliser la carte stérile dans l'emballage pour ajuster le curseur à la profondeur de la cavité utérine obtenue préalablement.



**6**

Le TCU est maintenant prêt à être placé dans l'utérus de la femme. Retirer soigneusement le plastique transparent de l'arrière blanc de l'emballage.



Soulever l'inséreur chargé, en le gardant à l'horizontale, pour que le TCU ou le mandrin blanc ne tombent pas.



**USAID**

FROM THE AMERICAN PEOPLE

Maternal and Child  
Survival Program

Source: 'IUD Guidelines for Family Planning Service Programs: A Problem Solving Reference Manual, 3rd edition Jhpigo

Source : Reproduit avec la permission de l'USAID Maternal and Child Survival Program. Long-Acting Reversible Contraceptives Learning Package. Mai 2017.

## Aide-mémoire : Instructions pour l'insertion du dispositif intra-utérin au cuivre T 380A chargé

### Étape 1

- Saisissez la pince de Pozzi (qui est toujours en place sur le col de l'utérus après avoir sondé l'utérus) et tirez fermement dessus pour aligner la cavité utérine et le canal cervical sur le canal vaginal. Enfoncez délicatement le tube inserteur chargé à travers le canal cervical. Gardez l'hystéromètre bleu en position horizontale.
- Enfoncez le DIU chargé jusqu'à ce que l'hystéromètre bleu touche le col de l'utérus ou que vous sentiez le fond de la cavité utérine. Gardez l'hystéromètre bleu en position horizontale.

### Étape 2

- Tenez en place la pince de Pozzi et le poussoir blanc d'une main. De l'autre, retirez (tirez vers vous) le tube inserteur jusqu'à ce qu'il touche la prise de pouce du poussoir blanc. Cela aura pour effet de libérer les bras du DIU au cuivre TCu 380A tout au fond de la cavité utérine.

### Étape 3

- Une fois les bras relâchés, en opérant de nouveau très doucement et avec précaution, poussez le tube inserteur vers le haut, vers le sommet de l'utérus, jusqu'à ce que vous ressentiez une légère résistance. Cette étape garantit que les bras du T sont aussi haut que possible dans l'utérus.
- Maintenez le tube inserteur immobile pendant que vous retirez le poussoir blanc.

### Étape 4

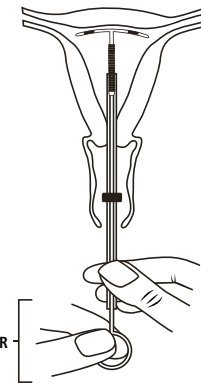
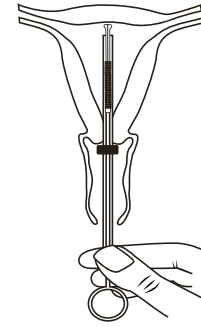
- Retirez doucement et lentement le tube inserteur du canal cervical. Les fils doivent être visibles comme ressortant de l'utérus. Coupez les fils de sorte qu'ils ne sortent que de 3 cm à 4 cm dans le vagin.
- Retirez la pince de Pozzi. Si le col de l'utérus saigne au site de la pince de Pozzi, appliquez un tampon dessus à l'aide d'une pince propre, jusqu'à ce que le saignement cesse.

### Étape 5

- Retirez délicatement le spéculum et placez tous les instruments utilisés dans une solution de chlore à 0,5 % pendant 10 minutes pour la décontamination.

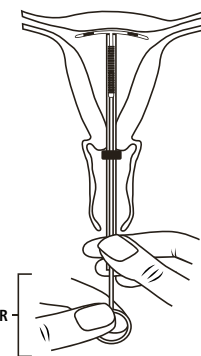
### Étape 6

- Aidez la cliente à se lever de la table très lentement. Surveillez-la au cas où elle aurait des étourdissements ou venait à s'évanouir. Apprenez-lui la manière de vérifier la présence des fils et à quels moments. Demandez-lui de vérifier les fils maintenant. Demandez-lui si elle a d'autres questions et répondez-y dans des termes simples qu'elle peut comprendre. Dites-lui de revenir consulter dans trois à six semaines. Si elle sait lire, donnez-lui des instructions écrites ou indiquez-lui les signes avant-coureurs de problèmes et comment obtenir de l'aide si elle en a besoin.



MAINTENIR  
LE POUSSOIR  
IMMOBILE

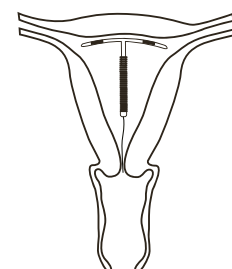
↓  
AVEC  
TUBE



MAINTENIR  
LE POUSSOIR  
IMMOBILE

Cette étape garantit  
que les bras du  
T sont aussi haut  
que possible dans  
l'utérus

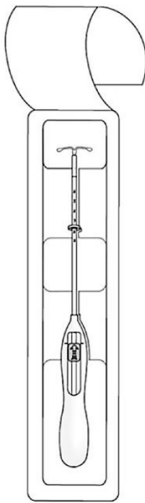
↑  
POUSSER  
LE TUBE VERS  
LE HAUT



## Aide-mémoire : Instructions pour le chargement et l'insertion à une main du dispositif intra-utérin au lévonorgestrel

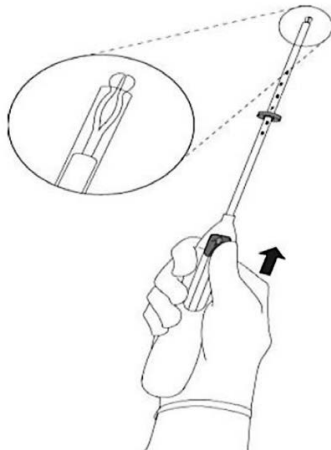
### ÉTAPE 1 : Ouverture de l'emballage stérile

- Ouvrez l'emballage stérile du DIU au LNG.
- Soulevez la poignée de l'inserteur stérile de l'emballage stérile.



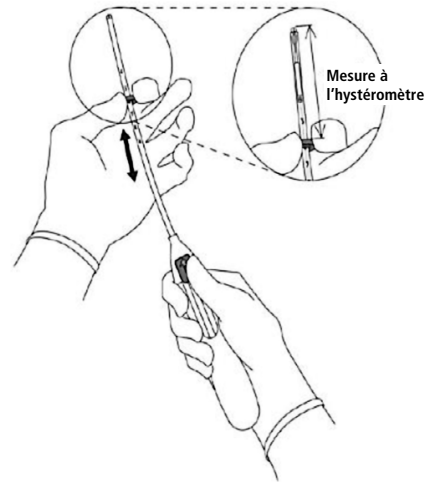
### ÉTAPE 2 : Glissement du curseur tout en haut jusqu'en position de butée

- Remontez le curseur tout en haut jusqu'en position de butée pour charger le DIU au LNG.
- Les extrémités des bras du DIU au LNG se touchent pour former un dôme arrondi qui fait légèrement saillie du tube inserteur.
- Maintenez la pression vers l'avant en appuyant de votre pouce ou de votre index sur le curseur pour éviter de relâcher les fils de façon prématurée.



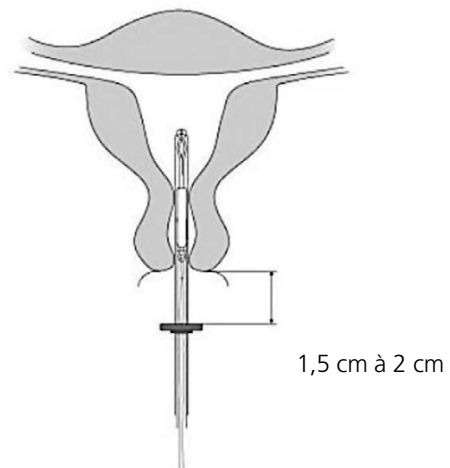
### ÉTAPE 3 : Réglage de la bague sur la profondeur utérine

Tout en maintenant la pression avant sur le curseur, réglez le bord supérieur de la bague pour qu'il corresponde à la profondeur utérine (en centimètres) mesurée à l'aide de l'hystéromètre.



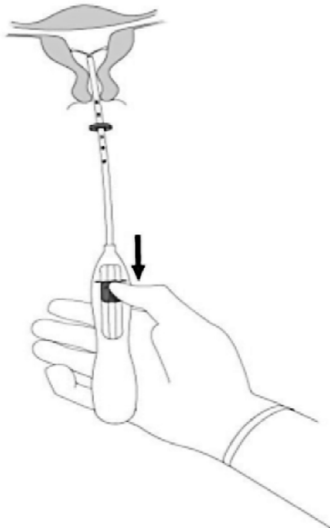
### ÉTAPE 4 : Enfoncement du tube d'insertion

- Tirez légèrement sur la pince de Pozzi pour redresser l'alignement du canal cervical et de la cavité utérine.
- Tout en maintenant le curseur en position avant, enfoncez le tube inserteur chargé à travers le canal cervical jusqu'à ce que le bord supérieur de la bague se trouve à 1,5 cm à 2 cm d'écart de l'orifice cervical.



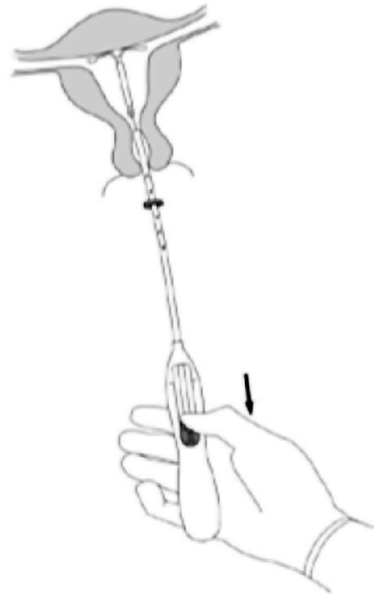
#### ÉTAPE 5 : Déploiement des bras du DIU au LNG

- Tout en stabilisant le tube inserteur, abaissez le curseur jusqu'au repère pour libérer les bras du DIU au LNG.
- Attendez 10 secondes que les bras horizontaux s'ouvrent complètement.



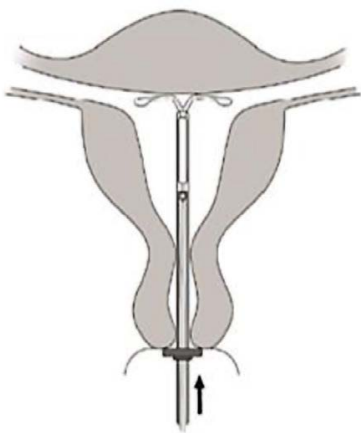
#### ÉTAPE 7 : Relâche du DIU au LNG et retrait de l'inserteur

- En maintenant le tube inserteur parfaitement immobile, relâchez le DIU au LNG en ramenant le curseur tout en bas.
- Maintenez le curseur en bas tout en extrayant délicatement le tube inserteur de l'utérus.



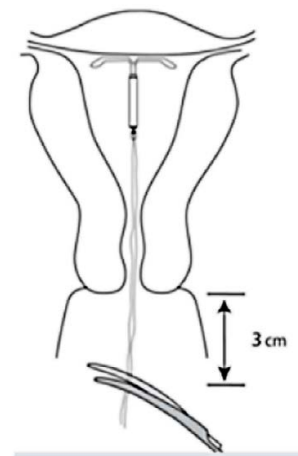
#### ÉTAPE 6 : Mise du DIU en position au fond

- Enfoncez délicatement le tube inserteur dans le fond de la cavité utérine jusqu'à ce que la bague touche le col de l'utérus.
- Le DIU au LNG se trouve maintenant en position au fond de l'utérus.



#### ÉTAPE 8 : Coupe des fils

À l'aide de ciseaux coupants à pointe émoussée, coupez les fils du DIU au LNG perpendiculairement à la longueur du fil en laissant environ 3 cm à l'extérieur du col de l'utérus tandis que les extrémités des fils sont encore dans le tube inserteur.





## Aide-mémoire : Instructions pour le chargement et l'insertion à deux mains du dispositif intra-utérin au lévonorgestrel

### Chargement du DIU au LNG à l'aide de l'inserteur à deux mains

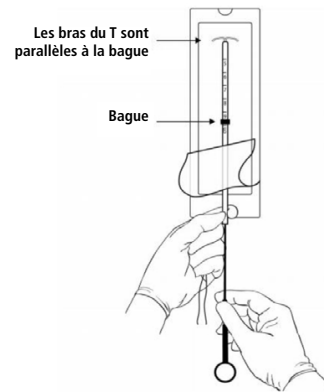
#### ÉTAPE 1 : Ouverture de l'emballage

- Posez la pochette du DIU au LNG sur une surface plate et propre.
- Ouvrez l'emballage par le bas en tirant sur la pellicule en plastique transparent à partir de l'extrémité la plus éloignée du DIU au LNG jusqu'à ce que l'emballage soit ouvert au tiers.



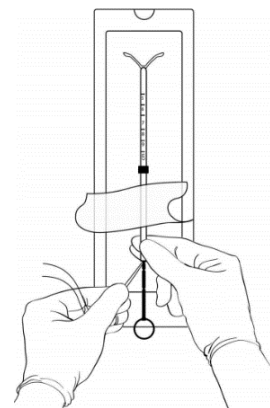
#### ÉTAPE 2 : Dégagement des fils de la bague et insertion du poussoir

- Soulevez les fils de votre main dominante et dégagez-les de la bague.
- Tout en maintenant le tube inserteur et les fils, retirez le poussoir et insérez-le dans le tube inserteur jusqu'à ce que l'extrémité du poussoir se trouve sur le repère à 5 cm.



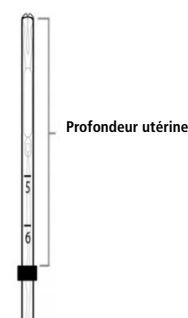
#### ÉTAPE 3 : Chargement du DIU au LNG dans l'inserteur

- Tenez fermement le tube inserteur et le poussoir avec le pouce et l'index de la main dominante.
- De l'autre main, saisissez les fils et tirez doucement et régulièrement sur le DIU pour le faire pénétrer dans le tube inserteur jusqu'à ce que les pointes arrondies des bras latéraux forment un dôme hémisphérique au sommet du tube et que la pointe du poussoir touche le bas du DIU au LNG. Le dôme hémisphérique facilite le passage en toute sécurité à travers l'orifice cervical.



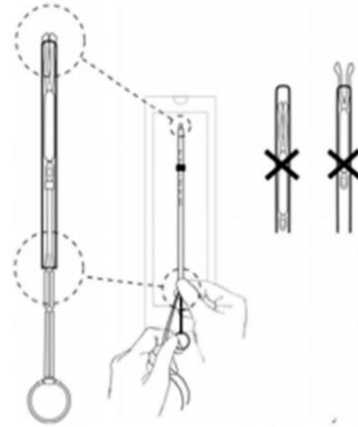
#### ÉTAPE 4 : Réglage de la bague sur la profondeur utérine

- Ajustez l'extrémité supérieure de la bague pour qu'elle corresponde à la profondeur utérine mesurée par l'hystéromètre.



### ÉTAPE 5 : Vérification du positionnement final du DIU

- Le DIU au LNG doit être positionné dans le tube de sorte que les pointes arrondies des bras latéraux forment un dôme hémisphérique.
- Le haut du poussoir touche le bas du DIU.
- Les fils pendent de l'extrémité du tube inserteur.
- La bague marque la profondeur de l'utérus.
- L'extrémité proximale du tube inserteur se situe à peu près au haut de la première encoche du poussoir.



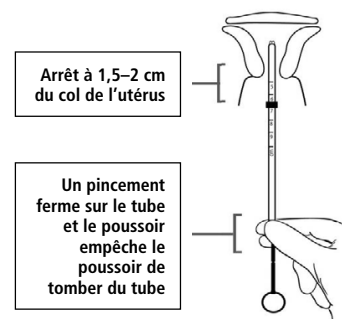
### ÉTAPE 6 : Retrait du tube inserteur du paquet

- Sortez de l'emballage le tube inserteur du DIU chargé tout en maintenant l'extrémité inférieure du tube fermement entre vos doigts et votre pouce.
- Si vous ne portez pas de gants stériles, ne touchez pas la bague ni la moindre partie du tube inserteur au-dessus de la bague pendant cette étape et pendant la procédure d'insertion du DIU.

## Insertion du DIU au LNG à l'aide de l'inserteur à deux mains

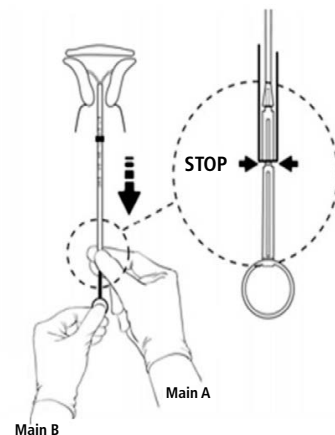
### ÉTAPE 1 : Insertion du DIU au LNG dans l'utérus

- Tirez légèrement sur la pince de Pozzi pour redresser l'alignement du canal cervical et de la cavité utérine.
- Enfoncez le tube inserteur chargé du DIU au LNG à travers le canal cervical jusqu'à ce que le bord supérieur de la bague se situe à environ 1,5 cm à 2 cm du col de l'utérus.
- N'enfoncez PAS la bague jusqu'au col de l'utérus à cette étape.



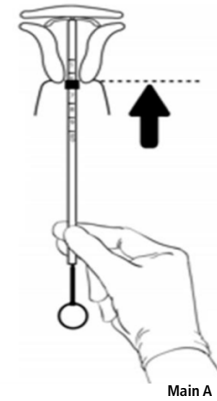
### ÉTAPE 2 : Déploiement des bras du DIU au LNG dans l'utérus

- Relâchez la pince de Pozzi.
- Tenez le tube inserteur avec les doigts d'une main (Main A) et le poussoir avec les doigts de l'autre main (Main B).
- Relâchez la pression de pincement sur le tube, ET RETIREZ LE TUBE INSERTEUR avec la main A jusqu'au bord de la deuxième encoche (inférieure) sur le poussoir.
- Attendez 10 à 15 secondes pour que les bras du DIU s'ouvrent complètement.



### ÉTAPE 3 : Enfoncement du DIU au LNG jusqu'au fond de la cavité utérine

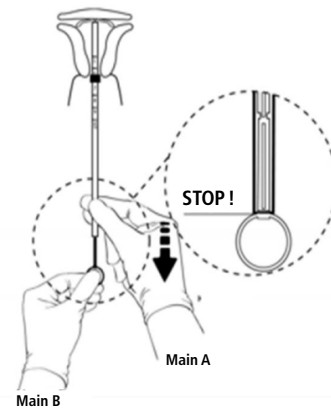
- Appliquez une légère traction à l'aide de la pince de Pozzi.
- Avec la Main A tenant toujours l'extrémité proximale du tube, enfoncez le tube inserteur (avec le poussoir encore à l'intérieur) jusqu'au fond de la cavité utérine.
- Vous sentirez une légère résistance lorsque le DIU au LNG se trouvera au fond de la cavité utérine.
- La bague doit toucher le col de l'utérus lorsque le DIU au LNG atteint le fond de la cavité utérine.



### ÉTAPE 4 : Relâche du DIU au LNG et retrait de l'inserteur

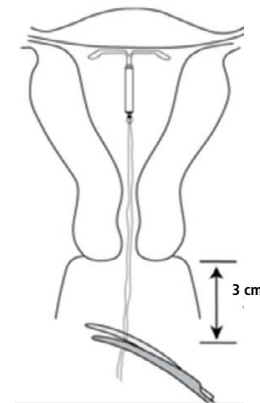
- Tenez le poussoir immobile avec la main B tout en tirant sur le tube inserteur vers l'arrière avec la main A jusqu'à la bague sur le poussoir.
- Tout en tenant le tube inserteur de la main A, retirez le poussoir du tube inserteur pour l'en extraire complètement.
- Retirez le tube inserteur jusqu'à ce que le tube se trouve à 3–4 cm de l'orifice cervical, tout en veillant à maintenir l'extrémité des fils à l'intérieur du tube inserteur.

**Le retrait du poussoir d'abord, puis du tube empêche l'extraction du DIU au LNG de l'utérus.**



### ÉTAPE 5 : Coupe des fils

- À l'aide de ciseaux coupants à pointe émoussée, coupez les fils du DIU au LNG perpendiculairement à la longueur du fil en laissant environ 3 cm à l'extérieur du col de l'utérus tandis que les extrémités des fils sont encore dans le tube inserteur (la coupe des fils en diagonale risque de laisser des extrémités coupantes).
- N'appliquez pas de tension artérielle ni de traction sur les fils au moment de les couper afin d'éviter de déplacer le DIU au LNG.



Source: Training Resource Package for Family Planning [site Internet]. <https://www.fptraining.org/training>

## Annexe 8: Marche à suivre par la cliente qui a oublié de prendre une pilule contraceptive

### Si vous oubliez de prendre votre pilule

Dès que vous vous en rappelez, commencez toujours par prendre une pilule et continuez à faire de même une fois par jour.

Aussi...



Si vous oubliez de prendre votre pilule 3 jours ou plus d'affilée ou si vous commencez une tablette avec 3 jours ou plus de retard :

Utilisez le préservatif ou évitez les rapports sexuels pour les 7 jours suivants



Si vous oubliez ces 3 pilules ou plus d'affilée au cours de la semaine 3 :

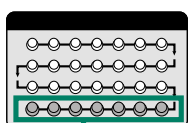
Utilisez le préservatif ou évitez les rapports sexuels pour les 7 jours suivants

Aussi, sautez les pilules non hormonales (ou sautez la semaine sans pilules) et entamez une tablette neuve sans plus attendre



Si vous oubliez des pilules non hormonales (7 dernières pilules dans les boîtes de 28 pilules seulement) :

Jetez les pilules oubliées et continuez de prendre votre pilule, une fois par jour



# Chapitre 5 : Soins d'avortement

## sommaire

<b>1. Introduction</b>	<b>167</b>
1.1 Définition	167
1.2 Considérations légales	168
1.3 Principes directeurs	169
1.4 Exigences applicables aux prestataires de services d'avortement	170
<b>2. Soins pré-avortement</b>	<b>170</b>
2.1 Anamnèse et examen	170
2.2 Autres analyses	172
2.3 Informations, conseil et consentement éclairé	172
2.4 Contrôle de la douleur	173
<b>3. Les méthodes d'avortement</b>	<b>175</b>
3.1 Options recommandées pour un avortement médicamenteux et un avortement chirurgical	175
3.2 Avortement médicamenteux	178
3.3 Avortement chirurgical	180
<b>4. Soins après avortement</b>	<b>182</b>
4.1 Protocole après intervention	182
4.2 Suivi	182
4.3 Prise en charge des complications	183



# sommaire (suite)

<b>5. Contraception post-avortement</b>	<b>186</b>
<b>6. Approche de réduction des risques</b>	<b>186</b>
<b>Bibliographie</b>	<b>187</b>
7.1 Ressources	187
<b>Annexes</b>	<b>189</b>
Annexe 1 : Technique de réalisation d'un bloc paracervical	189
Annexe 2 : Technique de réalisation d'une aspiration intra-utérine	190
Annexe 3 : Technique de dilatation et évacuation	191



## 1. Introduction

Une démarche qui vise à assurer la bonne santé et à progresser vers la réalisation des droits humains pour tous nécessite que les individus aient accès à des soins de qualité, qui incluent des soins complets en cas d'avortement, qui comprennent la fourniture d'informations, la prise en charge du processus d'avortement et la prestation de soins post-avortement. Le manque d'accès à des soins d'avortement sûrs, en temps utile, abordables et respectueux pose non seulement des risques physiques, mais aussi des risques psychologiques et sociaux, qui nuisent au bien-être des personnes qui cherchent à avorter.

L'objectif de ce chapitre est de fournir des recommandations fondées sur des bases factuelles concernant l'ensemble du processus d'avortement, y compris la période pré-avortement, l'avortement à proprement parler et les soins post-avortement.

### 1.1 Définition

L'avortement peut être spontané (appelé aussi fausse couche) ou provoqué (appelé aussi interruption volontaire de grossesse). L'avortement peut être provoqué de manière chirurgicale (par exemple par aspiration intra-utérine ou par dilatation et évacuation [D&E]) ou de manière médicamenteuse (par exemple en utilisant un antiprogestatif avec des prostaglandines ou des prostaglandines seules).

L'interruption volontaire de grossesse est une procédure courante dans le monde entier et l'une des interventions médicales les plus sûres lorsqu'elle est pratiquée par des personnes qualifiées utilisant le matériel approprié ou des médicaments d'avortement de qualité, la technique correcte, et dans le respect des normes sanitaires. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'avortement médicamenteux peut également être autogéré de manière sûre et efficace par les clientes, sans la supervision d'un prestataire de soins de santé [1].

Chaque année, on estime que 25 millions d'avortements non sécurisés sont pratiqués dans le monde, la quasi-totalité d'entre eux dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. Entre 4,7 % et 13,2 % des décès maternels peuvent être attribués à des avortements non sécurisés [2].

### Sigles et abréviations

<b>AEIU</b>	aspiration électrique intra-utérine
<b>AINS</b>	médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens
<b>AMIU</b>	aspiration manuelle intra-utérine
<b>D&amp;E</b>	dilatation et évacuation
<b>DIU</b>	dispositif intra-utérin
<b>IPPF</b>	Fédération internationale pour la planification familiale
<b>IST</b>	infection sexuellement transmissible
<b>MGF</b>	mutilations génitales féminines
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la Santé
<b>VSBG</b>	violences sexuelles et basées sur le genre

Des soins complets en cas d'avortement peuvent être fournis par diverses voies, y compris des soins en établissement de santé ainsi que par des modèles de soins hors établissement de santé. Les voies d'accès aux soins hors établissement de santé comprennent, par exemple, des interventions de santé numériques, la fourniture à domicile d'un avortement médicamenteux ou des soins auto-administrés encadrés. Dans un nombre croissant de pays, les conseils ne limitent plus la prestation de soins d'avortement uniquement à des établissements de santé agréés : les professionnels de santé, les cliniques et les organisations peuvent donc innover et avoir recours à de nouveaux modèles de soins pour accroître la portée et l'accès à un plus grand nombre de femmes, en particulier celles qui peuvent avoir des difficultés à accéder à des soins en établissement de santé en raison de leur éloignement géographique ou du fait d'autres problèmes. Grâce à l'adaptation des modèles existants de prestation de soins de santé et à l'introduction de nouvelles voies d'accès aux soins, il est possible d'adopter une approche plus centrée sur les clients dans le cadre de soins d'avortement, qui permet aux femmes et aux filles et aux personnes qui peuvent devenir enceintes\* de procéder à une interruption de grossesse de la manière la mieux adaptée à ses circonstances et préférences personnelles (voir *Chapitre 1 : Principes directeurs et approches* pour plus d'informations sur l'inclusivité).

\* Les présentes lignes directrices concernent les femmes et les filles et toutes les personnes qui peuvent devenir enceintes, y compris les personnes intersexuées, les hommes et les garçons transgenres et les personnes ayant diverses identités de genre qui peuvent avoir la capacité reproductive de devenir enceintes et d'avoir un avortement. Aux fins de ces lignes directrices, toute référence à des « femmes » et des « filles » désignent toutes les personnes qui ont la capacité de devenir enceintes.



### Les soins complets d'avortement incluent :

- Une planification des soins qui est durable, accessible, décentralisée et plus proche des personnes, abordable et acceptable, et qui répond aux besoins des jeunes et d'autres groupes ; cette planification doit inclure la mise en œuvre de différentes voies d'accès aux soins, y compris les soins en établissement de santé, la télésanté, les soins à domicile et le soutien aux soins autogérés.
- Une structuration des soins de sorte qu'ils sont centrés sur les clients et offerts sur la base des droits humains et des principes d'égalité de genre ; en outre, les efforts de prestation de soins de santé doivent être transformateurs en matière de genre et non stigmatisants.
- Un conseil et un accompagnement compatissants, répondant aux besoins physiques et psychologiques de la personne, y compris l'accès à d'autres soins de santé sexuelle et reproductive, tels que le dépistage (par exemple d'infections sexuellement transmissibles [IST], de violences basées sur le genre), un conseil en contraception et la fourniture de contraceptifs afin de permettre la mise en route immédiate de la contraception après l'avortement, si demandée.
- Des prestataires d'avortement compétents utilisant des technologies sûres, telles que l'aspiration intra-utérine ou des schémas thérapeutiques médicamenteux, pour assurer le succès de l'avortement et la prise en charge des complications, y compris l'orientation vers d'autres soins de santé, le cas échéant.
- Des soins de suite, qu'ils soient nécessaires ou désirés, y compris la contraception (si elle n'est pas fournie au moment de l'avortement) et la prise en charge des complications conformément aux recommandations actuelles fondées sur des bases factuelles.

## 1.2 Considérations légales

La grande majorité des femmes vivent dans des pays où l'avortement est légalement disponible dans au moins une circonstance. En 2019 :

- 5 % des femmes (90 millions) vivent dans des pays qui interdisent l'avortement en toutes circonstances
- 36 % des femmes (596 millions) vivent dans des pays où l'avortement n'est autorisé que pour sauver la vie d'une femme ou préserver sa santé
- 59 % des femmes (976 millions) vivent dans des pays où l'avortement est autorisé pour des raisons sociales ou économiques d'ordre général ou à la demande [3]

Dans les pays où l'avortement est autorisé à la demande de la personne enceinte, la plupart imposent des limites à l'âge gestationnel.

Dans les pays qui n'autorisent l'avortement que dans des circonstances spécifiques, il s'agit des suivantes :

- pour sauver la vie de la personne enceinte (dans certains pays, il s'agit de l'unique circonstance où l'avortement est légal)
- pour préserver la santé de la personne enceinte (principalement la santé physique et/ou mentale)
- en cas de grossesse résultant d'un viol ou d'un inceste
- en cas de malformation du fœtus
- pour des motifs économiques et sociaux

Dans certains pays ou dans certains contextes, l'avortement est légal, mais l'accès aux soins d'avortement est limité, ce qui signifie que des formalités administratives complexes ou des directives cliniques surmédicalisées doivent obligatoirement être observées avant que l'avortement puisse être pratiqué, même si les critères fondamentaux de légalité sont satisfaits. Ces types de restrictions peuvent limiter et retarder l'accès aux soins en matière d'avortement. Il peut s'agir d'imposer une période d'attente obligatoire, d'obliger à passer une échographie, d'accorder au prestataire le droit de refuser de pratiquer un avortement et d'exiger l'autorisation d'un tiers (par exemple, un conjoint, un parent ou un juge). En outre, les limitations de la prestation de soins de santé peuvent restreindre l'accès à l'avortement légal, comme l'obligation de dispenser des soins en milieu hospitalisé, la restriction des types de prestataires habilités à fournir des soins d'avortement et la nécessité d'infrastructures ou d'équipements spécialisés.

Or souvent ces exigences n'ont plus lieu d'être, ne sont pas fondées sur des bases factuelles et ne contribuent pas à la sécurité de l'avortement, mais favorisent plutôt sa stigmatisation. Dans la mesure où plus il est pratiqué tôt au cours de la grossesse, moins l'avortement est à risque, toutes les exigences inutiles de retarder les soins peuvent accroître le risque de complications [4,5]. En outre, elles peuvent contribuer à retarder et à empêcher l'accès à des soins dans la limite de la légalité, en raison des limites de l'âge gestationnel.

Les lignes directrices de l'OMS recommandent la dépénalisation complète de l'avortement, la mise à disposition de l'avortement à la demande de l'individu sans l'autorisation de quiconque d'autre et que l'accès et la continuité des soins complets d'avortement soient protégés contre les obstacles créés





par l'objection de conscience. Les lignes directrices de l'OMS recommandent également de s'opposer aux lois et autres réglementations qui restreignent l'avortement fondées sur des motifs et à celles qui interdisent l'avortement sur la base de limites de l'âge gestationnel; les lignes directrices recommandent également de s'opposer aux périodes d'attente obligatoires et à toute réglementation dictant qui peut pratiquer et prendre en charge l'avortement qui est incompatible avec les lignes directrices de l'OMS [1].

### 1.3 Principes directeurs

La Fédération internationale pour la planification familiale (l'IPPF) s'est engagée à adopter une approche fondée sur les droits et centrée sur les clients afin de garantir le plein accès aux soins liés à l'avortement sécurisé comme faisant partie d'un ensemble intégré de soins de santé sexuelle et reproductive et de réduire ainsi la morbidité et la mortalité maternelles entièrement évitables associées à l'avortement non médicalisé. Par conséquent, l'IPPF défend :

- le droit de tous les individus de décider du nombre et de l'espace des naissances de leurs enfants
- le droit d'une personne enceinte de déterminer l'issue de sa grossesse, y compris l'accès à un avortement sécurisé et à des soins après avortement

L'IPPF soutient la fourniture de soins complets d'avortement selon l'interprétation la plus libérale des lois et politiques nationales. En conséquence :

- Les prestataires de soins de santé devraient faire tout leur possible pour faire appliquer pleinement la loi dans le pays où ils travaillent par l'adoption d'une approche libérale, fondée sur les droits et centrée sur les clients, et la traduire dans la pratique. Les prestataires de soins de santé devraient viser à réduire voire supprimer tous les obstacles inutiles qui ne sont pas fondés sur des bases factuelles pour améliorer l'accès aux soins reçus par les clientes et en garantir la sécurité et la qualité globales.
- Les clientes ont droit à obtenir des informations exactes et fondées sur des bases factuelles au sujet de leur santé et de leur traitement afin d'éclairer au mieux leur prise de décision. Dans certains contextes, des informations exactes peuvent constituer une approche de « réduction des risques » à l'égard des soins.
- Dans tous les pays, la fourniture de soins post-avortement – y compris le traitement pour avortement incomplet – est légale et, par conséquent, les prestataires de soins de santé devraient, au minimum, fournir des soins post-avortement.

En ce qui concerne l'accès aux soins en matière d'avortement :

- Les personnes enceintes devraient avoir accès à des informations et à des conseils complets et exacts sur toutes les options possibles pour leur grossesse et bénéficier d'un soutien pour faire les choix qui conviennent le mieux à leur situation.
- Lorsqu'une personne a décidé de se faire avorter, elle doit le faire le plus tôt possible et sans délai (plus elle accède tôt à des soins, plus elle dispose d'options médicamenteuses et chirurgicales, moins elle court le risque de tomber en dehors des restrictions légales sur l'âge gestationnel et plus l'intervention est sûre).
- Les voies disponibles en matière de soins d'avortement et la sécurité et la qualité des méthodes d'avortement sont expliquées à la cliente, en lui procurant amplement l'occasion de poser des questions, de discuter et d'obtenir des clarifications.
- Les soins d'avortement sont fournis en adoptant une approche centrée sur les clients, qui respecte le choix de la cliente en matière de méthode et de voie de soins d'avortement et tous les efforts sont déployés pour fournir et/ou faciliter ces soins d'avortement.
- Les prestataires de soins de santé doivent connaître clairement les voies d'orientation pour la fourniture de soins d'avortement – s'ils ne sont pas disponibles localement, de même que les procédures de prise en charge des complications.

Lorsqu'il existe des lignes directrices nationales, tous les efforts doivent être entrepris pour tenir compte des bases factuelles et des bonnes pratiques, afin d'améliorer l'accès et d'assurer la sécurité, tout en simplifiant les soins de santé dispensés dans la mesure du possible. L'IPPF prône le partage des tâches, dans le but de démedicaliser l'avortement et d'optimiser l'utilisation des ressources humaines disponibles pour s'assurer que les clientes reçoivent des soins d'avortement opportuns et de haute qualité.



## 1.4 Exigences applicables aux prestataires de services d'avortement

Chaque directeur d'établissement de santé et chaque prestataire de soins de santé doit être au courant :

- des lois, politiques, réglementations et lignes directrices locales et nationales en matière de soins liés à l'avortement, y compris le type de méthodes sûres d'avortement qui sont disponibles (qui dépendent également des compétences des prestataires et des installations/équipements et formations disponibles) et des voies d'accès aux soins autorisées (par ex. en établissement de santé, télémédecine, auto-administration à domicile)
- des politiques, procédures, normes et bonnes pratiques de son organisation et de son organisme professionnel pour la fourniture, la documentation, l'établissement de rapports, l'audit et le suivi des orientations de soins de santé
- de la politique de l'organisation
- des circonstances et des moyens pour détecter, orienter et suivre une cliente qui a besoin de soins d'avortement spécialisés ou de niveau supérieur, par exemple une intervention chirurgicale, en cas de complications graves

### 1.4.1 Besoins en personnel

Dans un établissement de santé qui fournit des soins liés à l'avortement, il convient de former un nombre suffisant de membres du personnel possédant une combinaison de compétences appropriée et de les évaluer comme étant compétents pour :

- conseil
- déterminer les critères d'éligibilité à la méthode d'avortement et à la contraception (établissement de l'âge gestationnel et des pathologies cliniques)
- procéder à un examen clinique et des analyses en laboratoire, si nécessaire
- effectuer des échographies et/ou savoir quand orienter la cliente pour en avoir une, si nécessaire
- réaliser des interventions d'avortement chirurgical et/ou médicamenteux
- assurer le contrôle de la douleur
- assurer le contrôle des infections et le traitement des instruments
- fournir des soins après avortement
- repérer et gérer les urgences médicales
- assurer les soins de suite pour les clientes

## 2. Soins pré-avortement

### 2.1 Anamnèse et examen

La première tâche pour le prestataire de soins de santé consiste à établir un rapport avec la cliente, afin de déterminer la raison de sa consultation et de procéder à une évaluation clinique (voir [Chapitre 2 : Conditions nécessaires relatives à l'établissement de santé, antécédents et examen des clients](#) et [Chapitre 3 : Conseil](#)).

En plus de l'anamnèse et de l'examen systématiques recommandés pour tous les soins de santé, les étapes suivantes sont à effectuer pendant l'évaluation clinique :

1. Calcul correct de l'âge gestationnel : c'est ce qui détermine le mode de prise en charge et la préparation à l'avortement (voir [Encadré 1](#) et [Tableau 2](#)):
  - Confirmation de la grossesse en cas de doutes de la cliente (utiliser la procédure décrite au [Chapitre 9 : Santé maternelle, Annexe 2](#)).
  - Calcul de l'âge gestationnel : celui-ci peut généralement être déterminé soit seulement en fonction du premier jour des dernières règles, soit en combinaison avec l'utilisation d'un outil de validation. En cas de doute sur la date des dernières règles, un examen physique (examen abdominal/bimanuel) peut être

#### ENCADRÉ 1 : Pourquoi une bonne évaluation de l'âge gestationnel est importante avant l'avortement

- Le risque de complications liées à l'avortement augmente avec l'âge gestationnel.
- Les prestataires doivent avoir des compétences et du matériel supplémentaires pour un âge gestationnel plus avancé.
- Le schéma posologique d'un avortement médicamenteux doit être ajusté à l'âge gestationnel afin de réduire les risques d'échec de l'intervention (en raison de doses insuffisantes) ou de surstimulation utérine (en raison de fortes doses de misoprostol) (voir le [Tableau 3](#) pour les schémas posologiques).
- L'avortement chirurgical après 12 à 14 semaines de grossesse nécessite une intervention de préparation du col de l'utérus. Il est toutefois possible d'envisager de procéder à la préparation du col de l'utérus pour un avortement chirurgical avant 12 semaines chez une cliente qui présente des conditions spécifiques (par exemple, jeune âge et nulliparité, interventions cervicales antérieures, risque global plus élevé de complications d'avortement) ou s'il est effectué par un prestataire moins expérimenté.



utilisé. Le recours systématique à l'échographie n'est pas nécessaire ni recommandé pour fournir des soins d'avortement provoqué [1]. Cependant, dans certaines situations cliniques pour déterminer la localisation de la grossesse et/ou l'âge gestationnel, il peut être nécessaire de procéder à des analyses supplémentaires, y compris une échographie et/ou de prendre le taux de l'hormone gonadotrophine chorionique humaine (hCG) dans le sérum (voir [Section 2.2](#)).

2. Détection de tout problème médical coexistant susceptible de nécessiter la prise en compte de soins supplémentaires ou la recommandation d'un type d'intervention plutôt que d'un autre :

- Prenez les antécédents médicaux et obstétricaux de la cliente, ses antécédents de pathologie gynécologique et d'intervention chirurgicale. Notez en particulier ce qui suit :
  - Un accouchement antérieur par césarienne n'est pas une contre-indication à une interruption volontaire de grossesse. Des accouchements antérieurs par césarienne ou des cicatrices utérines classiques nécessitent des soins supplémentaires dans les circonstances suivantes : (a) lors de l'évacuation chirurgicale, en particulier à un âge de grossesse plus avancé en raison du risque de perforation ; et (b) pendant les procédures médicamenteuses, en raison d'un risque accru de rupture utérine. Plusieurs accouchements antérieurs par césarienne peuvent augmenter les risques d'avortement chirurgical ou médicamenteux en raison du risque d'implantation dans la cicatrice utérine conduisant à un risque d'hémorragie.
  - Les fibromes peuvent augmenter la taille de l'utérus à l'examen et nuire à la fiabilité de l'évaluation de l'âge gestationnel. S'ajoute à cela une faible possibilité que des fibromes sous-muqueux puissent déformer la cavité utérine et rendre ainsi plus difficiles l'intervention chirurgicale.
  - En présence de malformations utérines ou de distorsions sévères de la cavité utérine, un avortement médicamenteux peut être préférable à une évacuation chirurgicale, ou une intervention chirurgicale peut nécessiter un guidage échographique.
  - Des antécédents d'interventions cervicales peuvent rendre la dilatation cervicale plus difficile et nécessiter une préparation supplémentaire (voir les informations sur la préparation du col de l'utérus à l'[Encadré 1](#) – page précédente).
  - Des antécédents ou la présence de pathologies qui accroissent le risque d'implantation extra-utérine,

y compris des grossesses ectopiques antérieures, des antécédents de maladie pelvienne inflammatoire ou d'intervention chirurgicale abdominale, de grossesse avec un dispositif intra-utérin (DIU) en place ou des symptômes tels que des saignements vaginaux/spotting ou des douleurs pelviennes unilatérales.

- Notez toute pathologie coexistante comme le diabète, l'hypertension, l'asthme, une maladie cardiaque, un trouble de la coagulation, la porphyrie ou des antécédents d'allergie à des médicaments.

3. Autres points à aborder au cours de l'évaluation clinique :

- *Risque actuel d'IST, y compris le VIH* : Fournir des informations sur les avantages d'un dépistage. Si la cliente consent au dépistage et si celui-ci produit un résultat d'IST active ou de positivité au VIH, fournissez un traitement avec des informations sur ses avantages, mais ne retardez pas l'accès à l'avortement. Si la cliente a une IST active, le fait de commencer par traiter l'IST avant d'effectuer une intervention chirurgicale peut éviter une infection ascendante (voir [Chapitre 6 : Infections sexuellement transmissibles](#) et le [Chapitre 7 : VIH](#)). Néanmoins, l'intervention ne doit pas être retardée si l'accès à l'avortement est difficile et que le traitement peut être commencé le jour même de l'intervention.
- *Utilisation actuelle de contraception, le cas échéant* : Il se peut que la cliente ait utilisé correctement une méthode contraceptive, mais que celle-ci ait échoué. C'est l'occasion de discuter avec elle de ses options contraceptives. Si un DIU est en place, il faut commencer par le retirer avant de procéder à un avortement médicamenteux.
- *Violences sexuelles et basées sur le genre (VSBG) et mutilations génitales féminines (MGF)* : Tout contact avec un prestataire dans un établissement de santé sexuelle et reproductive est l'occasion de détecter les personnes victimes de VSBG. Le prestataire doit donc être vigilant à des signes de VSBG. Pour les clientes présentant des MGF de type III, il convient de suggérer une désinfibulation. Celle-ci peut être effectuée en même temps que l'avortement chirurgical, dans le cas où il s'agit de la procédure retenue (voir [Chapitre 10 : Violences sexuelles et basées sur le genre](#)).
- *Médicaments et allergies* :
  - Il faut exclure toute allergie à la mifépristone ou au misoprostol. Si l'allergie est confirmée, il faut envisager une intervention chirurgicale et/ou un autre traitement médicamenteux ou une préparation du col de l'utérus, si nécessaire.



- S'ils sont pris régulièrement, les médicaments utilisés pour traiter l'épilepsie et la tuberculose, les antirétroviraux ou les corticostéroïdes peuvent réduire l'efficacité de la mifépristone.

## 2.2 Autres analyses

Aucune autre analyse systématique n'est nécessaire pour la réalisation d'un avortement sécurisé au cours du premier trimestre, mais les tests supplémentaires suivants peuvent être proposés :

- Le facteur Rhésus doit être établi, si possible, et des anti-D prescrits pour les clientes dont le groupe sanguin est à rhésus négatif si elles optent pour une évacuation chirurgicale ou un avortement médicamenteux à plus de 12 semaines. L'intervention ne doit cependant pas être remise à plus tard si ces ressources (facteur Rhésus et anti-D) ne sont pas disponibles.
- Des prises de sang pour vérifier l'hémoglobine peuvent être effectuées en cas de suspicion clinique d'anémie. Si le taux d'hémoglobine de la cliente est inférieur à 8 g/dl, il faut envisager de la traiter ou de l'orienter vers un établissement de santé de niveau supérieur.
- L'échographie n'est pas recommandée ni requise de manière systématique, à moins qu'il n'y ait des préoccupations ou qu'il ne faille confirmer l'âge gestationnel, comme dans les situations énumérées ci-dessous. Veillez toutefois à éviter tout retard indu de l'intervention pour cette raison.
  - La cliente ne se souvient pas de la date de ses dernières règles ou a des règles irrégulières, par exemple en raison de l'utilisation de contraceptifs progestatifs ou d'allaitement, et un examen physique ne parvient pas à déterminer l'âge gestationnel.
  - L'âge gestationnel tel que déterminé par la date des dernières règles ne correspond pas à la taille de l'utérus établie par un examen bimanuel.
  - On suspecte une grossesse extra-utérine basée sur les facteurs de risque ou sur la taille de l'utérus plus petite par rapport à l'âge gestationnel.
  - Autres pathologies (par ex. fibromes).

## 2.3 Informations, conseil et consentement éclairé

### 2.3.1 Informations et conseil

Comme dans le cas de toute intervention et de tous soins, l'obtention du consentement éclairé est indispensable (voir [Chapitre 3 : Conseil](#)).

### Contraception post-avortement

Il est recommandé aux prestataires de soins de santé de discuter de la contraception post-avortement avec la cliente. La cliente doit être avisée que sa fécondité peut revenir dès 8 jours après un avortement précoce, l'ovulation se produisant dans le mois suivant un avortement au premier trimestre chez 90 % des clientes (voir [Section 5 : Contraception post-avortement](#)). Si la cliente choisit une méthode contraceptive, il convient de fournir la méthode contraceptive, de délivrer une ordonnance, de procéder à la pose ou de prendre un rendez-vous pour la pose si nécessaire, le cas échéant. Pour autant, jamais l'acceptation d'une contraception post-avortement ne doit être une obligation pour fournir des soins d'avortement.

Le conseil ne doit jamais être imposé, toutefois, toute personne envisageant un avortement devrait avoir accès à un conseil complet, non directif et d'accompagnement, qui répond à ses besoins personnels, à ses circonstances et à son milieu culturel. Toute cliente devrait toujours avoir accès à des informations exactes et impartiales.

Le prestataire de soins de santé doit prendre le temps de discuter avec la cliente des options disponibles et ne pas attendre d'elle une décision immédiate (voir la [Section 2.3.1.1](#)). Si nécessaire, indiquez clairement à la cliente qu'elle peut revenir consulter plus tard. Cependant, avant de venir consulter le prestataire de soins de santé, la plupart des clientes auront d'ores et déjà pris la décision ferme de ne pas mener leur grossesse jusqu'à son terme, auquel cas elles doivent recevoir des soins sans qu'il ne leur soit demandé de prévoir une consultation ultérieure. Les informations clés visées à la [Section 2.3.1.1](#) doivent être fournies à la cliente, indépendamment du lieu où les soins d'avortement se dérouleront à proprement parler (par exemple, en établissement de santé ou par télémedecine).

#### 2.3.1.1 Informations clés à fournir pour obtenir un consentement éclairé

*Pour toutes les procédures d'avortement :*

- Fournissez à la cliente des informations sur toutes les options disponibles pour sa grossesse en cours et documentez clairement la décision qu'elle prend de manière autonome.
- Si elle remplit les critères pour être traitée par une intervention médicamenteuse ou chirurgicale, informez la cliente des caractéristiques de chaque mode de traitement (voir le [Tableau 2](#)).
- Expliquez ce à quoi la cliente doit s'attendre avant, pendant et après l'intervention et veillez à bien lui faire prendre conscience de la possibilité qu'elle ressent de



la gêne, de sa durée possible et des médicaments qui seront disponibles pour la traiter.

*Pour un avortement médicamenteux :*

- Expliquez la possibilité de saignements abondants avec des caillots, le passage des produits de conception et des douleurs qui peuvent être nettement plus fortes que des crampes menstruelles ordinaires chez certaines clientes ; expliquez-lui que des analgésiques pour soulager la douleur sont disponibles (voir la [Section 2.4](#)).
- Expliquez que l'avortement médicamenteux est un processus qui prend généralement 2 à 3 jours et que des saignements peuvent se poursuivre par la suite pendant 2 à 3 semaines.

*Pour un avortement chirurgical :*

- Expliquez qu'un examen interne sera nécessaire avec un instrument : un spéculum sera utilisé pour insérer des dilateurs cervicaux (si nécessaires) ainsi qu'une canule reliée à un aspirateur.
- Expliquez à la cliente qu'il est possible qu'elle ressente de la gêne lors de la dilatation du col de l'utérus ainsi que des crampes abdominales douloureuses pendant et après l'intervention et que des analgésiques lui seront administrés pour soulager les douleurs.
- Expliquez qu'en cas d'aspiration intra-utérine, l'intervention prend généralement 5 minutes. Les interventions de dilatation-évacuation peuvent prendre plus de temps (jusqu'à 20–30 minutes).
- Les effets secondaires de toute analgésie doivent être discutés et des options appropriées pour leur prise en charge doivent être proposées à toutes les clientes.

*En ce qui concerne les risques et complications [6] :*

- Avisez la cliente que des complications graves après un avortement médicamenteux et chirurgical sécurisé sont rares (<1 %).
- Le risque des complications suivantes est plus faible pour l'avortement au premier trimestre que pour l'avortement au deuxième ou au troisième trimestre : hémorragie sévère, rupture utérine, traumatisme cervical et perforation utérine.
- Pour l'avortement médicamenteux à un âge gestationnel plus avancé, les clientes avec des cicatrices utérines ont un faible risque de déhiscence cicatricielle.
- Pour l'avortement chirurgical, il existe un faible risque des complications suivantes qui peuvent nécessiter un transfert vers un autre établissement de santé et des interventions supplémentaires, y compris la laparotomie :

hémorragie, perforation utérine, infection, dommages à la vessie et à l'intestin (<1 %).

- Indiquez à la cliente les signes dont elle doit se méfier, indicatifs des complications rares suivantes, afin qu'elle puisse obtenir rapidement les soins appropriés :
  - Avortement incomplet : Cela peut nécessiter des doses supplémentaires de misoprostol ou une intervention chirurgicale pour compléter l'avortement.
  - Infection : Elle est plus fréquente avec un avortement chirurgical qu'avec un avortement médicamenteux et peut nécessiter, si elle est grave, un traitement antibiotique ou un transfert en centre hospitalier pour un traitement supplémentaire.
  - Poursuite de la grossesse : Les symptômes persistants de grossesse après l'échec d'une aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) ou d'un avortement médicamenteux peuvent également être indicatifs d'une implantation extra-utérine de la grossesse. Cela nécessitera des tests de confirmation et des soins correspondants (voir la [Section 4.3.1](#) et le [Chapitre 9 : Santé maternelle](#)).

## 2.4 Contrôle de la douleur

Lors d'un avortement, les deux principales sources de douleur proviennent de la dilatation du col et des contractions utérines. Il est important que les prestataires comprennent le moment pendant l'intervention où l'on peut s'attendre à des douleurs afin, dans l'idéal, de les empêcher et de synchroniser l'anesthésie/analgésie en conséquence. Des analgésiques doivent être proposés à toute cliente qui subit un avortement médicamenteux et chirurgical et pour cela il convient d'établir un plan personnalisé de contrôle de la douleur avant de commencer l'avortement. Les principaux points à retenir par les prestataires de soins de santé concernant le contrôle de la douleur sont donnés à la [Section 2.4.1](#) et un résumé des options de contrôle de la douleur est donné au [Tableau 1](#) (page suivante).

### 2.4.1 Principaux points à retenir par les prestataires de soins de santé [7]

- Il est indispensable de fournir des méthodes non pharmacologiques pour réduire la douleur et l'anxiété pendant l'intervention d'avortement. Il s'agit notamment de préparer la cliente au cours de consultations préalables à l'intervention, de discuter de ce à quoi elle doit s'attendre, de lui tenir des propos rassurants et de l'accompagner tout au long du processus.
- Le fait de réduire la gêne éprouvée par la cliente peut aussi être un moyen de réduire le temps nécessaire pour mener à bien l'intervention.



- Dans la plupart des cas, des analgésiques tels que des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), une anesthésie locale et/ou une sédation consciente accompagnée de propos rassurants suffisent.
- Des AINS prophylactiques, à des doses suffisantes, sont les analgésiques de première intention de choix et peuvent réduire le besoin d'analgésiques narcotiques pendant l'avortement chirurgical. Ils doivent également être administrés si du misoprostol est utilisé pour préparer le col de l'utérus.
- Pour s'assurer que les médicaments oraux (AINS et analgésiques) auront le maximum d'efficacité au moment de l'intervention, administrez-les 30 à 45 minutes avant celle-ci.
- La nécessité de contrôler la douleur augmente avec l'âge gestationnel : des analgésiques narcotiques (avec ou sans anxiolytiques) peuvent être nécessaires pour un avortement par dilatation et évacuation.
- Une anesthésie locale, telle qu'un bloc paracervical utilisant de la lidocaïne, soulagera la gêne induite par l'intervention chirurgicale et doit être administrée régulièrement si disponible (*Annexe 1*).
- Du paracétamol (oral ou rectal) est inefficace pour réduire la douleur pendant l'avortement chirurgical et médicamenteux, mais peut être utilisé pour traiter la fièvre et en plus d'AINS ou, en cas d'allergie, remplacer les AINS.
- Une anesthésie générale est déconseillée pour des interventions d'avortement de routine, y compris le D&E de routine, car elle a été associée à des taux plus élevés de complications que des analgésiques et une anesthésie locale.

**TABEAU 1 : Résumé des options de contrôle de la douleur**

	Avortement chirurgical	Avortement médicamenteux
<b>Méthodes non pharmacologiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propos respectueux, sans porter de jugement de valeur</li> <li>• Propos rassurants et d'accompagnement</li> <li>• Explication détaillée de ce à quoi s'attendre</li> <li>• La présence d'un-e accompagnateur-riche autorisée à rester aux côtés de la cliente pendant l'intervention (si la cliente le souhaite)</li> <li>• Bouillotte ou compresse chauffante</li> <li>• Avertissement préalable de chaque étape de l'intervention (si la cliente le souhaite)</li> <li>• Technique opératoire douce et légère</li> <li>• Encouragements à prendre des inspirations profondes et contrôlées</li> <li>• Écoute de musique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propos respectueux, sans porter de jugement de valeur</li> <li>• Propos rassurants et d'accompagnement</li> <li>• Explication détaillée de ce à quoi s'attendre</li> <li>• La présence d'un-e accompagnateur-riche autorisée à rester aux côtés de la cliente pendant l'intervention (si la cliente le souhaite)</li> <li>• Bouillotte ou compresse chauffante</li> <li>• Bouger aide à diminuer la douleur (comme pendant le travail)</li> <li>• Encouragements à prendre des inspirations profondes et contrôlées</li> <li>• Écoute de musique</li> </ul>
<b>Méthodes pharmacologiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analgésique (AINS, par exemple ibuprofène 400–800 mg)</li> <li>• Anxiolytiques/sédatifs (par ex. diazépam 5–10 mg)</li> <li>• Anesthésique local (bloc paracervical à lidocaïne, habituellement 20 ml de solution à 1 % ou 10 ml de solution à 2 %)</li> <li>• Sédation consciente (association d'un sédatif pour se détendre et d'un anesthésique pour bloquer la douleur) si disponible</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analgésique (AINS, par exemple ibuprofène 400–800 mg)</li> <li>• Des médicaments adjuvants peuvent également être fournis pour traiter les effets secondaires du misoprostol (par exemple, de la loperamide pour la diarrhée)</li> <li>&gt; 12 semaines de grossesse</li> <li>• Offrir au moins l'une des autres options suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>• opioïdes par voie orale (par ex. tramadol)</li> <li>• opioïdes par voie intramusculaire ou intraveineuse</li> <li>• anesthésie péridurale (pour les âges de grossesse plus élevés)</li> </ul> </li> </ul>

Source : OMS [1], Ipas [6].



## 3. Les méthodes d'avortement

### 3.1 Options recommandées pour un avortement médicamenteux et un avortement chirurgical

L'avortement peut être effectué par l'administration de médicaments, en utilisant un schéma thérapeutique combiné de mifépristone et de misoprostol, ou de misoprostol seul, ou par voie chirurgicale, en utilisant une technique d'aspiration intra-utérine pour une grossesse avant la 14<sup>e</sup> semaine ou une technique de dilatation et d'évacuation à partir de la 14<sup>e</sup> semaine de grossesse.

Les méthodes suivantes sont recommandées pour un avortement jusqu'à la 12<sup>e</sup> semaine de grossesse :

- méthodes chirurgicales : AMIU ou aspiration électrique intra-utérine (AEIU)
- méthodes médicamenteuses :
  - avortement médicamenteux combiné (mifépristone par voie orale suivie de misoprostol)
  - misoprostol seul en doses répétées, en cas de mifépristone non disponible

La méthode par dilatation et curetage (D&C) est une méthode d'avortement chirurgical obsolète et doit être remplacée par l'aspiration intra-utérine et/ou des méthodes médicamenteuses [1,8].

Les méthodes suivantes sont recommandées pour un avortement à partir de la 12<sup>e</sup> semaine de grossesse :

- méthodes médicamenteuses :
  - avortement médicamenteux combiné (mifépristone par voie orale suivie de doses répétées de misoprostol)
  - misoprostol seul, en doses répétées, en cas de mifépristone non disponible
- méthode chirurgicale : AMIU ou AEIU jusqu'à la 14<sup>e</sup> semaine de grossesse et méthode de dilatation et évacuation par aspiration intra-utérine et forceps après 14 semaines de grossesse

Les prestataires de soins de santé doivent veiller à se tenir informés des pratiques courantes fondées sur des bases factuelles et de leurs modalités de prestation dans un environnement sécurisé et respectueux de la dignité. C'est en adoptant cette attitude qu'il est possible de veiller à donner les moyens à la cliente de décider au mieux du type d'intervention d'avortement qu'elle préfère, y compris lorsqu'elle opte en faveur de la prise en charge autonome de son avortement.

De plus amples précisions concernant les interventions médicamenteuses et chirurgicales sont présentées dans les sections suivantes et aux *Tableaux 2, 3 et 4*.



**TABEAU 2 : Caractéristiques des procédures d'avortement médicamenteux et chirurgical par tranche d'âge gestationnel**

Avortement médicamenteux	Avortement chirurgical
Avant la 12 <sup>e</sup> semaine de grossesse	Avant la 14 <sup>e</sup> semaine de grossesse
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mifépristone + misoprostol (avortement médicamenteux combiné) ou misoprostol seul</li> <li>• Évite une intervention chirurgicale</li> <li>• Peut avoir lieu dans un établissement de santé OU peut être autogéré à domicile/ailleurs (avec accès à des informations précises, à des médicaments de qualité et à un prestataire de soins de santé si nécessaire)</li> <li>• Prend longtemps (plusieurs heures voire plusieurs jours) pour mener à bien l'avortement, dans des délais non prévisibles</li> <li>• Reproduit le déroulement d'une fausse couche</li> <li>• La cliente présente des saignements et des crampes et potentiellement d'autres effets secondaires (nausées, vomissements, légère fièvre, frissons et diarrhée)</li> <li>• Les options contraceptives qui peuvent être mises en route au moment de l'avortement médicamenteux sont limitées aux méthodes hormonales</li> <li>• Peut être préférable dans les circonstances suivantes :             <ul style="list-style-type: none"> <li>• la cliente veut éviter une intervention chirurgicale</li> <li>• la cliente souhaite s'administrer elle-même le médicament (jusqu'à 12 semaines de grossesse)</li> <li>• l'exploration instrumentale pelvienne n'est pas faisable ou désirée</li> <li>• la cliente est très obèse</li> <li>• la cliente présente des malformations utérines ou des fibromes</li> </ul> </li> <li>• <b>Complications</b> : elles sont rares (&lt;5 %) mais peuvent inclure : infection, saignements excessifs, poursuite de la grossesse et nécessité d'une intervention chirurgicale en cas d'échec d'avortement ou d'avortement incomplet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspiration intra-utérine (manuelle ou électrique)</li> <li>• Nécessite une exploration instrumentale de l'utérus</li> <li>• Déroulement en établissement de santé</li> <li>• Intervention rapide – déroulement de l'avortement contrôlé par l'établissement de santé et le prestataire</li> <li>• Avortement complet facilement vérifié par évaluation des produits de conception aspirés</li> <li>• Toutes les méthodes contraceptives, y compris l'occlusion des trompes ou la pose d'un dispositif intra-utérin (DIU), peuvent être effectuées en même temps que l'intervention</li> <li>• Peut être préférable dans les circonstances suivantes :             <ul style="list-style-type: none"> <li>• contre-indications à l'avortement médicamenteux</li> <li>• contraintes de temps concernant la date d'avortement</li> </ul> </li> <li>• <b>Complications</b> : elles sont rares (&lt;1 %) mais peuvent inclure : infection, saignements excessifs, traumatisme cervical, perforation de l'utérus, de la vessie et de l'intestin, poursuite de la grossesse et nécessité d'une intervention chirurgicale supplémentaire en cas d'échec de l'avortement</li> </ul>





Avortement médicamenteux	Avortement chirurgical
<b>À partir de la 12<sup>e</sup> semaine de grossesse</b>	<b>À partir de la 14<sup>e</sup> semaine de grossesse</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Mifépristone + misoprostol (schéma thérapeutique combiné) ou misoprostol seul</li><li>• Évite une intervention chirurgicale</li><li>• Déroulement en établissement de santé : la cliente reste en établissement jusqu'à ce que l'expulsion de la grossesse soit terminée (généralement soins de jour)</li><li>• Prend longtemps (plusieurs heures voire plusieurs jours) pour mener à bien l'avortement, dans des délais non prévisibles</li><li>• Reproduit le déroulement d'une fausse couche</li><li>• La cliente présente des saignements et des crampes et potentiellement d'autres effets secondaires (nausées, vomissements, légère fièvre, frissons et diarrhée)</li><li>• Avortement complet facilement vérifié par l'inspection des produits de conception aspirés</li><li>• Toutes les méthodes contraceptives hormonales peuvent être mises en route immédiatement ; la pose d'un DIU ou l'occlusion des trompes peuvent être effectuées immédiatement après l'expulsion</li><li>• Peut être préférable dans les circonstances suivantes :<ul style="list-style-type: none"><li>• la cliente veut éviter une intervention chirurgicale</li><li>• la cliente est très obèse</li><li>• la cliente présente des malformations utérines ou des fibromes, ou a déjà subi une intervention chirurgicale du col de l'utérus</li><li>• en cas d'échec de l'intervention chirurgicale</li></ul></li><li>• <b>Complications</b> : elles sont rares mais peuvent inclure : infection, saignements excessifs, rupture utérine, avortement incomplet ou poursuite de la grossesse (plus fréquente en début de grossesse). Une rétention du placenta peut survenir dans au moins 10 % des cas, ce qui nécessite une intervention avec retrait manuel ou une procédure d'aspiration</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dilatation et évacuation (D&amp;E)</li><li>• Nécessite une exploration instrumentale de l'utérus et une préparation du col de l'utérus avant l'intervention</li><li>• Déroulement en établissement de santé</li><li>• Intervention relativement plus courte que l'avortement médicamenteux, une fois que la préparation du col de l'utérus est adéquate ; survenance de l'avortement contrôlée par l'établissement de santé et le prestataire</li><li>• Avortement complet facilement vérifié par évaluation des produits de conception évacués</li><li>• Toutes les méthodes contraceptives, y compris l'occlusion des trompes ou la pose d'un DIU peuvent être effectuées en même temps que l'intervention</li><li>• Peut être préférable dans les circonstances suivantes :<ul style="list-style-type: none"><li>• réaction allergique de la cliente à la mifépristone ou au misoprostol</li><li>• contraintes de temps concernant la date d'avortement</li><li>• si l'avortement médicamenteux est prolongé ou infructueux</li></ul></li><li>• <b>Complications</b> : elles sont rares mais peuvent inclure : infection, saignements excessifs, perforation de l'utérus, de la vessie et de l'intestin, traumatisme cervical, avortement incomplet ou poursuite de la grossesse</li></ul>

Source : OMS [1], RCOG [9].



## 3.2 Avortement médicamenteux [1]

La prise en charge médicamenteuse de l'avortement provoqué quel que soit l'âge gestationnel est plus efficace en cas de recours à une association de mifépristone et de misoprostol (*Encadré 2*). Ce schéma thérapeutique raccourcit également l'intervalle entre le déclenchement et l'avortement à proprement parler et réduit les effets indésirables par rapport au schéma posologique au misoprostol seul. Par conséquent, pour l'avortement provoqué (et pour les cas de mort de l'embryon ou du fœtus in utero), le schéma thérapeutique combiné doit toujours être le premier choix si de la mifépristone est disponible, tandis que le traitement par misoprostol seul constitue l'option alternative. Pour le traitement de l'avortement incomplet, le traitement par misoprostol seul correspond à l'unique schéma thérapeutique recommandé. Le misoprostol peut être administré par diverses voies (vaginale, sublinguale ou buccale), alors que la mifépristone est toujours administrée par voie orale. Voir le *Tableau 3* pour plus de détails sur les schémas posologiques, les doses et les voies d'administration pour une série d'indications.

### 3.2.1 Autogestion de l'avortement médicamenteux

L'IPPF considère l'avortement autogéré comme étant le droit des femmes et des filles de diriger, en tout ou partie, leur processus d'avortement, avec ou sans l'accompagnement de prestataires de soins. Les recommandations de l'OMS stipulent que les personnes qui ont accès à des informations précises, à des médicaments de qualité et à un prestataire de soins formé peuvent gérer elles-mêmes leur processus d'avortement médicamenteux jusqu'à 12 semaines de grossesse, y compris l'auto-évaluation de l'éligibilité, l'auto-administration de médicaments d'avortement en dehors d'un établissement de santé et l'auto-évaluation du succès du processus d'avortement à l'aide de tests de grossesse (2 à 4 semaines après l'avortement) et/ou de listes de contrôle.<sup>†</sup> L'autogestion de l'avortement médicamenteux est souvent la solution préférée de certaines personnes, en raison de son coût abordable, de la réduction des besoins de transport, d'une protection accrue de la vie privée, de sa stigmatisation moindre, de son confort et de sa plus grande facilité d'accès pour les personnes à mobilité réduite.

L'avortement autogéré inscrit la personne au cœur-même du processus d'avortement, ce qui n'empêche pas pour autant que de multiples parties prenantes peuvent elles aussi jouer un rôle en rendant cette approche possible et en la facilitant. L'autogestion de l'avortement médicamenteux est d'autant plus efficace lorsque les personnes concernées ont accès à des informations exactes, à des pilules d'avortement médicamenteux de qualité et à un facilitateur ou un prestataire formé et compréhensif s'il est requis ou souhaité à tout moment du processus.

<sup>†</sup> Les données entre 10 et 11 semaines sont limitées et il n'existe aucune donnée comparative concernant l'utilisation à domicile du misoprostol dans le cadre d'un schéma thérapeutique combiné après 11 semaines de grossesse [6].

### ENCADRÉ 2 : Informations clés sur la mifépristone et le misoprostol et efficacité des schémas thérapeutiques d'avortement médicamenteux

- La mifépristone agit en bloquant les effets de la progestérone et inhibe ainsi le soutien hormonal et vasculaire de la grossesse, induisant une maturation cervicale et des contractions utérines. Elle augmente également la sensibilité du myomètre à l'action des prostaglandines.
- Le misoprostol est un analogue de la prostaglandine qui provoque des contractions utérines et un ramollissement du col de l'utérus (maturation du col de l'utérus) pour permettre le passage de la grossesse.
- Un schéma thérapeutique combiné de mifépristone et de misoprostol est recommandé pour l'avortement médicamenteux ; en l'absence de mifépristone, le schéma thérapeutique à base de misoprostol seul peut être utilisé.
- L'association de mifépristone et de misoprostol forme un schéma thérapeutique à la fois sûr et efficace, d'un taux de réussite de plus de 95 %, des taux de poursuite de la grossesse de moins de 2 % et des taux de complication de moins de 1 % avant 10 semaines de grossesse. Entre 10 et 13 semaines de grossesse, le taux de réussite de la mifépristone associée au misoprostol est supérieur à 95 %, avec un taux de poursuite de la grossesse d'environ 2 % et un taux de complications de 3 %.
- Un schéma thérapeutique au misoprostol seul affiche des taux de réussite moins élevés, d'environ 80 % à 85 %, avec des taux de poursuite de la grossesse de 3 % à 10 % et des taux de complications de 1 % à 4 % jusqu'à 13 semaines de grossesse.

Source : Ipas [6].

Les professionnels de santé doivent reconnaître l'avortement autogéré comme une approche valable à part entière et être disposés à remplir un rôle de soutien et d'habilitation, en agissant sur les trois fronts du soutien en faveur de l'avortement autogéré :

#### 1. La fourniture d'informations exactes et accessibles

sur l'avortement et, en particulier, sur l'avortement médicamenteux, y compris sur ce à quoi s'attendre, la posologie, les effets secondaires et les signes de complications. Ces informations peuvent être fournies sous toutes sortes de formats : lignes d'assistance téléphonique, fourniture par les pairs, sites web ou référence vers d'autres sources fiables d'information et de soutien.



**2. L'accès à des comprimés d'avortement médicamenteux de qualité.** Les femmes qui choisissent d'autogérer leur avortement peuvent disposer d'un accompagnement afin d'avoir accès à des comprimés d'avortement médicamenteux de qualité, par exemple par la fourniture d'une ordonnance numérique, en partenariat avec des pharmaciens, et l'envoi des comprimés par la poste ou leur distribution par des professionnels de santé communautaires.

**3. La fourniture de soins d'accompagnement pendant le processus d'autogestion.** Les professionnels de santé doivent s'assurer d'être prêts à répondre aux besoins de la femme à tout moment au cours du déroulement de son avortement. Il peut s'agir de besoins de toutes sortes : la prestation sur demande de conseil en matière d'avortement, la création de réseaux d'orientation en cas de doute ou pour le traitement de complications, les soins post-avortement ou d'autres services pertinents, selon les besoins.

### 3.2.2 Informations complémentaires pour la prise en charge des clientes d'un avortement médicamenteux

Des antibiotiques prophylactiques systématiques ne sont **PAS** requis pour l'avortement médicamenteux, quel que soit l'âge gestationnel, si aucune exploration instrumentale du col de l'utérus ou de l'utérus n'est entreprise et s'il n'y a pas enlèvement manuel du placenta dans le cas d'un avortement médicamenteux du deuxième trimestre.

Tant pour les avortements médicamenteux que pour les avortements chirurgicaux à moins de 12 semaines, l'OMS recommande de ne pas administrer d'immunoglobuline anti-D pour prévenir l'iso-immunisation Rhésus chez les clientes de rhésus négatif [1]. Au-delà de 12 semaines, si disponible, de l'immunoglobuline anti-D doit être administrée par injection dans le muscle deltoïde à toutes les clientes de rhésus négatif lors d'un avortement chirurgical ou dans les 72 heures suivant un avortement médicamenteux ; toutefois, les soins d'avortement ne doivent pas être refusés ou retardés si cela n'est pas possible (voir la [Section 3.3](#) pour des informations sur l'avortement chirurgical).

Indépendamment de l'âge gestationnel ou du schéma thérapeutique utilisé (combiné ou misoprostol seul), il peut être envisagé d'administrer des doses répétées de misoprostol. La plupart des avortements médicamenteux jusqu'à 10 semaines seront réussis avec l'administration d'une seule dose de misoprostol, tandis que les avortements entre 10 et 13 semaines nécessiteront généralement deux doses ; à partir de 13 semaines, 3 à 5 doses peuvent être nécessaires. Les lignes directrices de l'OMS sur les soins en cas d'avortement ne fixent pas un nombre maximum de doses de misoprostol, mais encouragent les prestataires de soins de santé à faire preuve de prudence et de jugement clinique lorsqu'ils prennent cette décision [1]. Selon les recommandations de l'OMS : « Si la personne enceinte présente un utérus cicatriciel, le personnel de santé doit faire preuve de prudence et suivre son jugement clinique pour décider du nombre maximal de doses de misoprostol qu'il est possible d'administrer. La rupture utérine est une complication rare de ce traitement ; en cas d'âge gestationnel avancé, la décision doit prendre en compte le jugement clinique et le niveau de préparation du système de santé si une prise en charge en urgence s'avère nécessaire en cas de rupture utérine » [1].

Assurez-vous que la cliente a accès à des analgésiques, à des serviettes hygiéniques et à des toilettes privées en attendant l'expulsion de la grossesse à la suite d'un avortement médicamenteux, que ce soit à l'établissement de santé ou à domicile.



**TABLEAU 3 : Prise en charge médicamenteuse de l'avortement : schémas posologiques recommandés par l'OMS**

Recommandations	Association (Option recommandée) Mifépristone >>1 ou 2 jours>> Misoprostol		Misoprostol seul (Option alternative)
	Mifépristone	Misoprostol	Misoprostol <sup>1</sup>
<b>Avortement provoqué avant 12 semaines</b>	200 mg VO une seule prise	800 µg VB, VV ou VSL <sup>2</sup>	800 µg VB, VV ou VSL toutes les 3 heures <sup>3</sup>
<b>Avortement provoqué à partir de 12 semaines</b>	200 mg VO une seule prise	400 µg VB, VV ou VSL toutes les 3 heures <sup>4,5</sup>	400 µg VB, VV ou VSL toutes les 3 heures <sup>4,5</sup>
<b>Mort du fœtus in utero à partir de 14 semaines et jusqu'à 28 semaines incluses</b>	200 mg VO une seule prise	400 µg VV ou VSL toutes les 4 à 6 heures <sup>4,5</sup>	400 µg VSL (privilégiée) ou VV toutes les 4 à 6 heures <sup>4,5</sup>

**Abréviations :** VB, voie buccale (entre la gencive et l'intérieur de la joue); VO, voie orale; VV, voie vaginale; VSL, voie sublinguale.

Source: OMS [1], Ipas [6].

- <sup>1</sup> Si la taille de l'utérus est de 22 semaines ET que la cliente a des antécédents d'accouchement par césarienne ou de 13 à 22 semaines avec plus d'un accouchement par césarienne, envisagez d'abaisser la dose de misoprostol avec ou sans augmentation de l'intervalle posologique.
- <sup>2</sup> Si les saignements ne commencent pas dans les 24 heures, ou s'il n'est pas clair que l'avortement a eu lieu, il est possible de donner à la cliente 4 autres comprimés de misoprostol, à prendre de la même manière que la dose initiale (à savoir, par voie buccale, sublinguale ou vaginale). Il est fréquent que les clientes aient besoin de deux doses de misoprostol pour les grossesses entre 10 et 13 semaines de grossesse. Si les saignements n'ont pas commencé dans les 24 heures suivant la deuxième dose de misoprostol, envisagez une grossesse extra-utérine et évaluez-la (voir *Chapitre 9 : Santé maternelle, Section 4.3.1*) ou un échec de l'avortement.
- <sup>3</sup> Bien que dans certains cas, il faille donner des doses supplémentaires de misoprostol pour compléter l'avortement, si les saignements ne commencent pas dans les 24 heures qui suivent la troisième dose de misoprostol, ou s'il n'est pas clair que l'avortement a eu lieu, envisagez la possibilité d'une grossesse extra-utérine et évaluez-la (voir *Chapitre 9 : Santé maternelle, Section 4.3*) ou d'un échec de l'avortement.
- <sup>4</sup> Voir les informations concernant les doses répétées de misoprostol ci-dessus.
- <sup>5</sup> Si la cliente est stable, les prestataires doivent attendre au moins 4 heures après l'expulsion du fœtus pour le passage du placenta.

## 3.3 Avortement chirurgical

### 3.3.1 Antibiotiques prophylactiques

Afin de réduire le risque d'infection après une intervention, il est recommandé d'administrer des antibiotiques prophylactiques en préopératoire ou en périopératoire, que la cliente ait demandé un dépistage des IST ou non. Les établissements de santé offrant un avortement chirurgical doivent s'efforcer d'assurer des réserves d'antibiotiques adéquates. Toutefois, si des antibiotiques ne sont pas disponibles, l'avortement peut toujours être pratiqué.

### 3.3.2 Préparation du col de l'utérus

Une préparation adéquate du col de l'utérus diminue la morbidité associée à l'avortement chirurgical après 13 semaines, y compris le risque de lésion cervicale, de perforation utérine et d'avortement incomplet. Par conséquent, la préparation du col de l'utérus avant l'avortement chirurgical est recommandée pour toutes les clientes qui présentent une grossesse de plus de 12 semaines et peut être envisagée dans des circonstances spécifiques pour les grossesses précoces (voir l'*Encadré 1*). Des agents pharmacologiques et des dilateurs osmotiques peuvent être utilisés pour la préparation du col de l'utérus (*Tableau 4 – page suivante*).



**TABLEAU 4 : Préparation du col de l'utérus en vue d'un avortement chirurgical**

Jusqu'à 14 semaines de grossesse	Plus de 14 semaines de grossesse
<p><b>Misoprostol</b> 400 µg administré par voie vaginale ou buccale 2 à 3 heures avant l'intervention. Misoprostol 400 µg par voie sublinguale 12 heures avant l'intervention</p> <p><b>Mifépristone</b> 200 mg pris par voie orale 24 à 48 heures avant l'intervention</p> <p><b>NOTE :</b> L'administration vaginale de misoprostol procure une dilatation tout aussi efficace avec moins d'effets secondaires systémiques que l'administration sublinguale, mais nécessite 3 heures pour être efficace</p>	<p><b>Misoprostol</b> 400 µg administré par voie vaginale 3 heures avant l'intervention. Misoprostol 400 µg par voie sublinguale 1 à 3 heures avant l'intervention</p> <p><b>Mifépristone</b> 200 mg pris par voie orale 24 à 48 heures avant l'intervention</p> <p><b>Dilatateur osmotique</b> (par exemple, lamelles) placé dans le canal cervical 6 à 24 heures avant l'intervention ; si la grossesse est de moins de 18 semaines, un dilatateur osmotique sera efficace s'il est mis en place 3 à 4 heures avant l'intervention</p> <p>Pour un avortement chirurgical à partir de 19 semaines : Recommander la préparation du col de l'utérus avec un dilatateur osmotique plus un médicament (mifépristone, misoprostol ou une combinaison des deux)</p> <p><b>NOTE :</b> L'utilisation du misoprostol entraîne moins de dilatation que les dilateurs osmotiques, mais a l'avantage d'être une intervention d'un jour pour la plupart des clientes</p>

Source : OMS [1], Ipas [6], RCOG [9].

Des analgésiques tels que de l'ibuprofène et/ou des narcotiques, ainsi que des anxiolytiques oraux, au besoin, doivent être administrés au moment de la préparation du col de l'utérus et répétés, au besoin, avant l'intervention pour maximiser leur efficacité. Un bloc paracervical peut également être utilisé lors de la mise en place de dilateurs osmotiques. Pour plus d'informations sur le contrôle de la douleur, voir la [Section 2.4](#).

### 3.3.3 Avortement chirurgical jusqu'à 14 semaines de grossesse : aspiration intra-utérine

L'aspiration intra-utérine est l'unique méthode chirurgicale recommandée pour un avortement jusqu'à 14 semaines de grossesse, avec un taux de succès d'avortement de plus de 98 % [6].

Les techniques AMIU et AEIU peuvent être utilisées l'une comme l'autre. L'AMIU ne nécessite pas d'alimentation électrique et est plus silencieuse pour la cliente. L'AEIU peut être plus pratique pour les établissements de santé à forte capacité.

L'AMIU utilise un aspirateur portatif pour générer un vide. L'aspirateur est fixé à des canules allant de 4 à 16 mm de diamètre et peut être utilisé dans toutes sortes d'endroits, y compris ceux dépourvus d'électricité.

L'AEIU utilise une pompe électrique pour générer un vide et peut être raccordée à des canules de 6 à 16 mm de diamètre, en fonction de l'âge gestationnel, avec des tubes de plus gros diamètre ou un adaptateur requis pour les canules de plus de 12 mm.

Entre 12 et 14 semaines de grossesse, une AMIU peut être effectuée si les prestataires ont le niveau de compétence approprié et le bon matériel, y compris la taille de canule appropriée.

Il n'est **PAS** recommandé de pratiquer un curetage utérin brutal, y compris un curetage systématique « de contrôle » pour l'évacuation utérine ni pour vérifier le succès de l'avortement chirurgical par AMIU/AEIU à quelque âge gestationnel que ce soit. En effet, il n'a pas été démontré que cette pratique diminue les taux d'avortement incomplet et celle-ci peut augmenter le risque de complications.

Les étapes de l'aspiration intra-utérine pour les âges gestationnels jusqu'à 14 semaines sont résumées à l'[Annexe 2](#).



### 3.3.4 Avortement chirurgical à partir de 14 semaines de grossesse : dilatation et évacuation (D&E)

L'intervention par D&E implique la préparation du col de l'utérus (voir la [Section 3.3.2](#)) et l'utilisation d'aspiration et d'une pince émoussée, au besoin, pour retirer les parties fœtales. Les étapes à suivre pour effectuer l'intervention par D&E sont résumées à l'[Annexe 3](#).

L'intervention par D&E est l'unique méthode chirurgicale recommandée pour les grossesses de plus de 14 semaines et elle est généralement sûre et efficace ; cependant, elle doit se faire sous réserve obligatoirement par des prestataires formés et qualifiés et du matériel spécifique disponibles. L'intervention par D&E peut généralement être effectuée en ambulatoire, mais elle est associée pour la cliente à une douleur plus importante que l'évacuation chirurgicale jusqu'à 14 semaines de grossesse. Des informations sur le contrôle de la douleur sont fournies à la [Section 2.4](#).

L'intervention par D&E est l'unique méthode chirurgicale recommandée pour les grossesses de plus de 14 semaines ; cependant, il y a une certaine flexibilité entre l'utilisation de l'aspiration intra-utérine et des interventions par D&E entre 12 et 16 semaines de grossesse.

### 3.3.5 Confirmation d'une intervention complète

Un avortement chirurgical à tout âge gestationnel n'est pas considéré comme complet sans examen des produits de conception :

- S'il n'y a pas de sac gestationnel ou si aucunes villosités choriales ne sont visibles après l'évacuation, une grossesse extra-utérine doit être envisagée (voir [Chapitre 9 : Santé maternelle, Section 4.3.1](#)).
- Si des tissus fœtaux sont observés, mais que les critères ne sont pas remplis pour l'âge gestationnel estimé, une réaspiration ou une échographie de suivi doit être effectuée pour exclure une procédure incomplète.

## 4. Soins après avortement

### 4.1 Protocole après intervention

Chaque établissement de santé fournissant un avortement chirurgical à partir de 14 semaines ou un avortement médicamenteux au-delà de 12 semaines doit avoir un protocole de sortie, comprenant les éléments suivants :

- Consignation obligatoire des fonctions vitales (pouls, tension artérielle, volume de perte de sang vaginal) pris par un prestataire jugé compétent.
- Surveillance de la cliente à l'établissement de santé, avec sortie par un prestataire compétent désigné par son nom, uniquement une fois qu'elle est cliniquement stable, généralement 20 minutes à 1 heure après l'intervention.
- Surveillance de la fièvre chez la cliente. Les prestataires de soins de santé doivent être conscients que le misoprostol peut également provoquer une élévation de la température corporelle et des symptômes fiévreux tels que des frissons. Si la fièvre dure plus de quelques heures depuis la dernière dose de misoprostol, une autre cause de fièvre doit être suspectée.
- Évaluation régulière de la douleur et administration d'analgésique après l'intervention aussi longtemps que nécessaire.

### 4.2 Suivi

Un suivi systématique n'est pas nécessaire après un simple avortement chirurgical. Toutefois, il convient d'indiquer aux clientes qui avortent qu'elles peuvent contacter un prestataire de soins de santé si elles ont des questions ou des inquiétudes après avoir quitté l'établissement de santé. Si possible, les informations sur la façon de contacter l'établissement de santé, les signes d'alerte à surveiller ([Encadré 3](#) – page suivante) et les autres soins post-avortement disponibles doivent être remises à la cliente, à fois sous forme orale et écrite.

La cliente doit être avisée des signes et symptômes normaux après un avortement. Des saignements vaginaux et des crampes utérines similaires aux coliques menstruelles sont à prévoir jusqu'à 2 semaines après l'avortement chirurgical et jusqu'à 4 semaines après l'avortement médicamenteux, dans des limites normales. Pour les gérer, il convient de remettre à la cliente des analgésiques pour soulager la douleur une fois chez elle.



### ENCADRÉ 3 : Signes avant-coureurs de complications dans la période suivant immédiatement l'avortement – consultez un médecin !

- Complications hémorragiques (y compris avortement incomplet) : saignements prolongés ou abondants (plus de deux serviettes hygiéniques grand format saturées par heure pendant deux heures consécutives).
- Complications infectieuses : toute fièvre après un avortement chirurgical ou fièvre qui dure plus de 24 heures après l'administration de misoprostol ; douleurs abdominales sévères, non soulagées par des analgésiques.
- Grossesse extra-utérine : signes et symptômes persistants de grossesse après avortement et/ou absence de saignements après un avortement médicamenteux ; douleurs abdominales sévères, non soulagées par des analgésiques.
- Complications traumatiques (c.-à-d. perforation utérine +/- lésion de l'intestin) : douleurs abdominales sévères après avortement chirurgical, non soulagées par des analgésiques.
- Complications non précisées : sensation générale d'état de malaise plus de 24 heures après l'administration de misoprostol.

Si la cliente n'a pas mis en route une contraception post-avortement le jour de l'intervention d'avortement, les prestataires de soins de santé doivent discuter de contraception post-avortement avec elle au moment du suivi et lui fournir une méthode contraceptive, si elle en fait le choix. Le prestataire doit s'assurer que la cliente comprend que la fécondité peut revenir dès 8 jours après l'avortement (voir [Section 5 : Contraception post-avortement](#)).

#### 4.2.1 Suivi systématique

Un suivi systématique n'est pas nécessaire pour les clientes qui ont eu un avortement médicamenteux ou chirurgical sans complications.

Pour celles qui utilisent un schéma thérapeutique d'avortement médicamenteux (mifépristone plus misoprostol ou misoprostol seul) à domicile avant 12 semaines de grossesse, une visite de suivi en personne pour évaluer le succès de l'avortement n'est pas nécessaire si les signes/symptômes cliniques de la grossesse disparaissent et qu'aucun signe avant-coureur n'est présent. Il est toutefois possible d'offrir aux clientes la possibilité d'un suivi téléphonique au bout de 7 à 14 jours afin de répondre à toutes leurs questions, de réitérer leurs instructions et de confirmer l'absence de complications.

Toute visite de suivi offre une bonne occasion de discuter de méthodes de contraception et de fournir des fournitures

adéquates, le cas échéant. La cliente peut également avoir besoin d'accéder à d'autres soins de santé sexuelle et reproductive, tels que des soins liés aux IST ou au VIH, un soutien psychologique ou du conseil et un soutien en matière de violence sexuelle et basée sur le genre.

#### 4.2.2 Suivi urgent

Si après l'intervention, une grossesse extra-utérine est suspectée (voir l'[Encadré 3](#) pour les signes avant-coureurs), évaluez l'état de la cliente en effectuant un examen pelvien et/ou une échographie et/ou un test de gonadotrophine chorionique humaine (hCG) pour déterminer la taille de l'utérus, la douleur annexielle et/ou la présence de masse annexielle. Voir le [Chapitre 9 : Santé maternelle, Section 4.3.1](#) pour plus d'informations sur le diagnostic et la prise en charge de la grossesse extra-utérine.

En cas de suspicion de perforation utérine et/ou de lésion viscérale, des analyses et un traitement rapides sont indispensables. Voir le [Chapitre 4.3 : Prise en charge des complications](#).

### 4.3 Prise en charge des complications

Lorsque la cliente présente des signes ou symptômes de complications à la suite d'un avortement, la prise des antécédents cliniques et un examen doivent être effectués de manière systématique (voir la [Section 2.1](#) et le [Chapitre 2 : Conditions nécessaires relatives à l'établissement de santé, antécédents et examen des clients](#)), qui doivent être aussi complets et efficaces que possible en fonction de l'urgence et de l'état de la cliente.

#### 4.3.1 Avortement incomplet (avec ou sans infection)

Un avortement incomplet doit être suspecté si la cliente présente :

- des saignements importants
- des douleurs
- des signes d'infection (voir ci-dessous)

En cas de suspicion d'avortement incomplet, le prestataire de soins de santé doit établir la taille de l'utérus, la quantité de sang perdue et la présence ou non d'une infection.

Si la cliente présente des signes de choc, de saignements abondants ou d'infection, une aspiration/évacuation utérine doit être effectuée ou une orientation urgente doit être fournie. Si la cliente est cliniquement stable et qu'aucun signe d'infection n'est présent, l'utérus peut être évacué par voie chirurgicale en pratiquant une aspiration ou par voie médicamenteuse en utilisant du misoprostol (voir [Tableau 5](#) et [Tableau 3](#)).



TABLEAU 5 : Résumé de la prise en charge d'un avortement incomplet (sans/avec infection)

Évaluation clinique	Taille de l'utérus	Action	Note
Absence de soupçon d'infection	Taille de l'utérus jusqu'à 14 semaines	<p><b>Option 1 :</b> Évacuation utérine par aspiration intra-utérine ; une prophylaxie antibiotique doit être administrée avant l'évacuation chirurgicale : 200 mg de doxycycline ou 500 mg d'azithromycine dans les 2 heures précédant l'intervention</p> <p><b>Option 2 :</b> 1 dose de misoprostol 800 µg par voie vaginale (en l'absence de saignements vaginaux abondants), 600 µg par voie orale ou 400 µg par voie sublinguale</p>	L'intervention ne doit pas être retardée faute de disponibilité d'antibiotiques
	Taille de l'utérus supérieure à 14 semaines	<p><b>Option 1 :</b> Évacuation utérine par aspiration intra-utérine et pince émoussée si nécessaire ; prophylaxie antibiotique comme ci-dessus</p> <p><b>Option 2 :</b> Si la cliente est stable, du misoprostol peut être utilisé :</p> <p>14 à 28 semaines : 400 µg de misoprostol par voie buccale, sublinguale ou, en l'absence de saignement vaginal, par voie vaginale toutes les 3 heures jusqu'à l'expulsion</p> <p>À partir de 28 semaines : 25 µg par voie vaginale toutes les 6 heures ou 25 µg par voie orale 2 heures</p>	Si la taille de l'utérus est de 22 semaines ET que la cliente a des antécédents d'accouchement par césarienne ou de 14 à 22 semaines avec plus d'un accouchement par césarienne, envisagez d'abaisser la dose de misoprostol avec ou sans augmentation de l'intervalle posologique
Présence d'infection	Quelle que soit la taille de l'utérus, évacuation le plus tôt possible	<p>Commencez immédiatement l'administration d'antibiotiques à large spectre, par voie intraveineuse si l'infection est grave</p> <p>Transférez la cliente d'urgence dans une unité équipée des installations nécessaires pour pratiquer l'évacuation chirurgicale si celle-ci ne peut pas avoir lieu dans l'établissement de santé où elle se trouve</p>	<p>En l'absence des compétences nécessaires pour effectuer une évacuation utérine chirurgicale d'urgence, du misoprostol peut être utilisé pendant que transfert est en cours de planification :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 14 à 28 semaines : 400 µg de misoprostol par voie buccale, sublinguale ou, en l'absence de saignement vaginal, par voie vaginale toutes les 3 heures jusqu'à l'expulsion</li> <li>• À partir de 28 semaines : 25 µg par voie vaginale toutes les 6 heures ou 25 µg par voie orale 2 heures</li> </ul>

Source : Ipas [6], RCOG [9].





**Des complications d'un avortement non sécurisé doivent être suspectées en présence des éléments probants suivants :**

- laceration ou lésion vaginale ou cervicale
- présence de corps étrangers dans le vagin ou le col de l'utérus
- infection systémique et saignements vaginaux chez une cliente précédemment enceinte

### 4.3.2 Infection

L'infection doit être suspectée si :

- la température de la cliente est  $\geq 37,5$  °C ou  $< 35,5$  °C
- il y a une sensibilité abdominale, localisée ou générale, une défense musculaire ou un effet de rebond
- il y a une odeur inhabituelle et désagréable ou du pus visible au niveau de l'orifice cervical
- l'utérus est sensible à la palpation ou à l'examen bimanuel

L'infection doit être traitée rapidement avec des schémas thérapeutiques antibiotiques fondés sur des bases factuelles ; une évaluation doit être effectuée pour déterminer si une évacuation utérine est nécessaire en raison d'une rétention des produits de conception (voir le [Tableau 5](#)).

### 4.3.3 Complications graves

Bien que l'avortement incomplet et l'infection soient les complications les plus courantes après l'avortement, les prestataires de soins de santé devraient être en mesure de reconnaître les complications rares (<1 %) mais potentiellement mortelles décrites dans les sections suivantes et de les traiter ou de transférer la cliente vers des services spécialisés. Il est à noter que ces complications surviennent plus fréquemment lorsque des méthodes d'avortement non sécurisé sont utilisées.

#### 4.3.3.1 Septicémie

Les signes évoquant une septicémie et indiquant le besoin d'une intervention urgente incluent :

- une hypotension
- une tachycardie
- une augmentation de la fréquence respiratoire
- des douleurs sévères

En cas de présence de ces signes, mettez en place deux lignes intraveineuses avec des liquides intraveineux (solution saline normale ou solution de lactate de sodium composé) et commencez des antibiotiques à large spectre.

En cas de rétention suspectée de produits de conception retenus, l'évacuation de l'utérus doit être envisagée.

Si la situation n'est pas stabilisée ou si la cliente peut avoir besoin de soins intensifs, un transfert doit être organisé.

#### 4.3.3.2 Perforation utérine

La plupart des perforations ne sont pas détectées et se résolvent spontanément sans aucune intervention. Il faut toutefois suspecter une perforation utérine si la canule ou la pince s'enfoncent au-delà des limites attendues de l'utérus d'après un examen bimanuel ou une échographie, ou en cas d'extraction de graisse ou de l'intestin à partir de l'utérus.

Si disponible, la laparoscopie est la méthode de choix pour pousser les analyses. Si la laparoscopie n'est pas disponible ou si des lésions aux organes ou aux vaisseaux sanguins sont suspectées, une laparotomie exploratoire doit être réalisée. Le prestataire de soins de santé doit envisager un transfert et une réanimation précoces si une intervention chirurgicale ne peut pas être réalisée dans l'établissement de santé.

#### 4.3.3.3 Lésions de l'intestin

Un diagnostic tardif de perforation intestinale peut entraîner une péritonite et la mort. Les prestataires de soins de tous les cadres doivent être en mesure de surveiller les fonctions vitales et l'état de la cliente après l'intervention.

Les signes et symptômes cliniques avant-coureurs d'une perforation intestinale pendant la période post-opératoire sont les suivants :

- douleurs abdominales ou douleurs à l'épaule (signe de liquide ou de sang dans l'abdomen provoquant une irritation du diaphragme)
- incapacité à tolérer les liquides par voie buccale, nausées ou vomissements
- abdomen distendu avec diminution des bruits intestinaux et sensibilité au rebond
- fièvre et état de malaise
- augmentation du pouls avec abaissement de la tension artérielle

Une lésion de l'intestin se manifeste le plus souvent 12 à 36 heures après un avortement chirurgical connu (ou un avortement non sécurisé suspecté), bien qu'elle puisse se manifester seulement 5 à 7 jours plus tard. L'établissement de santé et le personnel doivent être au courant des protocoles de transfert en cas de suspicion de perforation de l'intestin. La cliente doit être maintenue à jeun si une lésion de l'intestin est suspectée. La suspicion clinique peut être confirmée par radiographie (air libre intra-abdominal), auquel cas une laparotomie est indiquée pour le traitement.



## 5. Contraception post-avortement

Généralement, la quasi-totalité des méthodes de contraception peuvent être mises en route immédiatement après un avortement chirurgical ou médicamenteux.

Si elle n'est pas mise en route sur-le-champ, la méthode peut être mise en route s'il existe une certitude raisonnable que la cliente n'est pas enceinte. La nécessité d'une contraception supplémentaire et sa durée dépendent du moment où la méthode est mise en route et du mécanisme d'action de la contraception choisie (voir le [Chapitre 4 : Contraception](#)).

Comme pour la mise en route de toute méthode contraceptive, il convient de vérifier l'éligibilité médicale de la cliente à une méthode (voir [Chapitre 4 : Contraception](#) et l'[Annexe 1](#) de ce chapitre pour les tableaux récapitulatifs des critères d'éligibilité médicale).

Un contact de suivi doit être proposé à la cliente qui ne choisit pas de mettre en route immédiatement une méthode contraceptive pour en discuter davantage et il est recommandé de lui fournir systématiquement des réserves de préservatifs et de pilules contraceptives d'urgence.

Quand on parle de mise en route immédiate de la contraception après un avortement chirurgical, on parle du même jour que l'intervention. La mise en route immédiate après un avortement médicamenteux fait référence au jour où la première pilule de prise d'un schéma thérapeutique d'avortement médicamenteux (mifépristone pour un schéma thérapeutique combiné ou première dose de misoprostol pour les schémas thérapeutiques à base de misoprostol seul). En cas de mise en route immédiate de la contraception, aucune protection supplémentaire ni abstinence ne sont nécessaires.

## 6. Approche de réduction des risques

Dans les cas où l'avortement est légalement autorisé, les prestataires doivent être formés et équipés pour offrir des soins d'avortement sécurisés et accessibles. Toutefois, dans les contextes où l'avortement est soumis à des lois très restrictives, il est possible d'adopter une approche de réduction des risques en vue d'améliorer les soins aux clientes ayant une grossesse non désirée.

L'approche de réduction des risques pour prévenir les avortements non sécurisés repose sur trois principes, à savoir : **la neutralité, l'humanisme et le pragmatisme**. Elle est ancrée dans des principes éthiques de la relation prestataire-client et offre une approche inclusive à toutes les personnes qui peuvent devenir enceintes, quel que soit leur statut socio-économique ou leur niveau d'instruction, tout en préservant leur confidentialité.

Ces principes peuvent être adoptés dans tous les pays, même dans ceux où l'avortement est restreint ou illégal, pour fournir des informations et des soins de soutien dans le respect de la loi.

Un modèle de réduction des risques fournit des soins liés à l'avortement dans toute la mesure permise par la loi. Autrement dit, si la cliente nécessitant un avortement remplit les critères pour procéder à un avortement légal, celui-ci lui est fourni ou la cliente est transférée vers les services de soins appropriés (sous réserve de son acceptation et qu'il s'agit de son choix préféré). Si la cliente ne remplit pas les critères pour procéder à un avortement légal, elle reçoit des informations et un conseil afin de réduire au minimum les préjudices qu'elle pourrait subir si elle s'efforçait de mettre fin à la grossesse.

Une approche de réduction des risques reconnaît que pour chaque avortement il y a trois étapes, et les soins sont fournis en conséquence :

1. L'étape préalable à l'avortement (« avant ») : des services de conseil et des consultations préalables à l'avortement sont fournis, y compris du conseil sur les options de grossesse et des informations sur les méthodes d'avortement les plus sûres disponibles (c.-à-d. prise de misoprostol).



2. L'étape de l'avortement (« pendant ») : la personne auto-gère son avortement hors du cadre clinique.
  - a. Les activités de soutien possibles pour une personne à cette étape, en particulier pour empêcher les interventions les plus dangereuses, dépendent de la législation locale et d'une évaluation juridique.
3. L'étape des soins après avortement (« après ») : Des soins post-avortement sont dispensés, par téléphone/à distance ou par consultation de suivi en personne. Les complications, le cas échéant, sont prises en charge et des soins de santé sont fournis afin de prévenir les futures grossesses non désirées et de répondre à d'autres préoccupations en matière de santé sexuelle et reproductive.

## Bibliographie

- [1] Organisation mondiale de la Santé. Abortion Care Guideline. Genève : OMS ; 2022. Disponible à : <https://www.who.int/publications/item/9789240039483>. Site consulté le 1 avril 2022.
- [2] Say L, Chou D, Gemmill A, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2014;2(6):e323–33.
- [3] Center for Reproductive Rights [site Internet]. The World's Abortion Laws. Disponible à : <https://reproductiverights.org/worldabortionlaws>. Site consulté le 17 juin 2020.
- [4] Reynolds-Wright JJ, Johnstone A, McCabe K, Evans E, Cameron S. Telemedicine medical abortion at home under 12 weeks' gestation: a prospective observational cohort study during the COVID-19 pandemic. *BMJ Sex Reprod Health*. 2021;47(4):246–251.
- [5] Bartlett LA, Berg CJ, Shulman HB, et al. Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstet Gynecol*. 2004;103(4):729–37.
- [6] Ipas. Actualités cliniques dans le domaine de la santé reproductive. Castleman L and Kapp N (editors). Chapel Hill, NC : Ipas ; 2020. Disponible à : <https://www.ipas.org/resource/actualites-cliniques-dans-le-domaine-de-la-sante-reproductive/>. Site consulté le 17 juin 2020.
- [7] Renner RM, Jensen JT, Nichols MD, Edelman AB. Pain control in first-trimester surgical abortion: a systematic review of randomized controlled trials. *Contraception* 2010;81(5):372–388.
- [8] International Federation of Gynecology and Obstetrics. Consensus statement on uterine evacuation. Juillet 2011. Disponible à : <https://www.figo.org/news/figo-consensus-statement-uterine-evacuation#:~:text=Recommandation%20Evacuate%20the%20uterus%20with,dilatation%20and%20curettage%20or%20D%26C>. Site consulté le 21 avril 2022.
- [9] Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Bonnes pratiques en soins liés à l'avortement. Londres : RCOG ; 2022. Disponible à : <https://www.rcog.org.uk/media/o3ydp0jl/abortion-care-francais-best-practice-paper-april-2022.pdf>. Site consulté le 23 juin 2022.

## 7.1 Ressources

- Erdman J. Access to Information on Safe Abortion: A Harm Reduction and Human Rights Approach. *Harvard Journal of Law & Gender*, 2011;34:413–462. Disponible à : [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=1884387](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1884387). Site consulté le 17 juin 2020.
- Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. Contraception after Pregnancy. London : RCOG ; 2017. Disponible à : <https://www.fsrh.org/news/new-fsrh-guideline--contraception-after-pregnancy/>. Site consulté le 24 novembre 2017.
- Gemzell-Danielsson K, Lalitkumar S. Second trimester medical abortion with mifepristone-misoprostol and misoprostol alone: a review of methods and management. *Reprod Health Matters*. 2008;16(31):162–72.
- Guttmacher Institute [site Internet]. La grossesse non planifiée et l'avortement dans le monde. Fiche d'information. Mars 2022. Disponible à : <https://www.guttmacher.org/fr/fact-sheet/induced-abortion-worldwide>. Site consulté le 7 avril 2022.
- Hyman A, Blanchard K, Coeytaux F, Grossman D, Teixeira A. Misoprostol in women's hands: a harm reduction strategy for unsafe abortion. *Contraception*. 2013;87(2):128–130.
- Ipas. Safe abortion care (SAC) toolkit. Chapel Hill, Caroline du Nord : Ipas ; 2010.
- Labandera A, Gorgoroso M, Briozzo L. Implementation of the risk and harm reduction strategy against unsafe abortion in Uruguay: from a university hospital to the entire country. *Int J Gynecol Obstet*. 2016;134 (Suppl 1):S7–S11.
- Morris J, Winikoff B, Dabash R, et al. FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics. *Int J Gynecol Obstet*. 2017;138(3):363–366.
- Meirik O, My Huong NT, Piaggio G, et al. Complications of first-trimester abortion by vacuum aspiration after cervical preparation with and without misoprostol: a multicentre randomised trial. *Lancet*. 2012;379(9828):1817–1824.



Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The Care of Women Requesting Induced Abortion. Evidence-based Clinical Guideline Number 7. Londres : RCOG ; 2011. Disponible à : <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/the-care-of-women-requesting-induced-abortion/>. Site consulté le 13 septembre 2017.

Sedgh G, Bearak J, Singh S, et al. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. *Lancet*. 2016;388(10041):258–67.

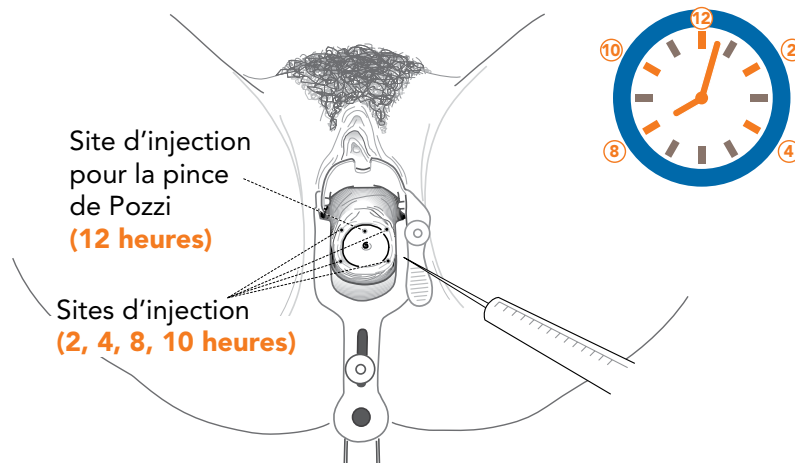
Nations Unies. Programme d'action adopté à la Conférence internationale sur la population et le développement au Caire, 5–13 septembre 1994. Édition du vingtième anniversaire. New York : Nations Unies ; 2014. Disponible à : <https://www.unfpa.org/fr/publications/programme-daction-de-la-conference-internationale-sur-la-population-et-le>. Site consulté le 18 octobre 2019.

USAID Postabortion Care Working Group. Postabortion Care Global Resources: A Guide for Program Design, Implementation, and Evaluation. Washington, DC : USAID ; 2007. Disponible à : <http://www.postabortioncare.org/content/download-pac-global-resources-guide>. Site consulté le 22 juin 2020.

Wen J, Cai QY, Deng F, Li YP. Manual versus electric vacuum aspiration for first-trimester abortion: a systematic review. *BJOG*. 2008;115(1):5–13.

## Annexes

### Annexe 1 : Technique de réalisation d'un bloc paracervical



- 1 Préparer une seringue de lidocaïne: utiliser 20 ml de lidocaïne à 1% et une aiguille de 3 cm de long.
- 2 Mettre en place le spéculum et procéder à la préparation antiseptique du col utérin.
- 3 Injecter 2 ml de lidocaïne superficiellement dans la lèvre antérieure du col utérin, à l'endroit où sera placée la pince de Pozzi (à 12 heures).
- 4 Saisir le col à 12 heures avec la pince de Pozzi.
- 5 Injecter le reste de lidocaïne, en quantités égales, sur tout le pourtour de la jonction cervico-vaginale, à 2, 4, 8 et 10 heures.
- 6 Débuter immédiatement la procédure.

#### CONSEILS PRATIQUES

- Ne pas dépasser la dose maximale de lidocaïne, qui est de 4,5 mg/kg ou de 200 mg au total.
- Si l'on ne dispose pas de lidocaïne à 1%, on peut la remplacer par 10 ml de lidocaïne à 2%. On peut recourir à une technique de réalisation de bloc paracervical en deux points (injection à 4 et 8 heures).
- Une injection profonde de lidocaïne (3 cm) soulage plus efficacement la douleur qu'une injection superficielle.
- Aspirer avant d'injecter pour éviter une injection intravasculaire.
- Les effets indésirables potentiels d'une injection intravasculaire sont notamment des picotements autour de la bouche, des bourdonnements d'oreille (acouphène), un goût métallique, des étourdissements ou un pouls irrégulier et/ou ralenti.
- Des prestataires de niveau intermédiaire formés à la réalisation d'un bloc paracervical parviennent à un niveau de sécurité et d'efficacité similaire à celui obtenu par des médecins.
- Les événements indésirables graves associés à un bloc paracervical sont rares.

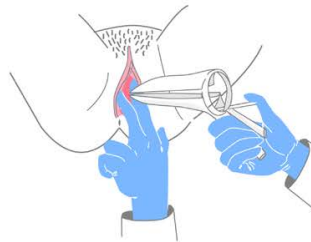
## Annexe 2: Technique de réalisation d'une aspiration intra-utérine

### L'avortement par aspiration intra-utérine étape par étape

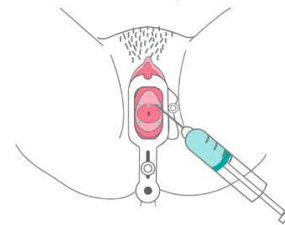


safe2choose

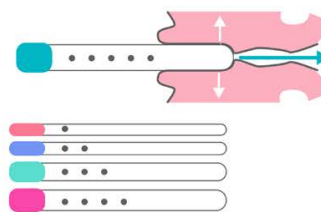
- 1** L'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) ou l'aspiration électrique intra-utérine (AEIU) commenceront par un **examen pelvien ou au spéculum**.



- 2** Une **anesthésie** locale est le plus souvent injectée à côté du col de l'utérus.

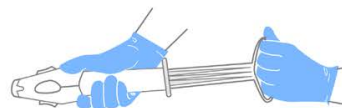


- 3** Le clinicien commencera alors à **dilater le col** avec des instruments appelés dilateurs cervicaux.  
*Ces dilateurs augmentent de taille progressivement, en fonction du nombre de semaines de grossesse de la grossesse.*



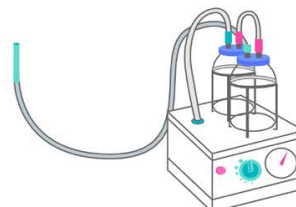
- 4** Une fois la dilatation souhaitée atteinte, le clinicien effectuera l'**aspiration** et retirera la grossesse.

A) il utilisera soit un appareil d'aspiration portable silencieux pour une **aspiration manuelle intra-utérine (AMIU)**.



**OU**

B) un appareil électrique pour une **aspiration électrique intra-utérine (AEIU)**.



- 5** Après le retrait de la grossesse, le prestataire peut choisir de faire une échographie, puis la femme est autorisée à **se reposer**.



## Annexe 3: Technique de dilatation et évacuation

### Procédure étape par étape

- Effectuer un contrôle de sécurité et vérifier l'équipement.
- Demander à la patiente de vider sa vessie avant d'entrer en salle d'opérations.
- Débuter l'administration intraveineuse d'analgésiques et/ou d'anxiolytiques. Les éventuels médicaments oraux doivent être administrés avant la procédure de dilatation et évacuation afin de pratiquer celle-ci au moment où leur effet est maximal.
- Procéder à un examen bimanuel pour contrôler la taille et la position de l'utérus et le degré de dilatation cervicale. Retirer et compter tous les dilateurs osmotiques précédemment mis en place. Si le col de l'utérus est insuffisamment préparé, administrer une dose supplémentaire de misoprostol ou mettre en place une nouvelle série de dilateurs.
- Insérer le spéculum.
- Nettoyer le col avec une solution antiseptique, par exemple de la povidone iodée (Betadine®).
- Pratiquer un bloc paracervical et mettre en place la pince de Pozzi.
- Appliquer une traction sur la pince de Pozzi pour descendre le col dans le vagin.
  - Si la grossesse est plus avancée, on peut, si on le souhaite, utiliser une pince circulaire, une pince de Foerster, une pince à compresse ou une pince de Museux au lieu d'une pince de Pozzi.
- Vérifier à nouveau si la dilatation est suffisante en essayant d'insérer le dilateur du plus grand diamètre sans forcer.
- Dilater mécaniquement le col si nécessaire pour parvenir au degré de dilatation requis.
  - Les dilateurs doivent atteindre l'orifice cervical interne sans pénétrer plus loin dans l'utérus. Toucher le fond de la cavité utérine avec le dilateur est douloureux pour la patiente et accroît le risque de perforation.
- Pratiquer une aspiration intra-utérine avec la plus grosse canule disponible (12 à 16 mm) et aspirer le liquide amniotique (voir figure 1). On peut recourir à une aspiration intra-utérine électrique ou manuelle.
  - Pratiquer l'aspiration comme pour un avortement par aspiration au cours du premier trimestre, en faisant tourner la canule durant l'aspiration. Si l'on utilise l'AMIU, vider l'aspirateur lorsqu'il est plein et répéter l'aspiration si nécessaire. Lorsque l'on n'aspire plus rien, retirer la canule de l'utérus.
  - Jusqu'à 15 semaines de grossesse, il est parfois possible de réaliser l'avortement uniquement par aspiration.
- Maintenir une légère traction sur la pince de Pozzi pour redresser le canal endocervical, faire passer le forceps fermé au travers du col en direction verticale (la mâchoire de la pince-forceps de Bierer ou de Sophor doit s'ouvrir verticalement et non pas horizontalement) (voir figure 2).

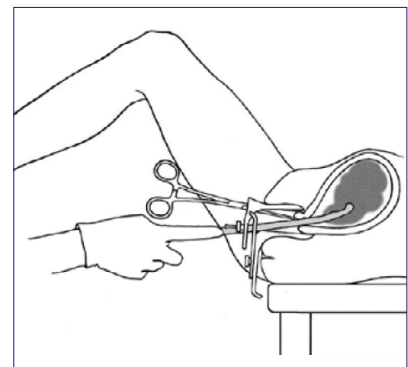


Figure 1. Aspirer le liquide amniotique.

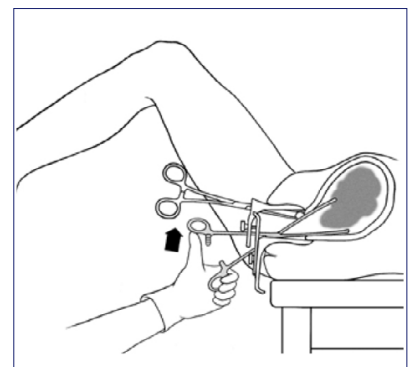


Figure 2. Ouvrir le forceps.

- Dès que le forceps a traversé l'orifice cervical interne, l'ouvrir délicatement aussi largement que possible. Lors de l'ouverture du forceps, abaisser la main et le forceps en direction du sol pour amener les mâchoires du forceps dans le segment antéro-inférieur de l'utérus (voir figure 3).
  - En milieu de deuxième trimestre, l'utérus gravide est généralement positionné antérieurement, vers la paroi antérieure de l'abdomen.
- Pour évacuer les tissus, fermer les mâchoires du forceps autour des tissus fœtaux et le faire pivoter de 90° pour faciliter la désarticulation avant de le retirer.
  - Veiller à ne pas saisir le myomètre avec le forceps.
  - Maintenir le forceps dans le segment inférieur à moyen de l'utérus. Il n'est généralement pas nécessaire d'utiliser le forceps à proximité du fond de la cavité utérine, ce qui augmente le risque de perforation (voir figure 4).
- Répéter jusqu'à élimination complète du fœtus et de la majeure partie ou de la totalité du placenta.
  - Essayer de retirer des tissus lors de chaque passage du forceps.
    - Si l'on ne parvient pas à localiser et à déplacer le fœtus ou certaines parties du fœtus dans un délai de 5 à 7 minutes, envisager une échographie pour visualiser et guider les déplacements du forceps.
    - Si les tissus se sont déplacés du segment inférieur de l'utérus vers le fond de la cavité utérine, recourir à l'aspiration pour les ramener vers le bas à portée du forceps ou envisager de retirer le spéculum et la pince de Pozzi et de procéder à un massage de l'utérus. Si la dilatation est suffisante pour permettre le passage d'une partie de la main du prestataire, celui-ci peut repositionner la grossesse par voie interne. Dans le cas fort peu probable où ces manœuvres ne suffisent pas à amener les tissus à portée du forceps, administrer 400 µg de misoprostol (par voie buccale) ou une forte dose d'ocytocine (200 unités dans 500 ml de sérum physiologique ou de lactate de Ringer à administrer par perfusion intraveineuse à une vitesse de 50 ml/heure). Réessayer la procédure de dilatation et évacuation après 30 minutes à 3 heures. La patiente doit rester en observation pendant ce temps.
- Après évacuation de tous les tissus fœtaux, pratiquer une aspiration pour s'assurer qu'il ne subsiste plus de tissus résiduels.
- Examiner les tissus fœtaux pour avoir la certitude que l'évacuation est complète :
  - Identifier les différentes parties du fœtus (le thorax, la colonne vertébrale, la boîte crânienne, les quatre membres et le placenta) pour toutes les procédures à partir de 14 semaines de grossesse.
  - Si l'on n'est pas certain que l'évacuation est complète, on peut recourir à une échographie ou à un toucher vaginal pour en avoir confirmation.

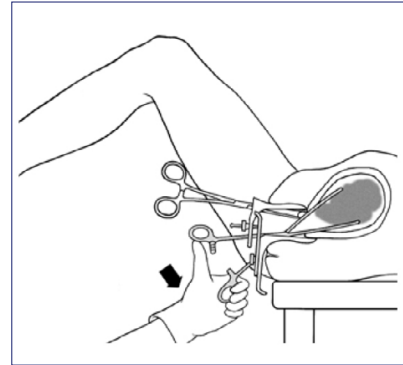


Figure 3. Tirer la poignée du forceps vers le bas de manière à amener sa partie préhensive au niveau du segment antéro-inférieur de l'utérus.

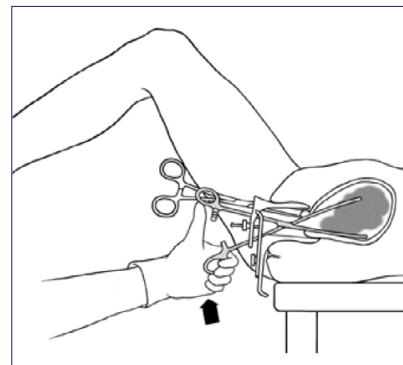


Figure 4. Évacuer le contenu de la portion inférieure de la cavité utérine.



# Chapitre 6 :

## Infections sexuellement transmissibles

# sommaire

<b>1. Introduction</b>	<b>195</b>
1.1 Termes clés, ampleur et vue d'ensemble des IST	195
1.2 Position de l'IPPF sur la prise en charge des IST	197
1.3 Compétences clés pour les prestataires de soins de santé	197
<b>2. Prestation de soins de santé complets pour les IST</b>	<b>198</b>
2.1 Prévention des IST	199
2.2 Conseil aux clients lors de leur consultation pour des soins de santé des IST	201
2.3 Évaluation du/de la client·e	202
2.4 Fourniture de traitement des IST	205
2.5 Notification aux partenaires	206
2.6 Orientation	207
<b>3. Tests diagnostiques</b>	<b>208</b>
<b>4. IST courantes, caractéristiques cliniques et diagnostics</b>	<b>210</b>
4.1 IST bactériennes curables	210
4.2 IST protozoaires curables	216
4.3 Infections de l'appareil reproducteur endogènes (non transmises sexuellement)	217
4.4 Infections virales persistantes (pour le VIH, voir le <i>Chapitre 7</i> )	218
4.5 Infections émergentes qui sont potentiellement sexuellement transmissibles	222



# sommaire (suite)

<b>5. Prise en charge syndromique</b>	<b>223</b>
5.1 Syndrome d'écoulement urétral	224
5.2 Syndrome d'ulcération génitale	224
5.3 Syndrome d'écoulement vaginal	225
5.4 Douleurs dans le bas-ventre	227
5.5 Écoulement anorectal	228
5.6 Autres syndromes courants	228
<b>6. Bibliographie</b>	<b>230</b>
6.1 Ressources	231
<b>7. Annexes</b>	<b>232</b>
Annexe 1 : Liste des conseils de l'OMS relatifs à la prise en charge des IST	232
Annexe 2 : Options de traitement recommandées	233
Annexe 3 : Organigrammes de la prise en charge syndromique	243

# 1. Introduction

Les infections sexuellement transmissibles (IST) ont un profond impact sur la santé reproductive. Bien qu'un grand nombre de bactéries, virus et parasites soient transmissibles par contact sexuel, huit d'entre eux sont responsables de la plus forte incidence de maladies. Quatre sont actuellement curables : la syphilis, la gonorrhée, l'infection par chlamydia et la trichomonase, tandis que les autres sont des infections virales qui demeurent incurables : l'hépatite B, le virus de l'herpès simplex (HSV ou herpès), le VIH et le papillomavirus humain (HPV).

Les IST ont un impact direct sur la santé sexuelle et reproductive du fait de la stigmatisation, de l'infertilité, des cancers et des complications de grossesse qu'elles induisent et elles peuvent augmenter le risque d'infection par le VIH d'une personne. Ce chapitre a pour objectif de donner des précisions sur la prévention, le diagnostic et le traitement des infections qui se propagent principalement par contact sexuel, y compris les rapports sexuels vaginaux, anaux et oraux, en vue d'atténuer ainsi les conséquences graves de l'infection et de la maladie.

## 1.1 Termes clés, ampleur et vue d'ensemble des IST

Les termes « infections sexuellement transmissibles » et « maladies sexuellement transmissibles » (MST) sont souvent utilisés de manière interchangeable, bien qu'ils se réfèrent à deux pathologies différentes. Les « infections » peuvent ou non entraîner des « maladies », des complications et des séquelles. L'emploi du terme IST plutôt que MST souligne le fait que les infections peuvent exister et être transmissibles sans provoquer, ou avant de provoquer, de manifestations cliniques. Les IST sont souvent asymptomatiques (par exemple, la chlamydia, la gonorrhée, le HPV) et certaines n'affectent pas directement les organes génitaux ou l'appareil reproducteur (par exemple, le VIH, l'hépatite B, l'hépatite C).

« Infections de l'appareil reproducteur » (IAR) est un terme générique désignant toutes les infections de l'appareil reproducteur. Les IST n'affectent pas toutes l'appareil reproducteur et les IAR ne sont pas toutes transmises sexuellement. Les IST désignent le *mode* de transmission, tandis que les IAR désignent le *site* où les infections se développent.

Les IAR incluent :

- Les IST qui affectent l'appareil reproducteur (par ex. la gonorrhée, la chlamydia, la syphilis, l'herpès génital, la trichomonase, le chancre mou, le HPV).

### Sigles et abréviations

<b>CVV</b>	candidose vulvovaginale
<b>DIU</b>	dispositif intra-utérin
<b>HBsAG</b>	antigène de surface du virus de l'hépatite B
<b>HBeAG</b>	antigène e du virus de l'hépatite B
<b>HPV</b>	papillomavirus humain
<b>HSV</b>	virus de l'herpès simplex
<b>IAR</b>	infection de l'appareil reproducteur
<b>IPPF</b>	Fédération internationale pour la planification familiale
<b>IST</b>	infection sexuellement transmissible
<b>IVU</b>	infection des voies urinaires
<b>LGV</b>	lymphogranulome vénérien
<b>MPI</b>	maladie pelvienne inflammatoire
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la Santé
<b>PCR</b>	amplification en chaîne par polymérase
<b>PrEP</b>	prophylaxie pré-exposition
<b>RPR</b>	test rapide de la réagine plasmatique
<b>TAAN</b>	test d'amplification des acides nucléiques
<b>TDR</b>	test de diagnostic rapide
<b>TROD</b>	test rapide d'orientation diagnostique
<b>VB</b>	vaginose bactérienne
<b>VHB</b>	virus de l'hépatite B
<b>VHC</b>	virus de l'hépatite C
<b>VIH</b>	virus de l'immunodéficience humaine

- Les IAR endogènes qui sont causées par une prolifération de micro-organismes normalement présents dans l'appareil reproducteur des femmes en bonne santé et qui ne sont pas sexuellement transmissibles (par exemple, la vaginose bactérienne ou la candidose vulvovaginale, également connue sous le nom d'infections à levures).
- Les IAR iatrogéniques qui peuvent résulter d'une mauvaise prévention des infections et de mauvaises procédures médicales, telles que l'insertion d'un dispositif intra-utérin (DIU), un avortement non sécurisé ou d'autres procédures gynécologiques/obstétricales (par exemple, prise en charge des complications de la grossesse, entraînant une infection de l'utérus, des trompes de Fallope et d'autres organes pelviens).

Les infections des voies urinaires affectent la vessie et l'urètre et peuvent être causées par des organismes sexuellement transmissibles ou par des bactéries gastro-intestinales (par exemple, les bactéries *E. coli* sont la principale cause des infections de la vessie).

Les IST sont une cause importante de morbidité dans le monde, car un grand nombre de personnes contractent de nouvelles infections et vivent avec des infections existantes, dont certaines peuvent avoir des conséquences potentiellement mortelles. À l'échelle mondiale, tous les jours, plus d'un million d'IST sont acquises.

### 1.1.1 Aperçu des IST

Bien qu'il existe plus d'une trentaine d'agents pathogènes connus comme étant sexuellement transmissibles, la grande majorité des maladies liées aux IST ne sont dues qu'à huit d'entre eux, dont quatre sont actuellement curables :

***Treponema pallidum* (ou le Tréponème pâle), responsable de la syphilis, *Neisseria gonorrhoeae*, responsable de la gonorrhée, *Chlamydia trachomatis*, responsable de la chlamydia et *Trichomonas vaginalis*, responsable de la trichomonase.**

Ces quatre agents pathogènes peuvent être traités efficacement au moyen de schémas thérapeutiques antibiotiques à dose unique, malgré la récente augmentation de la résistance aux antimicrobiens parmi les IST, en particulier dans le cas de la gonorrhée. Les quatre IST incurables/virales les plus courantes sont **le virus de l'hépatite B, le virus de l'herpès simplex génital (HSV de type 2), le VIH et le HPV.**

Quoique incurables, ces infections peuvent être atténuées ou modulées par un traitement et il existe des vaccinations pour l'hépatite B et pour de nombreux types de HPV [1].\*

Un grand nombre d'IST sont asymptomatiques ou ne se manifestent que par des symptômes bénins, parfois difficilement reconnaissables, ce qui accroît le risque de complications et peut avoir des conséquences graves dans certains cas. Des dysfonctionnements sexuels, l'infertilité et la morbidité psychologique peuvent également être une conséquence d'IST, en raison de la stigmatisation et de la discrimination qu'elles induisent.

Les **infections gonococciques** et les **infections chlamydiales** sont souvent asymptomatiques et sont fréquentes chez toutes les personnes. Ces infections peuvent toutes deux entraîner des complications graves chez la femme, y compris une maladie pelvienne inflammatoire (MPI), une grossesse extra-utérine et l'infertilité. Chez l'homme, une infection urétrale non traitée peut entraîner une épидidymite, une sténose urétrale et l'infertilité. Le lymphogranulome vénérien (LGV), causé par un sérotype plus invasif de *C. trachomatis*, est de plus en plus répandu dans certaines régions chez

les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Les nourrissons de personnes atteintes d'une infection gonococcique ou chlamydiale peuvent développer une conjonctivite néonatale, qui peut entraîner la cécité si elle n'est pas traitée. L'infection chlamydiale maternelle est également associée à des naissances prématurées, à une insuffisance pondérale à la naissance, à une infection nasopharyngée néonatale et à la pneumonie [2,3].

La **syphilis primaire** se présente souvent comme un chancre indolore, qui peut exister à l'insu des clients. La syphilis non traitée peut évoluer en une syphilis secondaire, une syphilis latente précoce et tardive (asymptomatique) et une syphilis tertiaire (c.-à-d. une maladie grave : la neurosyphilis, la syphilis cardiovasculaire et la syphilis gommeuse). La transmission verticale de la syphilis (syphilis congénitale) a généralement un effet dévastateur sur le fœtus si l'infection maternelle n'est pas détectée et traitée en début de grossesse [4].

Les **infections par le HPV** sont généralement asymptomatiques et la grande majorité d'entre elles disparaissent d'elles-mêmes en l'espace de quelques mois jusqu'à deux ans, quoiqu'une faible proportion d'entre elles persistent. En cas d'infection persistante, plusieurs types de HPV peuvent causer des cancers du col de l'utérus, de la vulve, du vagin, de l'anus, du pénis et de l'oropharynx, ainsi que des verrues génitales. Point plus important encore, les HPV 16 et 18 causent environ 70 % des cancers du col de l'utérus et des lésions précancéreuses du col de l'utérus dans le monde. Le cancer du col de l'utérus est le quatrième cancer le plus fréquent chez la femme, pour lequel environ 90 % des nouveaux cas et des décès dans le monde se sont produits dans les pays à revenu faible ou intermédiaire en 2020 [5].

Le **VIH** est généralement asymptomatique au départ, mais affaiblit les fonctions immunitaires s'il n'est pas traité, de sorte que les personnes vivant avec le VIH sont de plus en plus vulnérables à un large éventail d'infections, de cancers et d'autres maladies. S'il n'est pas détecté et traité, le VIH peut également être transmis par voie périnatale pendant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement. Les IST qui causent des ulcères génitaux, comme la syphilis, l'herpès et le chancre mou, peuvent également accroître le risque d'infection par le VIH (voir le [Chapitre 7: VIH](#)).

L'**hépatite virale** attaque le foie et peut causer des maladies aiguës et chroniques, bien que la plupart des personnes atteintes ne ressentent pas de symptômes lorsqu'elles sont nouvellement infectées. L'hépatite virale peut également entraîner la mort suite à une maladie hépatique chronique et à un cancer du foie, principalement causés par les virus de l'hépatite B et C [6].

\* Le vaccin Gardasil 9 protège contre neuf types de HPV (types 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 et 58), tandis que le vaccin Cervarix protège contre deux types de HPV et le Gardasil contre quatre types de HPV.

## 1.2 Position de l'IPPF sur la prise en charge des IST

- Des soins de santé complets des IST devraient être acceptables, accessibles, abordables, équitables et fondés sur des bases factuelles et être offerts sous la forme d'un ensemble intégré de soins avec d'autres soins de santé sexuelle et reproductive, dans le cadre d'une approche centrée sur les clients.
- Le dépistage, le diagnostic et le traitement des IST (y compris le dépistage du risque d'IST), ainsi que la prévention du VIH et le conseil en matière de réduction des risques, sont des composantes essentielles de soins complets de santé sexuelle et reproductive et conformes à l'ensemble intégré de services essentiels de la Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF) (voir le *Chapitre 1 : Principes directeurs et approches*).
- La prise en charge des IST doit être éclairée par les lignes directrices nationales ou celles de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (voir l'*Annexe 1*) et d'autres lignes directrices mondiales pertinentes adaptées au contexte local.
- Un traitement correct et efficace des IST, dans l'idéal administré et pris le jour même, lors du premier contact entre le-la client-e et le prestataire de soins de santé, est important car il tente de briser la chaîne de transmission de l'infection sans retard.
- Il existe toute une variété de tests facilement disponibles qui permettent le diagnostic et le traitement en l'espace d'une seule consultation, appelés tests de diagnostic rapide (TDR) ou tests rapides d'orientation diagnostique (TROD), pour le VIH et la syphilis (séparément ou en utilisant un TDR double VIH/syphilis). Dans le cadre des soins prénatals, ces tests sont à utiliser à titre de priorité, afin d'aider à empêcher la transmission périnatale de la syphilis et du VIH.
- La prise en charge syndromique est efficace pour certaines IST et est recommandée dans les contextes dépourvus de capacité suffisante d'analyses en laboratoire ou en l'absence de tests diagnostiques. Les clients symptomatiques doivent être pris en charge conformément aux lignes directrices nationales de prise en charge des IST.
- Tous les soins de santé doivent être axés autour d'une approche fondée sur les droits. Les clients ne doivent jamais être contraints par qui que ce soit à obtenir des soins et leur consentement doit impérativement être obtenu avant de recevoir des soins de santé liés aux IST.
- Informez les clients qui doivent recevoir un traitement contre les IST que leur ou leurs partenaires sexuels devraient également être testés et/ou traités et préparez ces clients en leur remettant des conseils pratiques

sur la façon de parler à leurs partenaires au sujet d'IST (voir la *Section 2.5 : Notification aux partenaires*).

- Le dépistage périodique des populations les plus exposées aux IST est recommandé, y compris les jeunes (tranche d'âge déterminée par les tendances locales de prévalence des IST), les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres, les travailleur-se-s du sexe et les personnes qui consomment des drogues.
- Les clients doivent être orientés vers des soins de santé supplémentaires selon les besoins, y compris pour un dépistage et un traitement rapides des IST si ces services ne sont pas disponibles dans l'établissement de santé où le-la client-e s'est présenté-e. Tous les soins de santé des IST doivent s'accompagner de consultations de suivi pour passer en revue le traitement et fournir des conseils supplémentaires et/ou des soins connexes. Tous les aspects des soins doivent rester confidentiels.

## 1.3 Compétences clés pour les prestataires de soins de santé

### Connaître l'épidémiologie locale et nationale des IST :

Les prestataires doivent se tenir au courant de la prévalence des IST dans leur pays ou leur localité comme point de départ pour évaluer le risque d'IST parmi leur population de clients. Le fait de combiner ces informations à une évaluation individuelle des risques lors de l'anamnèse du de la client-e favorisera la prise en charge efficace des IST, en particulier lorsque des tests étiologiques ne sont pas disponibles sur place (voir *Section 3 : Tests diagnostiques*).

### Se tenir au courant des informations cliniques et des lignes directrices en vigueur :

Les prestataires doivent se tenir au courant des manifestations des IST, de leurs méthodes de dépistage/diagnostic et de leurs schémas thérapeutiques, ainsi que des interventions en vue de leur prévention. Ils doivent aussi connaître les lignes directrices locales et régionales en vigueur, le cas échéant, et être au courant des évolutions locales pertinentes concernant des infections et traitements particuliers (par exemple, réduction de la sensibilité/susceptibilité aux antibiotiques). L'émergence de la résistance aux antimicrobiens de certaines IST peut se répercuter sur le traitement recommandé, en particulier de *N. gonorrhoeae* (la bactérie responsable de la gonorrhée).

### Être en mesure de fournir des soins de santé pour les IST sans porter de jugement de valeur et sans stigmatisation :

Les prestataires doivent s'efforcer de fournir des soins confidentiels et sans porter de jugement de valeur et ils doivent promouvoir une bonne santé sexuelle et reproductive d'une manière qui réduit la stigmatisation associée aux IST, au VIH et aux grossesses non désirées. De nombreuses populations à haut risque d'IST (voir l'*Encadré 1*) sont également confrontées

à la stigmatisation et à la discrimination et peuvent ne pas se présenter à des consultations de soins de santé par crainte de stigmatisation ou parce qu'elles sont convaincues que les soins ne sont pas adaptés à leur situation. Les prestataires peuvent également négliger des populations à risque, comme les personnes handicapées, en présumant qu'elles ne sont pas sexuellement actives. Certains clients peuvent également ne pas avoir les moyens financiers de se permettre un traitement, d'autres peuvent éviter ou retarder l'accès à des soins de santé ou la mention de symptômes d'IST de crainte de stigmatisation et par honte ; et/ou ils peuvent avoir une vie très active et ne pas prendre le temps de consulter, de suivre un traitement jusqu'à son terme ou de revenir consulter pour un suivi.

**Profiter de toutes les occasions de fournir des informations et des soins sur les IST :** Les prestataires de soins de santé sexuelle et reproductive doivent se sentir prêts à saisir l'occasion, chaque fois qu'elle se présente, de conseiller les clients sur les avantages du dépistage et du traitement des IST et de les aider à faire des choix éclairés. Ces informations doivent être fournies d'une manière facilement accessible et compréhensible et répondre aux besoins du/de la client-e (illustrations, langage des signes, etc.). Voici des exemples d'occasions à saisir :

- Pendant la fourniture de soins contraceptifs, et en particulier lorsque des symptômes d'IST potentielles sont mentionnés ou détectés (par exemple, détection de symptômes lors de la pose d'un dispositif intra-utérin).
- Lors d'une intervention d'avortement chirurgical sûr ou d'autres soins gynécologiques nécessitant un examen physique (par exemple, dépistage du cancer du col de l'utérus).
- Lors de consultations pour des soins prénatals (par exemple, il est fortement recommandé d'offrir un double dépistage du VIH et de la syphilis).
- Lors de la prise en charge de clients victimes de violences sexuelles et basées sur le genre et de viol.

**Être en mesure de poser un diagnostic et d'offrir un traitement des IST :** Les méthodes de dépistage ou de test qui permettent un diagnostic le jour-même ou lors d'une même consultation sont à privilégier afin d'éviter la perte de vue au cours du suivi et de favoriser un traitement approprié et efficace pour les clients dont les tests sont positifs. Il existe des TDR fiables et faciles d'emploi pour la détection du VIH et de la syphilis (test séparé ou « double » combiné), qui donnent des résultats en l'espace de 20 minutes [7]. En l'absence de TDR fiables pour les autres IST, les établissements de santé doivent disposer des fournitures nécessaires pour prélever des échantillons, procéder à des analyses en laboratoire (de préférence sur place afin de ne pas perdre de temps) et dispenser des formations à l'établissement d'un diagnostic. S'il n'existe

pas d'installations pour des analyses en laboratoire ou de TDR disponibles pour étayer un diagnostic étiologique, l'accès à un traitement des IST pour les clients symptomatiques demeure essentiel. Par conséquent, les prestataires doivent être qualifiés dans la prise en charge syndromique des IST (voir la *Section 5*). Les médicaments recommandés par le protocole de prise en charge syndromique de l'établissement de santé (basé sur les lignes directrices nationales ou régionales) doivent être largement disponibles en quantité suffisante afin de ne pas retarder le traitement et de minimiser le risque de perte de vue au cours du suivi.

## 2. Prestation de soins de santé complets pour les IST

La bonne prise en charge des IST consiste non seulement en une thérapie antimicrobienne destinée à guérir et à réduire l'infectiosité, mais aussi en une évaluation et des soins complets de la santé sexuelle et reproductive de la personne et de celle de ses partenaires sexuels.

La prestation de soins de santé complets pour les IST a pour objectifs de dispenser un traitement, d'obtenir une guérison, de réduire l'infectiosité, de diminuer le risque de développer des complications des IST, de réduire ou de prévenir les comportements à risque futurs (y compris par d'autres interventions bio-comportementales, telles que la prophylaxie pré-exposition (PrEP) et la circoncision médicale masculine volontaire) et de veiller à ce que les partenaires sexuels reçoivent le bon traitement.

L'éventail complet de soins de haute qualité en matière d'IST doit être fourni dans le cadre du continuum des soins de santé sexuelle et reproductive. Pour cela, le-la client-e doit recevoir les soins suivants, le cas échéant :

- prise et consignation des antécédents médicaux et sexuels
- pose du bon diagnostic (qu'il soit syndromique ou basé sur des tests diagnostiques)
- traitement effectif
- éducation sanitaire et conseil sur les infections et la réduction des risques
- conseils en matière d'observance du traitement
- promotion et/ou fourniture de préservatifs (masculins ou féminins)
- promotion et/ou fourniture de PrEP
- promotion et/ou fourniture d'autres interventions préventives, telles que des vaccins contre les hépatites A et B, des vaccins contre le HPV, le cas échéant, et la circoncision médicale masculine volontaire

- encouragement à la notification aux partenaires sexuels
- suivi clinique le cas échéant

Les soins pour des IST spécifiques dispensés dans l'établissement de santé et les groupes de population spécifiques susceptibles de nécessiter une attention supplémentaire (voir l'Encadré 1) varient d'un pays et d'une région à l'autre, en fonction du contexte épidémiologique et social local. L'ensemble des soins de santé de base qui sont offerts doit être revu régulièrement pour s'assurer que, à mesure que de nouveaux éléments probants émergent et que de nouvelles technologies et approches sont élaborées (par exemple, le recours à des services de messagerie Internet pour la prise de contact), les innovations sont rapidement intégrées et les opportunités exploitées.

## 2.1 Prévention des IST

La prévention constitue la stratégie la plus importante pour lutter contre les IST, y compris l'infection par le VIH.

Pour lutter efficacement contre les IST, il est impératif de garantir l'accès à des soins de santé préventifs efficaces et de haute qualité, y compris l'accès aux vaccins contre l'hépatite A, l'hépatite B et le HPV, et de promouvoir la circoncision médicale masculine volontaire, le cas échéant. Le dépistage des IST asymptomatiques est important pour la détection précoce des IST, la prévention de leurs conséquences graves et de leur transmission. L'inclusion de la notification, du dépistage et/ou du traitement du partenaire empêche la réinfection.

Il est également crucial que les soins de santé des IST soient non stigmatisants et non discriminatoires, accessibles à tous et intégrés à d'autres services de santé sexuelle et reproductive ou de soins primaires afin d'en maximiser l'accès, tout en garantissant le respect de la vie privée et la confidentialité de la personne.

Les prestataires de soins de santé ont un rôle à jouer dans la prévention des IST et de leurs complications à de nombreux égards, comme décrit brièvement ci-dessous.

- **Promouvoir l'utilisation précoce de services cliniques** pour traiter les IST et prévenir les complications, en insistant sur le fait que de nombreuses IST sont curables. Encourager un comportement de recours aux soins en enseignant aux personnes à reconnaître les symptômes et à savoir quand demander des soins.
- **Promouvoir des pratiques sexuelles à moindre risque et l'utilisation du préservatif** lors du conseil, notamment par la fourniture d'informations verbales et écrites sur les IST et de messages de prévention clés (voir l'Encadré 2 – page suivante) illustrant la bonne utilisation du préservatif masculin et féminin et en discutant de la double

### ENCADRÉ 1 : Populations spécifiques les plus touchées par les IST, y compris le VIH

Il appartient à chaque pays de définir les populations spécifiques à qui prodiguer en priorité des soins de santé des IST, en fonction des contextes locaux. Ces groupes de population peuvent comprendre :

- les personnes les plus susceptibles d'avoir un nombre élevé de partenaires sexuels, par exemple les travailleur-se-s du sexe et leurs clients
- les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
- les personnes transgenres
- les personnes atteintes d'IST existantes, y compris le VIH
- les adolescents et les jeunes (10 à 24 ans)
- les femmes
- les personnes victimes de violences sexuelles et basées sur le genre
- les populations mobiles
- les enfants et jeunes vivant dans la rue
- les détenus
- les personnes qui utilisent des drogues récréatives
- les personnes affectées par les conflits et les troubles civils

Source : OMS [8].

protection (contre la grossesse et les IST, y compris le VIH). Des préservatifs de différentes tailles et différents types doivent être mis à disposition, y compris des préservatifs féminins, ainsi que des lubrifiants compatibles avec les préservatifs. L'utilisation de lubrifiants aide à empêcher le préservatif masculin de se casser et de glisser et peut augmenter le confort et le plaisir, en particulier pour les rapports sexuels anaux. Expliquez que l'utilisation d'un lubrifiant à base d'huile est à proscrire avec un préservatif en latex car il peut dégrader le latex et accroître ainsi le risque de rupture du préservatif (pour plus d'informations, voir le *Chapitre 7 : VIH*).

- **Décélérer les infections** qui ne sont pas manifestes. Lors de la consignation de ses antécédents, demandez au-à la client-e qui consulte pour des soins de santé sexuelle et reproductive, s'il-elle présente des symptômes d'IST. Recherchez également des signes d'IST lors d'examen non liés aux IST (par exemple, dépistage du cancer du col de l'utérus ou insertion d'un DIU). Proposez un dépistage d'infections asymptomatiques et un renouvellement du dépistage/de l'examen périodiquement, lorsque cela est possible, en particulier en cas d'évaluation du-de la client-e comme étant à haut risque. Indiquez la fréquence de dépistage à préconiser en fonction des facteurs

de risque (par ex. pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, un dépistage des IST peut être offert tous les 3 à 6 mois).

- **Prévenir les infections iatrogéniques** en suivant les précautions universelles et les règles strictes de traitement des instruments, en utilisant des techniques aseptiques et en excluant ou en traitant toute infection du col de l'utérus avant de réaliser des procédures transcervicales.
- **Bien prendre en charge les IST symptomatiques** en fournissant un traitement, en obtenant la guérison ou réduisant l'infectiosité, en réduisant le risque de développer des complications des IST, en réduisant ou en prévenant les comportements à risque futurs et en veillant à ce que les partenaires sexuels reçoivent le traitement adéquat.
- **Conseiller les clients** sur la façon de se prémunir des IST après le traitement en adoptant des pratiques sexuelles à moindre risque, y compris des interventions biomédicales (voir l'*Encadré 2*). Encouragez les clients à observer le traitement, y compris informer les partenaires et les traiter, en insistant sur le fait qu'il est préférable que les partenaires soient traités simultanément (voir la *Section 2.5: Notification aux partenaires*).
- **Recommander le dépistage universel de la syphilis, du VIH et de l'hépatite B chez les personnes enceintes** lors de la première consultation prénatale. Pour la syphilis et le VIH, utilisez des TDR au point de service (par exemple, un TDR double pour la syphilis et le VIH) et dispensez un traitement afin de réduire le risque de transmission verticale au fœtus, qui peut être fatale.
- **Promouvoir et vacciner contre les hépatites A et B** et les infections à HPV, conformément aux lignes directrices locales. Les vaccins contre les hépatites A et B sont souvent inclus dans les programmes de vaccination des nourrissons. Les vaccins disponibles contre le HPV sont les suivants : un vaccin bivalent qui protège contre les types de HPV 16 et 18, responsables de 70 % du cancer du col de l'utérus dans le monde ; un vaccin quadrivalent qui protège contre ceux-ci ainsi que contre les types de HPV 6 et 11, responsables de la plupart des verrues anogénitales ; et un vaccin nonavalent qui cible les types de HPV 6, 11, 16 et 18 ainsi que cinq autres types de HPV oncogènes à haut risque (31, 33, 45, 52 et 58), qui fournit une protection contre le cancer de l'anus, du col de l'utérus, du vagin et de la vulve, ainsi que contre les verrues anogénitales. Les vaccins contre le HPV sont destinés à être administrés avant le début d'une vie sexuelle active, mais sont recommandés indépendamment du début d'activité sexuelle chez toute personne âgée de moins de 26 ans. Pour les adultes non vaccinés âgés entre 26 à 45 ans, certains peuvent encore bénéficier d'une vaccination [9]. Si les vaccins contre

le HPV sont disponibles et autorisés à être utilisés dans le contexte local, les prestataires de soins de santé doivent se livrer à une prise de décision partagée concernant leur administration (voir le *Chapitre 8: Gynécologie et autres soins de santé reproductive*).

- **Promouvoir la circoncision médicale masculine volontaire** pour les candidats concernés, à titre de protection partielle contre le VIH (dans les lieux où sa prévalence est élevée, voir *Chapitre 7: VIH*) et d'autres IST, telles que l'herpès et le HPV.
- **Prévoir une prophylaxie de l'ophtalmie néonatale pour tous les nouveau-nés**, quels que soient les symptômes maternels ou les signes de gonorrhée ou d'infection à chlamydia. Il appartient aux prestataires de vérifier les consignes locales en matière de traitement.

#### ENCADRÉ 2 : Principaux messages de conseil pour la prévention primaire des IST, y compris le VIH

Des pratiques sexuelles à moindre risque et la prévention des IST sont possibles en adoptant l'une quelconque combinaison des mesures suivantes :

- avoir connaissance et prendre conscience des IST et de la santé et du bien-être sexuels
- retarder l'âge des premiers rapports sexuels
- réduire le nombre de partenaires sexuels
- se livrer à des actes sexuels non pénétrants (par exemple, masturbation mutuelle et frottements)
- utiliser des préservatifs (masculins ou féminins) de manière systématique et correcte pendant les actes sexuels pénétrants (vaginaux, oraux, anaux), ainsi que du lubrifiant compatible avec les préservatifs
- se faire vacciner contre les hépatites A et B, et le HPV
- utiliser de la prophylaxie pré-exposition et post-exposition (PrEP et PEP) pour le VIH, au besoin (voir le *Chapitre 7: VIH*)
- se soumettre à un dépistage ou à des tests fréquents en cas de nouveau partenaire sexuel ou de partenaires sexuels multiples
- consulter immédiatement un médecin en cas de symptômes d'IST

Source : Adapté de l'OMS [8] et de l'OMS [10].



## 2.2 Conseil aux clients lors de leur consultation pour des soins de santé des IST

Le conseil à dispenser dans le cadre du dépistage d'IST doit inclure des informations sur l'importance du dépistage, en faisant remarquer que même si les IST sont courantes, il est possible d'en guérir ou de contrôler l'infection, et en soulignant les avantages de prévenir les complications futures, de réduire ou d'empêcher la possibilité de transmission, et de prendre le contrôle de son autoprotection et de celle de son ou ses partenaires. Le conseil doit aussi comporter des informations sur l'importance d'observer un schéma thérapeutique des IST et de suivre le traitement jusqu'à son terme (voir la [Section 2.4: Fourniture d'un traitement des IST](#)). Le conseil doit encourager un comportement de recours aux soins dès que des symptômes d'IST sont constatés, surtout s'il y a eu un risque d'exposition à des IST (par ex., nouveau partenaire ou partenaires multiples, rupture ou non-utilisation du préservatif).

Les informations fournies doivent être centrées sur les clients, accessibles, faciles à comprendre et sensibles à ses circonstances personnelles. Par exemple, le-la client-e peut être au début d'une relation sexuelle avec un nouveau partenaire, peut vivre avec le VIH ou sous la menace de violences sexuelles et basées sur le genre. Les prestataires doivent également garder à l'esprit que les besoins de chaque client-e ne sont pas statiques et évolueront au fil du temps.

Les prestataires doivent insister sur le fait qu'un diagnostic positif (que ce soit par le biais d'une prise en charge syndromique ou d'un test étiologique) ne signifie pas qu'il faille jeter la faute sur qui que ce soit. Il est essentiel de veiller au traitement du partenaire qui est également susceptible d'être infecté si le-la client-e veut éviter toute réinfection après son propre traitement. C'est l'occasion de discuter des avantages de la notification aux partenaires et du traitement simultané de toutes les parties concernées afin de réduire les risques d'échec du traitement (voir la [Section 2.5: Notification aux partenaires](#)).

Il faut envisager la possibilité de dispenser aux couples un conseil conjoint sur la prévention des IST. De nombreux clients trouveront difficile de discuter du problème avec leur(s) partenaire(s) et un soutien pour faire passer le message pourrait leur être très utile.

Pour les clients qui reçoivent un résultat **positif**, il est important de les rassurer sur la confidentialité de l'information et de leur fournir un soutien, si nécessaire, sur la façon de faire face à la possible stigmatisation qui peut en résulter. Il se peut que des clients aient besoin de soutien supplémentaire ou d'orientations vers des services spécialisés, selon leur situation. Offrez un conseil en réduction des risques pour prévenir

des IST futures en évaluant les risques et les obstacles actuels à des pratiques sexuelles à moindre risque et discutez d'un plan de réduction des risques à mettre en place.

Pour les clients qui reçoivent un résultat **néгатif**, offrez un conseil sur la réduction des risques et la façon de continuer à tester négatif en fonction de leurs circonstances personnelles, y compris des messages en faveur de pratiques sexuelles à moindre risque (voir l'[Encadré 2](#)). Évaluez les risques et les obstacles actuels à des pratiques sexuelles à moindre risque et discutez d'un plan en vue de réduire les risques.

Il convient d'encourager chaque personne concernée à poser des questions et à revenir consulter (ou à obtenir une consultation téléphonique si l'option est disponible et correspond à ses préférences) afin de discuter des autres questions ou préoccupations qu'elle peut avoir, quelles qu'elles soient. Des informations écrites doivent lui être remises (par exemple, une brochure d'information pertinente), le cas échéant.

Pour le conseil lié au VIH et à la notification aux partenaires, voir le [Chapitre 7: VIH](#).

### 2.2.1 Technologies mobiles et soins des IST

L'expansion rapide de l'accès à Internet et au téléphone mobile a créé de nouvelles possibilités de tirer parti des technologies mobiles afin de contribuer à réduire l'incidence des IST parmi diverses populations. Les technologies mobiles permettent d'atteindre les clients où qu'ils se trouvent et n'importe quand; elles peuvent être un outil très utile pour accroître la fourniture de soins de santé en personne. Ces outils peuvent venir étayer tout un éventail d'efforts destinés notamment à favoriser la sensibilisation et la participation de populations clés, à mieux faire connaître la prestation locale de soins de santé, à faciliter la diffusion de contenus éducatifs, à envoyer des rappels pour le suivi et à améliorer l'accès au dépistage et aux tests des IST. Ces outils sont nombreux à être disponibles (par exemple, appels téléphoniques ou vidéo, applications de SMS ou de messagerie simple, médias sociaux et applications pour smartphone) (voir le [Tableau 1](#) – page suivante). Il est toutefois impératif de prendre les mesures nécessaires afin de protéger la vie privée et la confidentialité des participants, en particulier s'ils sont plusieurs à utiliser le même téléphone.

Principes fondamentaux et grandes considérations à prendre en compte en cas de recours à des services de santé mobile/cybersanté pour les programmes de lutte contre les IST et le VIH :

- Effectuer une évaluation des besoins et prévoir suffisamment de temps pour la planification, le pilotage et l'intégration dans les flux de travail.
- Impliquer les clients ou la population cible à toutes les étapes, ce qui aidera à guider la planification, à promouvoir

- la faisabilité, à favoriser la participation/l'utilisation et à résoudre les lacunes en compétences numériques.
- Élaborer des objectifs et des résultats clairs, réalisables et mesurables pour l'utilisation des technologies.
- Adapter le contenu numérique (messages, articles, vidéos) à la population locale et veiller à éviter toute stigmatisation fortuite par le langage et les messages utilisés.
- Assurer une conduite et une utilisation éthiques sur l'ensemble des plateformes technologiques mobiles/Internet.
- Observer des procédures pour maintenir la plus stricte confidentialité telle que la protection des données (par exemple, liste des numéros de téléphone mobile des clients).
- Élaborer des procédures de protection de la vie privée (par ex. obtenir le consentement des clients pour les contacter par SMS afin d'empêcher la divulgation fortuite d'une pathologie les concernant).
- Tenir compte des questions de durabilité et des ressources dans la planification et la mise en œuvre.

**TABLEAU 1 : Exemples d'outils technologiques utilisés pour faciliter les soins des IST**

Plateforme technologique	Exemple d'utilisation
SMS – téléphones mobiles	Rappels de rendez-vous ou pour l'observance thérapeutique
Réseaux sociaux (par ex. Instagram/Facebook)	Publication de contenus numériques éducatifs et motivationnels (graphiques, courtes vidéos) sur le dépistage des IST/du VIH ou sur des modalités d'accès à la PPE/PrEP
WhatsApp	Mise en relation des clients avec un agent de proximité pour un soutien continu à la prévention du VIH
Groupes en ligne privés (par ex. Messenger, WhatsApp, Facebook)	Constitution d'un groupe fermé de clients pour créer des groupes virtuels de soutien par les pairs pour les clients vivant avec le VIH
Groupes de prestataires sur WhatsApp	Constitution d'un réseau d'entraide pour les prestataires par le partage d'informations, l'accès à des experts capables de répondre à des questions en temps réel et la fourniture de mises à jour éducatives et informatives sur les nouvelles lignes directrices
Applications de rencontre/ réseaux sociaux	Travailler avec des influenceurs et des membres de la communauté pour atteindre les personnes marginalisées (par exemple les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les femmes transgenres, les travailleur-se-s du sexe) afin de les informer sur des soins de santé sûrs et encourageants
Diverses plateformes	Distribuer un lien via les médias sociaux aux parties prenantes afin de réaliser efficacement une évaluation des besoins des clients existants ou potentiels
Applications pour smartphones	Adapter et distribuer des applications personnalisées pour promouvoir la prévention et les soins des IST/du VIH

## 2.3 Évaluation du·de la client·e

### 2.3.1 Anamnèse sexuelle et évaluation des risques

Dans le contexte des soins de santé sexuelle et reproductive, le prestataire doit commencer par poser des questions sur la santé générale du·de la client·e, puis réaliser une anamnèse complète pour connaître ses antécédents en matière de santé sexuelle et reproductive et lui poser des questions sur d'éventuels dépistages liés à ses antécédents sexuels (suivez les étapes décrites au [Chapitre 2: Conditions nécessaires relatives à l'établissement de santé, antécédents et examen des clients](#)).

#### A. Évaluation des risques

*Pour les clients faisant état de plus d'un partenaire au cours de l'année écoulée et les clients de sexe masculin qui ont des rapports sexuels avec des hommes, effectuez une évaluation des risques plus approfondie (voir le [Tableau 2](#) – page suivante).*

Notez que bien que ces questions soient brèves, il est possible que l'anamnèse sexuelle donne lieu parfois à des discussions prolongées sur des points importants de santé sexuelle et reproductive et des questions connexes. Le [Tableau 2](#) fournit des questions supplémentaires qui peuvent être posées pour sonder davantage les risques. Les questions doivent être adaptées/validées en fonction du·de la client·e/de la population/du milieu.

**TABLEAU 2 : Évaluation des risques : Suggestions de questions supplémentaires à poser lorsque l’anamnèse sexuelle indique un risque d’IST, y compris le VIH**

<b>Partenaires</b>	<p>Savez-vous si votre partenaire a un ou plusieurs autres partenaires sexuels ?</p> <p>Savez-vous si votre partenaire présente des symptômes d’IST ?</p> <p>Au cours des 3 derniers mois, avez-vous eu des relations sexuelles avec un nouveau partenaire, avec une personne que vous ne connaissiez pas ou que vous venez de rencontrer, ou avez-vous eu plusieurs partenaires ?</p> <p>Vous est-il déjà arrivé de vous sentir sous la contrainte ou l’obligation d’avoir des rapports sexuels ?</p>
<b>Pratiques</b>	<p>Au cours des 3 derniers mois, quel genre de rapports sexuels avez-vous eu : anaux/vaginaux/oraux ? (pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, demandez-leur s’ils ont eu des relations sexuelles anales réceptives, des relations sexuelles anales insertives, ou les deux)</p> <p>Avez-vous vous-même ou l’un de vos partenaires consommé de l’alcool ou des drogues lorsque vous avez eu des rapports sexuels ?</p> <p>Avez-vous déjà eu des rapports sexuels en échange de drogue ou d’argent ?</p>
<b>Antécédents d’IST</b>	<p>Avez-vous déjà eu des IST ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si oui : quelle infection/maladie (ou quels en étaient les symptômes/ou se situaient-ils) ? Quand l’avez-vous eue ? Est-ce que vous et votre ou vos partenaires avez été traités ?</li> </ul> <p>Avez-vous fait l’objet d’un dépistage du VIH ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si oui, à combien de temps ce test remonte-t-il ? Quel en a été le résultat ?</li> </ul>
<b>Protection</b>	<p>Quelles mesures prenez-vous pour vous protéger des IST, y compris du VIH ?</p> <p>Quand utilisez-vous cette protection et avec quels partenaires ? (pour des rapports sexuels anaux/vaginaux/oraux ?)</p> <p>Avez-vous été vacciné-e contre le HPV, l’hépatite A ou l’hépatite B ?</p> <p>Vous est-il récemment arrivé qu’un préservatif se rompe ou glisse pendant les rapports sexuels ?</p>

Source : Adapté de l’Altarum Institute [11].

### B. Questions sur les symptômes cliniques

Une fois l'évaluation des risques terminée (Section A), le prestataire doit poser les bonnes questions sur les signes ou symptômes cliniques afin de déterminer s'ils

sont indicatifs d'une IST ou d'une autre pathologie, avant même de procéder à un examen clinique. Ces questions sont résumées à l'*Encadré 3*.

#### ENCADRÉ 3 : Questions à poser aux clients sur leurs symptômes cliniques

<p><b>Questions à poser à tous les clients sur leurs symptômes d'ordre général</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Symptômes systémiques tels que fièvre, éruption cutanée, douleurs articulaires ou oculaires (lien possible à des complications de la chlamydia et de la gonorrhée).</li> <li>• Pour les clients qui ont eu des rapports sexuels anaux, de possibles douleurs, saignements ou écoulements de l'anus ou changements dans les fonctionnements intestinaux (nécessité d'analyses supplémentaires).</li> <li>• Ganglions dans l'aîne (signes possibles de bubons inguinaux ou de ganglions lymphatiques hypertrophiés).</li> <li>• Miction plus fréquente et douleurs dans l'urètre ou l'abdomen pendant la miction (nécessité d'analyses supplémentaires).</li> <li>• Douleurs ou démangeaisons sur les organes génitaux externes ou l'anus, tout changement cutané ou ulcère (signes possibles de poux du pubis, d'herpès génital ou de verrues génitales).</li> </ul>
<p><b>Questions à poser aux clientes qui ont des organes génitaux féminins</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Date des dernières règles, tout saignement utérin anormal et utilisation de contraception             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il est important de confirmer ou d'exclure une grossesse, en particulier en présence de douleurs pelviennes et/ou de saignements utérins anormaux (signe possible de fausse couche ou de grossesse extra-utérine, voir <i>Chapitre 8, Section 3. Prise en charge des pathologies gynécologiques courantes</i>) afin de s'assurer que tout traitement thérapeutique actuel ou planifié n'est pas contre-indiqué.</li> <li>• Effectuer un test de grossesse si nécessaire.</li> <li>• Si la cliente est à risque de grossesse non désirée, offrir des soins contraceptifs, y compris une contraception d'urgence si nécessaire, et discuter de l'utilisation du préservatif.</li> </ul> </li> <li>• Des saignements après des rapports sexuels (signe possible de cervicite liée à la chlamydia).</li> <li>• Toute douleur abdominale ou pelvienne, ou douleur pendant les rapports sexuels (et emplacement de la douleur).             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Des douleurs dans le bas-ventre peuvent indiquer une MPI, le plus souvent causée par la chlamydia, mais aussi par la gonorrhée ou d'autres micro-organismes (voir <i>Chapitre 8, Section 3. Prise en charge des pathologies gynécologiques courantes</i>). La présence de fièvre et de dyspareunie profonde augmente le risque de MPI.</li> </ul> </li> <li>• En cas d'écoulement vaginal, demander s'il est différent de la normale (et d'en décrire la couleur/la consistance/l'odeur/la quantité). Des types différents d'écoulement anormal peuvent être le signe d'une IST (par exemple, chlamydia, gonorrhée, trichomonase) ou d'une IAR non transmise sexuellement (par exemple, vaginose bactérienne, candidose).</li> </ul>
<p><b>Questions à poser aux clients qui ont des organes génitaux masculins</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Questions à poser à propos des testicules : tout changement de taille ou gonflement, douleurs éventuelles             <ul style="list-style-type: none"> <li>• En cas d'apparition soudaine de douleurs sévères, envisager la torsion testiculaire comme diagnostic possible.</li> <li>• Pour un gonflement indolore, envisager une hydrocèle (accumulation inoffensive de liquide dans le scrotum affectant un ou les deux testicules) ou une varicocèle (gonflement des vaisseaux sanguins dans les testicules).</li> </ul> </li> <li>• Demander si la miction est plus fréquente et la présence éventuelle de sang dans les urines (nécessité d'analyses supplémentaires).</li> <li>• Demander s'il y a un écoulement hors du pénis et sa description (un écoulement peut être indicatif d'IST).</li> </ul>

### 2.3.2 Examen clinique

Voir le *Chapitre 2, Section 4: Examen physique* pour des conseils sur l'examen physique. Les informations supplémentaires fournies ci-dessous concernent spécifiquement les signes et symptômes d'IST.

#### Partie génitale :

- *Tous les clients* : Inspecter les organes génitaux externes pour y déceler la présence d'ulcères, d'éruptions cutanées ou de verrues.
- *Examen vaginal/cervical/ovarien* :
  - Examen au spéculum : Observer la quantité, la consistance, la couleur et l'odeur des pertes vaginales et la présence d'ulcères ou de verrues dans le vagin ou sur le col de l'utérus. Suspecter une cervicite secondaire à une IST si le col est friable (sensible et susceptible de se déchirer ou de saigner au contact) ou s'il en émane un écoulement mucopurulent.
  - Examen bimanuel : Vérifier la présence de douleurs dans le bas-ventre (douleurs pelviennes) et la sensibilité à la mobilisation du col de l'utérus (excitation du col de l'utérus), signes d'une infection aiguë.
- Examen testiculaire/du pénis :
  - Pénis : Vérifier l'urètre ou le « drainer » (c.-à-d. masser doucement de la partie ventrale du pénis vers le méat) pour y déceler des signes probants indicatifs d'écoulement.
  - Scrotum et testicules : Vérifier l'éventuelle présence d'enflure du scrotum. Palper l'épididyme pour évaluer la douleur.

#### Aîne :

- Vérifier l'éventuelle présence de gonflement inguinal. Si ce gonflement est fluctuant et/ou douloureux, il s'agit plus vraisemblablement de bubons que de ganglions lymphatiques hypertrophiés.

#### Partie anale :

- Chez les client-e-s susceptibles d'avoir des rapports anaux réceptifs, vérifier la partie périanale pour y déceler ulcères, verrues, pertes, saignements ou autres anomalies, dans la mesure où ils peuvent être asymptomatiques.
- Effectuer un examen rectal en cas d'écoulement mucopurulent, d'œdème muqueux ou d'ulcères et procéder à un test de dépistage de la chlamydia rectale et de la gonorrhée si les ressources sont disponibles.

#### Partie buccale :

- Pour les clients qui ont des rapports sexuels oraux, vérifier la présence de mal de gorge et d'éventuels signes d'infection oropharyngée et procéder à un test de dépistage de la chlamydia de la gorge et de la gonorrhée si des ressources sont disponibles, en particulier parmi les groupes à haut risque (par ex. les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les travailleur-se-s du sexe).

Le choix du ou des tests étiologiques les mieux adaptés aux besoins sera déterminé par les résultats des antécédents sexuels et de l'examen physique, combinés aux informations épidémiologiques locales et aux lignes directrices nationales ou propres à l'établissement de santé. Ces examens font également partie de la prise en charge syndromique (voir la *Section 5*).

## 2.4 Fourniture de traitement des IST

Des soins et un traitement de haute qualité pour les IST doivent être mis à la disposition des personnes qui en ont besoin à leur premier point de contact. Pour les clients nécessitant un traitement, qu'il soit basé sur des tests syndromiques, diagnostiques ou auto-administrés (voir la *Section 3* et la *Section 5*), il est essentiel que les prestataires disposent des médicaments appropriés (voir l'*Annexe 2: Options de traitement recommandées*) ou pour pouvoir orienter les clients vers une pharmacie accessible et abordable.

Conseillez aux clients qui ont besoin d'un traitement thérapeutique d'observer les consignes suivantes :

- Prendre tous les médicaments de la manière indiquée, en observant le schéma posologique, même si les symptômes disparaissent avant la fin du traitement. Expliquez que c'est ce qui contribue à assurer l'efficacité du traitement et empêche le développement d'une résistance au traitement.
- S'abstenir de tout contact sexuel (vaginal, anal ou oral) tant que le traitement n'est pas terminé et que les symptômes n'ont pas disparu.
- S'abstenir de tout contact sexuel tant que leur ou leurs partenaires n'ont pas été traités eux aussi (voir la *Section 2.5: Notification aux partenaires*). Ces consignes peuvent ne pas s'appliquer aux IST endogènes. Si l'abstinence n'est pas possible, le préservatif doit obligatoirement être utilisé. Distribuez des préservatifs et des lubrifiants aux clients en fonction des besoins.

Conseillez aux clients de revenir consulter dans les cas suivants :

- S'ils ressentent des effets indésirables des médicaments.
- Si les symptômes n'ont pas disparu ou se sont aggravés.
- S'ils n'ont pas pu terminer leur traitement.
- S'ils pensent avoir été réinfectés.

Encouragez tous les clients à poser toutes les questions qu'ils peuvent avoir et à revenir consulter à tout moment s'ils ont des questions ou préoccupations supplémentaires. Un suivi systématique n'est pas essentiel. En plus des consignes concernant le traitement, les clients doivent recevoir des informations et une éducation sous forme verbale et écrite, comme il convient (voir la [Section 2.1 : Prévention des IST](#)).

## 2.5 Notification aux partenaires

Une fois qu'un diagnostic d'IST a été posé pour un-e client-e et que le traitement a commencé, le prestataire doit lui fournir des informations, des conseils et un soutien pour procéder à la notification à son ou ses partenaires sexuels.

Le but d'aviser le ou les partenaires sexuels du-de la client-e est de traiter toutes les personnes susceptibles d'être atteintes par la même IST et d'éviter la réinfection du-de la client-e une fois son traitement terminé. Dans l'idéal, les partenaires sexuels des clients sont à dépister et à traiter dès que possible.

La démarche de notification aux partenaires peut être difficile pour plusieurs raisons :

- Le concept de notification aux partenaires peut présenter une menace pour le-la client-e. Il est essentiel de respecter ses souhaits et de conserver sa confiance. La possible réputation de l'établissement de santé à respecter la confidentialité peut faciliter les démarches à cet égard.
- Les prestataires doivent être sensibles aux clients qui peuvent être plus sujets aux conséquences négatives d'une divulgation, qu'elles se manifestent par la discrimination, des violences, l'abandon ou l'incarcération. Ces clients peuvent avoir besoin de conseil supplémentaire.
- De nombreux clients peuvent avoir du mal à discuter d'un diagnostic d'IST avec leur partenaire, en particulier celles et ceux qui sont à risque de violences.
- Le ou les partenaires sexuels du-de la client-e peuvent être convaincus de ne pas être atteints d'une infection, en particulier en l'absence de tout symptôme, et peuvent refuser de venir consulter pour se faire dépister ou soigner.
- Les clientes qui ont reçu un diagnostic de syndrome d'écoulement vaginal peuvent ne pas être atteintes d'IST, mais peuvent recevoir un traitement pour les IST

conformément à la prise en charge syndromique (voir la [Section 5](#)). Le prestataire doit discuter avec le-la client-e de la nécessité de divulguer ce diagnostic présumé et/ou de suggérer un traitement à son ou ses partenaires sexuels.

- Certains clients peuvent ne pas connaître le nom et les coordonnées de leur(s) partenaire(s) sexuel(s), et même s'ils les connaissent, ils peuvent être difficiles à localiser.

Il est essentiel que le prestataire ne contraigne pas le-la client-e à prendre une décision et à agir contre sa volonté. Le prestataire peut expliquer l'importance de notifier le partenaire et de le traiter, mais au bout du compte, c'est au-la client-e qu'il appartient de l'en aviser ou non.

Selon les circonstances personnelles du-de la client-e et en fonction du contexte, le prestataire peut discuter avec le-la client-e des approches suivantes à envisager en matière de notification aux partenaires :

- **Système de notification et d'orientation dirigé par le-la client-e :** Certains clients peuvent être suffisamment sûrs d'eux pour parler directement à leur(s) partenaire(s) et les orienter pour assurer la prise en charge de leur IST. Demandez à ces clients d'amener ou d'envoyer leur(s) partenaire(s) consulter à l'établissement de santé. Si possible, remettez-leur un ou plusieurs formulaires d'orientation à passer à leur(s) partenaire(s) sexuel(s). Recommandez-leur d'indiquer un autre établissement de santé où consulter s'il s'agit à d'une option plus pratique pour le partenaire.
- **Système de traitement dirigé par le-la client-e :** Certains clients savent que leur partenaire ne viendra pas consulter pour traiter son IST, mais sont disposés à se munir du traitement nécessaire pour le remettre à leur partenaire afin de lui éviter tout retard dans la prise de traitement. Pour cela, il est possible de remettre des informations et des médicaments ou des ordonnances en quantité suffisante pour son ou ses partenaires sexuels sans avoir besoin d'un examen, afin d'accélérer le processus. Cette option n'est possible que si le traitement prescrit est par voie orale.
- **Système de notification dirigé par le prestataire :** Certains clients peuvent préférer que le prestataire de soins de santé se charge de contacter son ou ses partenaires sexuels sans donner son nom comme source potentielle d'exposition. Demandez à ces clients le nom et l'adresse de leurs partenaires et essayez de contacter ces derniers par téléphone, par courrier ou par une visite à domicile, au besoin, et recommandez-leur de venir consulter pour se soumettre à un dépistage en raison d'une exposition potentielle à une personne atteinte d'une IST.

- **Approches combinées** : Dans de nombreux cas, plusieurs approches peuvent être nécessaires. Par exemple, si un-e client-e propose d'aviser son ou ses partenaires sexuels, le prestataire peut attendre un délai raisonnable (environ une semaine), puis essayer une autre approche si le partenaire ne s'est toujours pas présenté à l'établissement de santé en vue d'un traitement.

*Note* : Les prestataires doivent également être au courant des réglementations et protocoles locaux ou nationaux qui peuvent stipuler la notification et la déclaration obligatoires d'IST particulières et doivent être ouverts avec le-la client-e sur les implications qui en découlent, selon les circonstances du cas.

## 2.6 Orientation

De nombreux prestataires reçoivent des clients qui cherchent à recevoir des soins pour des IST dans des établissements de soins primaires et peuvent ne pas avoir un accès immédiat à tous les tests ou traitements nécessaires. Chaque prestataire et chaque établissement de santé doivent prévoir une voie d'orientation vers des services spécialisés pour les clients qui doivent être consultés ou suivis ailleurs pour le dépistage et des soins d'IST, recevoir d'autres soins de santé sexuelle et reproductive et répondre à d'autres besoins, y compris des soins de santé mentale.

Il est généralement recommandé d'orienter les clients vers des services spécialisés dans les circonstances suivantes :

- IST avec complications : comme une MPI suspectée ou confirmée ou une infection secondaire, pour laquelle une surveillance étroite ou une prise en charge appropriée n'est pas disponible sur place.
- Doute sur un diagnostic : en particulier chez les clients qui sont gravement malades et chez qui il est possible qu'une pathologie non liée à l'IST en soit la cause, comme une grossesse extra-utérine ou une appendicite aiguë.
- Échec du traitement ou les symptômes n'ont pas répondu au schéma thérapeutique disponible (par exemple, en cas d'écoulement urétral persistant). Dans ces cas, des services de diagnostic plus poussés peuvent être nécessaires pour fournir un traitement efficace et réduire le risque de résistance aux antimicrobiens.
- Nécessité d'un traitement spécialisé : par exemple pour une cliente enceinte ou un-e client-e présentant plusieurs comorbidités médicales ou pour l'élimination chirurgicale de verrues anogénitales plus compliquées.
- Nécessité d'autres tests diagnostiques ou analyses.
- Possibilité qu'un-e client-e atteint-e d'hépatite B chronique bénéficie d'antiviraux pour ralentir la progression de

### Prévention et prise en charge des IST dans les contextes humanitaires

La prévalence d'IST, y compris du VIH, peut augmenter dans des situations d'urgence dans les cas de manque de prévention, de dépistage et de soins de santé. Les IST peuvent avoir un impact sérieux sur la santé sexuelle et reproductive et certaines peuvent augmenter le risque d'infection à VIH.

En cas de crise, et dans les contextes où les ressources sont limitées, il est fait recours à la prise en charge syndromique des IST (voir la [Section 5](#)). Celle-ci a pour fonction de gérer les cas d'après les manifestations cliniques (symptômes et signes) en se référant à un organigramme décisionnel, en ayant recours à des tests au microscope sur place s'ils sont disponibles et appropriés. Les ressources supplémentaires nécessaires pour les tests étiologiques des IST, et la communication ultérieure des résultats aux clients accompagnée du bon traitement, ne sont pas justifiées dans les situations d'urgence.

Les mesures visant à réduire la transmission des IST et du VIH doivent prévoir la disponibilité et la distribution abondantes de préservatifs gratuits. Il est essentiel de s'assurer que des préservatifs masculins et féminins sont disponibles (lubrifiés ou avec des lubrifiants compatibles avec les préservatifs, selon les besoins) dans tous les lieux appropriés (sur site ou hors site), dès les premiers jours d'une intervention humanitaire, dans la mesure où ce sont les préservatifs qui offrent la meilleure protection contre les IST, y compris le VIH. En outre, une prophylaxie post-exposition (PPE) pour le VIH et les IST devrait être fournie aux survivants de violence sexuelle. Voir le [Chapitre 11 : Prestation de soins de santé sexuelle et reproductive en situation de crise humanitaire](#) pour des renseignements complets sur l'objectif 3 du Dispositif minimum d'urgence concernant la prévention de la transmission et la réduction de la morbidité et de la mortalité dues au VIH et à d'autres IST dans des contextes humanitaires.

la maladie qui sont disponibles dans un centre spécialisé ou possibilité qu'un-e client-e atteint-e d'hépatite B est gravement malade avec des complications et nécessite des soins plus spécialisés.

- Besoin de tout autre soin de santé sexuelle et reproductive non disponible dans l'établissement de santé.

### 3. Tests diagnostiques

La détection précise d'IST asymptomatiques et symptomatiques, ainsi que l'amélioration de la sensibilité et de la spécificité de l'approche syndromique, dépendent toutes de la disponibilité de tests diagnostiques et d'une stratégie de dépistage. Les différents types de tests de dépistage des IST disponibles sont résumés au [Tableau 3](#). Les prestataires de soins de santé doivent se tenir au courant du type de tests diagnostiques fiables, rentables et de qualité qui sont appropriés et disponibles localement et doivent s'en procurer et en maintenir un stock adéquat.

Qu'il s'agisse de TROD ou d'analyses en laboratoire, les tests diagnostiques doivent être fournis après la prise complète des antécédents cliniques et sexuels et après avoir effectué

une évaluation et un examen des risques plus approfondis, le cas échéant (voir la [Section 2](#) et le [Chapitre 8 : Gynécologie et autres soins de santé reproductive](#)).

Pour les tests nécessitant le prélèvement d'échantillons par écouvillon (examen microscopique, tests de culture, test d'amplification des acides nucléiques [TAAN]), ceux-ci doivent être effectués lors de l'examen clinique indiqué par les antécédents sexuels, prélevés dans le haut du vagin, le col de l'utérus, la gorge et/ou l'anus. Des écouvillonnages urétraux (chez l'homme et la femme) ou dans le vagin/col de l'utérus peuvent également être effectués faute d'accès à des tests urinaires pour la gonorrhée/chlamydia. Il convient de noter que les analyses d'urine sont préférables pour les hommes, mais faute de leur disponibilité, des prélèvements urétraux par écouvillonnage peuvent être effectués. Des tests basés sur écouvillonnage plutôt que sur l'urine sont recommandés pour les femmes, si possible, en raison d'une plus grande sensibilité aux infections gonococciques (l'urine et les prélèvements ont une sensibilité élevée similaire pour la chlamydia [12]).

Le dépistage du VIH, de la syphilis et de l'hépatite nécessite des prises de sang/tests sérologiques. Il existe également des tests de dépistage du VIH par échantillons prélevés par écouvillonnage.

Les **kits d'auto-prélèvement** ont l'avantage de se passer du recours à un prestataire. Les prélèvements peuvent être effectués à domicile (et dans certains pays, envoyés directement à un laboratoire) ou tout simplement à l'établissement de santé dans une salle/salle de bain privée après consultation, similaire à l'auto-prélèvement d'échantillons d'urine. L'efficacité et donc la plus grande disponibilité d'échantillons auto-prélevés d'urine et par écouvillonnage pour le dépistage des IST ont accru le recours au dépistage des IST chez les clients tout en réduisant la charge de travail des prestataires de soins de santé des IST, car cette méthode permet le prélèvement d'échantillons sans examen pelvien ni écouvillonnage urétral réalisé par le prestataire. Parmi les échantillons généralement auto-prélevés par écouvillonnage, on compte les autoprélèvements vaginaux, anorectaux et oropharyngés. Il s'agit aussi d'une méthode supplémentaire à offrir aux clients qui consultent pour se soumettre à un dépistage ou faire état de symptômes, mais qui ne donnent pas leur consentement à faire l'objet d'un examen. Pour cela, il est impératif de fournir aux clients des consignes claires pour l'utilisation de kits d'autoprélèvement, en utilisant des aides visuelles claires, le cas échéant.

Dans la mesure du possible, les tests doivent être effectués le plus près possible du client (TROD) et permettre d'obtenir des résultats lors de la même consultation clinique (TDR). Cela maximisera le taux de diagnostic et de traitement correct reçu le jour-même/lors de la même consultation et minimisera la perte de vue au cours du suivi, qui est un risque lorsque des tests doivent être envoyés à des analyses en laboratoire,

#### Recommandations sur l'autoprélèvement d'échantillons pour le dépistage des IST

Des efforts accrus doivent être déployés pour élargir le dépistage des IST à l'échelle mondiale et l'auto-prélèvement d'échantillons constitue un moyen d'y parvenir. Avec l'auto-prélèvement d'échantillons, les individus prélèvent un échantillon eux-mêmes, que ce soit dans un établissement de santé ou ailleurs, qu'ils envoient à un laboratoire pour des analyses, après quoi le laboratoire en renvoie les résultats à l'individu. En cas de résultats positifs, le suivi oblige la mise en relation de l'individu avec le système de santé. Dans les pays à revenu élevé, où les analyses en laboratoire et les soins de santé sont largement disponibles, les recherches montrent que les échantillons d'IST auto-prélevés sont aussi précis que ceux prélevés par des cliniciens et que l'auto-prélèvement d'échantillons est une méthode réalisable et acceptable parmi des populations variées. Il est possible aussi que l'auto-prélèvement d'échantillons soit un moyen de lever certains obstacles qui empêchent souvent les gens de demander un test de dépistage des IST à un prestataire de soins de santé ou dans un établissement de santé, de crainte de porter atteinte à leur autonomie, par gêne, par peur de stigmatisation et de manque de confidentialité.

Recommandations de l'OMS :

- L'auto-prélèvement d'échantillons pour *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis* devrait être mis à disposition en tant qu'approche supplémentaire pour procéder au dépistage d'IST.
- L'auto-prélèvement d'échantillons pour *T. pallidum* (syphilis) et *T. vaginalis* peut être considéré comme une approche supplémentaire pour procéder au dépistage d'IST.

Source : OMS [13].



ce qui retarde l'accès aux résultats. Les TROD et TDR sont généralement moins sensibles que les tests en laboratoire, mais ont l'avantage qu'un plus grand nombre de clients recevront un traitement et qu'ils n'encourent aucun coût de laboratoire (y compris les installations, l'équipement spécialisé et l'expertise). Ces tests peuvent également être effectués par une série de prestataires de soins de santé sans formation en travail de laboratoire. Les prestataires doivent être au courant des TROD/TDR qui sont disponibles localement et au niveau régional et s'efforcer de les utiliser dans leur établissement de santé dans la mesure du possible.

Lorsque des tests étiologiques ne sont pas disponibles et que les résultats des tests ne sont pas disponibles immédiatement, les prestataires doivent appliquer une approche syndromique et porter un jugement clinique au moment de décider de fournir ou non un traitement, et si oui lequel. Des conseils sur la prise en charge des syndromes sont fournis à la [Section 5](#), et des informations cliniques et diagnostiques clés, y compris sur les tests diagnostiques, sont fournies à la [Section 4](#) pour chaque infection. Toutes les informations sur la fourniture de conseil et sur le traitement figurent à la [Section 2](#). Les détails des schémas thérapeutiques recommandés sont présentés à l'[Annexe 2](#).

**TABLEAU 3 : Types de tests diagnostiques pour les IST**

Type de test	Description
<b>Tests de détection d'organisme</b>	
<b>Examen microscopique</b>	<p>Un examen microscopique par préparation humide peut être utilisé pour déceler <i>C. albicans</i> (candidose), <i>T. vaginalis</i> (trichomonase) et la vaginose bactérienne</p> <p>La méthode de Gram peut être utilisée pour déceler la présence de diplocoques intracellulaires afin de déceler <i>N. gonorrhoeae</i> chez les hommes</p> <p>Une analyse et des résultats immédiats peuvent être fournis pendant que le-la client-e attend, dès lors que le matériel et l'expertise sont disponibles sur place</p>
<b>Test de culture</b>	<p>Des tests de culture peuvent être employés pour <i>N. gonorrhoeae</i>, entre autres. Les résultats peuvent prendre plusieurs jours, avec le risque de perdre de vue au cours du suivi les clients qui les attendent</p> <p>Les tests de culture sont essentiels aussi pour <i>N. gonorrhoeae</i> afin de contrôler la résistance aux antimicrobiens et d'éclairer ainsi les lignes directrices thérapeutiques</p> <p>Le transport, la collecte et le stockage des échantillons doivent être rigoureusement contrôlés</p>
<b>Tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN)</b>	<p>Des TAAN peuvent être utilisés pour <i>C. trachomatis</i>, <i>N. gonorrhoeae</i>, <i>T. vaginalis</i>, et <i>M. genitalium</i>, entre autres</p> <p>Ces tests utilisent des méthodes enzymatiques pour cibler le matériel génétique de la bactérie ou du virus, puis l'amplifier en milliards d'exemplaires</p>
<b>Tests de détection de la réponse immunitaire du client à l'infection (anticorps)</b>	
<b>Tests immuno-enzymatiques (ELISA ou EIA) et essais de fluorescence directe (DFA)</b>	<p>Utilisables dans le diagnostic du VIH</p> <p>Ces tests peuvent produire des résultats faussement positifs, qui peuvent persister pendant un certain temps après le traitement, mais ont l'avantage dans certains cas de pouvoir être fournis sous forme de tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) et d'accroître ainsi potentiellement le nombre de clients traités</p>
<b>Tests de diagnostic rapide et tests sur le lieu de soin</b>	<p>Disponibles pour la syphilis et pour le VIH, ou TDR doubles VIH/syphilis</p> <p>Les TDR de la syphilis (également appelés tests rapides de la syphilis) recherchent la présence d'anticorps tréponémiques et fournissent des résultats en 15 minutes. D'une sensibilité comprise entre 85 % et 98 % selon le type de test</p> <p>Ne nécessitent pas d'accès à des services de laboratoire spécialisés</p>

## 4. IST courantes, caractéristiques cliniques et diagnostics

Cette section fournit des informations essentielles pour la détection et le diagnostic des infections par des caractéristiques cliniques et des tests diagnostiques [14].

### 4.1 IST bactériennes curables

#### 4.1.1 *Chlamydia trachomatis* (chlamydia)

*Chlamydia trachomatis* provoque la chlamydia, l'IST bactérienne la plus répandue dans le monde. La chlamydia comprend un éventail de pathologies qui se manifestent dans une variété de sites (génitaux, oculaires, ganglions lymphatiques et bronchiques). *C. trachomatis* est transmissible lors de rapports sexuels vaginaux, anaux ou oraux. Beaucoup de personnes infectées par la chlamydia sont asymptomatiques. Parmi les effets négatifs associés à des infections à chlamydia non traitées, on compte une MPI, une grossesse extra-utérine, une stérilité tubaire, une épididymite, une prostatite, parmi d'autres. Il est facile de la traiter la chlamydia et d'en guérir à l'aide d'antibiotiques.

#### Caractéristiques cliniques et maladies associées

##### Femmes/organes génitaux féminins :

- Primaires : Cervicite, écoulement purulent abondant, col de l'utérus friable, dysurie, douleurs pelviennes, sensibilité à la mobilisation du col de l'utérus. Généralement asymptomatique.
- Séquelles : MPI, endométrite, salpingite, grossesse extra-utérine, infertilité tubaire, rupture prématurée des membranes, périhépatite.

##### Hommes/organes génitaux masculins :

- Primaires : Écoulement urétral (urétrite), dysurie, douleurs testiculaires.
- Séquelles : Épididymite, prostatite, orchite, infertilité.

Tous sexes : Proctite, pharyngite, syndrome de Reiter. Les infections asymptomatiques sont fréquentes.

Nouveau-nés : Conjonctivite, pneumonie chlamydienne.

#### Tests diagnostiques

Les technologies de diagnostic pour la détection de la chlamydia ne cessent de progresser. En raison de leurs excellentes caractéristiques de performance, des TAAN sont fortement recommandés pour le diagnostic et le dépistage des infections à chlamydia. Cependant, le choix des tests dépend des ressources disponibles et du niveau de soutien du laboratoire.

- Les TAAN représentent la méthode de référence pour le diagnostic de la chlamydia, du fait de leur sensibilité et spécificité plus élevées par rapport à d'autres tests. Ils peuvent également être utilisés sur des échantillons d'urine. Ils sont coûteux.
- Les TROD sont d'une sensibilité moindre, mais peuvent être utiles dans des environnements à faibles ressources et à forte prévalence de chlamydia, en particulier pour le dépistage communautaire, et ils permettent la fourniture d'un traitement immédiat.
- Les tests de culture ont une sensibilité sous-optimale et sont déconseillés pour le diagnostic de chlamydia.
- Des tests sérologiques ne doivent être utilisés que pour le diagnostic et/ou le dépistage d'infections compliquées à *C. trachomatis*, de pneumonie néonatale et d'infections à LGV.

#### 4.1.2 Lymphogranulome vénérien (LGV), causé par les sérotypes L1, L2 et L3 de *C. trachomatis*

Le LGV est présent dans le monde entier, mais il est plus répandu dans les pays tropicaux et subtropicaux. Le LGV est causé par le biovar « L » distinct de *C. trachomatis*, qui contient des sérotypes (L1, L2, L2a, L2b, L3) qui sont plus invasifs que les sérotypes responsables de la maladie oculaire classique, le trachome (sérotypes A à C) et ceux qui provoquent l'urétrite non gonococcique et les infections associées du tractus génital (sérotypes D à K). Généralement, le LGV se présente comme une lésion primaire herpétiforme transitoire des organes génitaux externes, mais dans de nombreux cas, la lésion peut passer inaperçue ou se manifester comme une urétrite aiguë non gonococcique chez les hommes ou être complètement asymptomatique chez les femmes à la suite d'une infection primaire du col de l'utérus.

#### Caractéristiques cliniques et maladies associées

- Tous sexes : Lymphadénopathie inguinale (gonflement/bubon) avec ou sans lésion primaire associée (ulcère), proctite. Il est plus fréquemment fait état de ces symptômes chez les hommes que chez les femmes.

- Chez les femmes, les glandes pelviennes perirectales et profondes peuvent devenir atteintes si la lésion primaire se trouve sur le col de l'utérus, et la cliente peut présenter des symptômes compatibles avec une MPI sévère.
  - Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (en particulier s'ils vivent avec le VIH) peuvent présenter une proctite ou une proctocolite ulcéreuse sévère accompagnée de douleurs rectales, de pertes sanguines, d'anoscopie anormale, de fièvre et de lymphadénopathie.
  - Complications : Abscès rectaux, sténoses rectales, fistules et cicatrices chroniques. Les manifestations chroniques de la maladie peuvent entraîner un blocage des lymphatiques drainant les organes génitaux ou rectaux, provoquant un œdème.
- Gonorrhée avec complications : Endométrite, salpingite, abcès de Bartholin, lymphangite, abcès tubo-ovarien, grossesse extra-utérine, infertilité, rupture prématurée des membranes, périhépatite.

#### *Hommes/organes génitaux masculins :*

- Gonorrhée sans complications : Écoulement urétral (urétrite) qui peut être abondant et purulent ou peu abondant et clair, dysurie. Peut être asymptomatique, en particulier dans le pharynx et le rectum.
- Gonorrhée avec complications : Œdème pénien, abcès des glandes de Tyson, abcès des glandes de Cowper, vésiculite séminale, épидидymite, orchite, infertilité (rare).

#### *Tous sexes :*

- Gonorrhée avec complications : Infection gonococcique disséminée.
- Rectum : Écoulement abondant, purulent, sensations de brûlures/picotements, ténésme, sang dans les selles.
- Pharynx : Pharyngite légère, mal de gorge léger, érythème.

#### *Nouveau-nés :* Ophtalmie néonatale.

### Tests diagnostiques

TAAN ou tests de culture : Pour le diagnostic du LGV, les échantillons de choix tant pour les tests de culture que les TAAN comprennent les écouvillonnages prélevés directement sur les lésions primaires (le cas échéant), les écouvillonnages urétraux ou les échantillons d'urine de première prise chez les hommes, les écouvillonnages endocervicaux chez les femmes et les écouvillonnages rectaux chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

### 4.1.3 *Neisseria gonorrhoeae* (gonorrhée)

*N. gonorrhoeae* provoque la gonorrhée, la deuxième IST bactérienne la plus courante au monde. La gonorrhée englobe un éventail de maladies dans une variété de sites, y compris urogénitale, pharyngée, rectale et conjonctivale. *N. gonorrhoeae* est principalement transmissible par contact sexuel (impliquant l'anus, le pénis, le vagin, la bouche ou la gorge). Les complications et les séquelles associées aux infections à *N. gonorrhoeae* non traitées comprennent une MPI, une grossesse extra-utérine, l'infertilité, un œdème du pénis, une épидидymite et une infection gonococcique disséminée. Avec l'augmentation des souches résistantes aux antimicrobiens, la gonorrhée est souvent traitée par une bithérapie aux antibiotiques.

### Caractéristiques cliniques et maladies associées

#### *Femmes/organes génitaux féminins :*

- Gonorrhée sans complications : Cervicite avec écoulement purulent de l'orifice cervical et col friable, dysurie, sensibilité dans la partie inférieure de l'abdomen. Généralement asymptomatique, en particulier au niveau du pharynx et du rectum.

### Tests diagnostiques

Des analyses en laboratoire sont nécessaires pour le diagnostic, la détection et le contrôle de la guérison. Le diagnostic de la gonorrhée est posé par la détection de *N. gonorrhoeae* dans des sécrétions génitales ou extra-génitales.

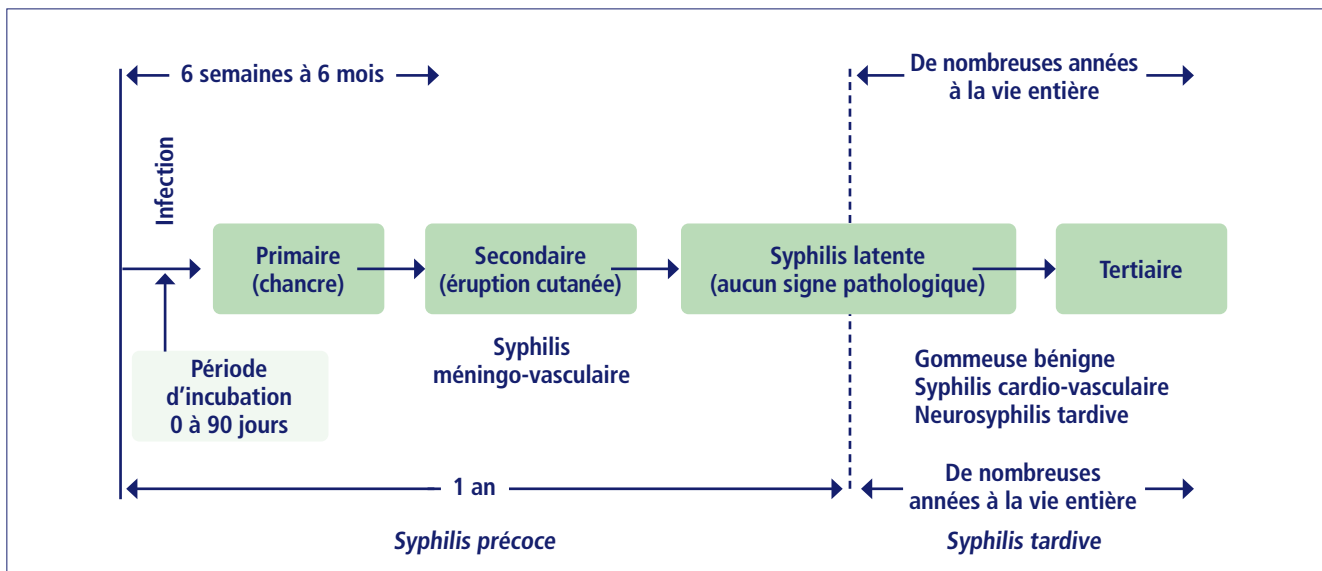
- Les TAAN sont des tests diagnostiques très sensibles et spécifiques pour la gonorrhée. Ils ont une sensibilité et une spécificité supérieures à celles des tests de culture et peuvent être réalisés sur des échantillons d'urine, vulvovaginal, du col de l'utérus et urétraux. Des TAAN peuvent également être utilisés sur des échantillons rectaux et pharyngés, mais peuvent présenter une sensibilité légèrement inférieure.
- L'examen microscopique est sensible et spécifique chez les hommes symptomatiques qui présentent un écoulement urétral.
- Les tests de culture sont sensibles et hautement spécifiques dans des circonstances optimisées, peu coûteux et permettent de réaliser des tests de sensibilité aux antimicrobiens.

#### 4.1.4 *Treponema pallidum* (syphilis)

La syphilis, causée par la bactérie *T. pallidum*, est une IST chronique qui continue de causer une morbidité et une mortalité importantes. Elle se transmet principalement par contact sexuel lorsqu'une plaie ouverte, qu'on appelle un « chancre », est présente au cours des premiers stades de l'infection, ou par voie transplacentaire d'une femme enceinte au fœtus. Les infections à syphilis non traitées pendant la grossesse entraînent généralement de graves conséquences indésirables de la grossesse, de sorte qu'un dépistage universel

de la syphilis pendant la grossesse est recommandé (voir plus d'informations ci-dessous). L'évolution de la syphilis non traitée est illustrée à la *Figure 1*. La syphilis tertiaire, survenant plusieurs années après l'infection initiale, peut causer des dommages importants, avec des manifestations classées comme la syphilis gingivale bénigne, la syphilis cardiovasculaire et la neurosyphilis, qui peuvent coexister. La maladie peut progresser nettement plus rapidement chez les clients co-infectés par le VIH. Le traitement de la syphilis est très efficace et abordable avec des antibiotiques appropriés.

**FIGURE 1 : Évolution de la syphilis non traitée : primaire, secondaire, latente et tertiaire**



Source : Reproduit/traduit avec la permission du Laboratory diagnosis of sexually transmitted infections, including human immunodeficiency virus. Genève : OMS ; 2013.

#### Caractéristiques cliniques et maladies associées

Tous sexes :

- Primaires : Chancre primaire (généralement une lésion génitale simple et indolore), généralement avec lymphadénopathie inguinale bilatérale (généralement discrète et non tendre).
- Secondaires : Éruption cutanée répartie uniformément et non irritante qui peut être maculaire, papuleuse ou papulo-squameuse (souvent observée sur la paume des mains et la plante des pieds). Dans les régions chaudes et humides, l'éruption cutanée peut s'agrandir pour former des condylomes lata et, sur les surfaces muqueuses, former des lésions serpigineuses superficielles gris-blanc appelées « ulcères de bave d'escargot ». Il peut également y avoir une lymphadénopathie généralisée, de la fièvre, des céphalées et un état de malaise général.

- Tertiaires : Des gomes (lésions) peuvent se produire dans n'importe quel organe du corps, mais le plus souvent dans la peau, le cartilage et les os (syphilis gommeuse bénigne), les parois de l'aorte (syphilis cardiovasculaire), les vaisseaux cérébraux (syphilis méningovascular) ou le cerveau et la moelle épinière (neurosyphilis).

*Femmes/organes génitaux féminins* : Avortement spontané, mortinaissance, accouchement prématuré.

*Nouveau-nés* : Mortinaissance, syphilis congénitale.

## Tests diagnostiques

### Tests sérologiques :

- **Tests tréponémiques** : La grande majorité des TROD et des TDR disponibles dans le commerce pour la syphilis, également connus sous le nom de tests rapides de la syphilis. D'autres tests tréponémiques comprennent le test FTA-Abs, le test d'hémagglutination de *T. pallidum* et le test d'agglutination de particules passives de *T. pallidum*.
- **Tests non tréponémiques ou réaginaires** : Il s'agit notamment des tests rapides de la réagine plasmatique (RPR) et des tests du Venereal Disease Research Laboratory (VDRL).

### Détection directe (à l'aide d'échantillons prélevés sur des lésions ou issus cutanés) :

- **Microscopie à fond noir** : Il s'agit de l'unique TROD capable de poser un diagnostic direct de syphilis en cas de maladie primaire, secondaire ou congénitale précoce chez l'adulte. L'échantillon idéal est un exsudat séreux de lésions actives, exempt de globules rouges.
- **Test par immunofluorescence directe**, en particulier le test des anticorps fluorescents directs : Le prélèvement d'échantillons est le même que pour la microscopie à fond noir. La spécificité et la sensibilité sont toutes deux supérieures à celles de la microscopie à fond noir.
- **TAAN** : Plusieurs essais de réaction de polymérisation en chaîne (PCR) ont été mis au point et utilisés avec succès pour détecter des séquences cibles d'ADN spécifiques de *T. pallidum* dans des lésions primaires et secondaires. Ils peuvent être utilisés pour examiner des échantillons provenant de n'importe quel exsudat, tissu ou liquide corporel de lésion, et l'échantillon peut être frais, congelé, ou fixe et enrobé en paraffine. Ils peuvent également être appliqués au diagnostic de la syphilis congénitale et aussi de la neurosyphilis.

**Note sur le dépistage de la syphilis congénitale** : Toute lésion de la peau et des muqueuses présente chez le nouveau-né d'un individu séropositif doit être soumise à une analyse par microscopie à fond noir, immunofluorescence directe ou PCR pour rechercher des signes directs d'infection par *T. pallidum*. Pour plus d'informations sur les tests sérologiques chez les nouveau-nés, se reporter au manuel du laboratoire de l'OMS [14].

## Dépistage et traitement de la syphilis pendant la grossesse

La transmission périnatale de la syphilis (syphilis congénitale) est généralement dévastatrice pour le fœtus si l'infection maternelle primaire ou secondaire par la syphilis n'est pas détectée et traitée suffisamment tôt pendant la grossesse,

idéalement avant le deuxième trimestre. Les infections à syphilis latentes (asymptomatiques) pendant la grossesse sont également à l'origine d'issues indésirables de la grossesse dans plus de la moitié des cas.

Les recommandations et suggestions de l'OMS pour le dépistage et le traitement de la syphilis chez les personnes enceintes sont les suivantes [15] :

- **Dans tous les contextes, indépendamment de la prévalence locale de la syphilis** : Soumettre toutes les personnes enceintes au dépistage de la syphilis lors de leur première consultation de soins prénatals.
- **Dans les contextes où la couverture du dépistage et du traitement de la syphilis est faible chez les personnes enceintes, où la perte de vue au cours du suivi parmi les personnes enceintes est élevée ou où la capacité d'analyses en laboratoire est limitée** : Utiliser des tests sur place (stratégies A, B et C, ci-dessous) plutôt que la stratégie standard de dépistage et de traitement en laboratoire hors site.
- **Dans les contextes où la prévalence de la syphilis est faible (moins de 5%)** : Utiliser un test unique de diagnostic rapide de la syphilis sur place (également connu sous le nom de TDR ou de TROD) pour dépister les personnes enceintes (stratégie A) plutôt qu'un test unique RPR sur place (stratégie B).
- **Dans les contextes où la prévalence de la syphilis est élevée (5% ou plus)** : Utiliser un test de dépistage de la syphilis sur place et, s'il est positif, fournir une première dose de traitement et un test RPR, après quoi, si le test RPR est positif, fournir un traitement en fonction de la durée de la syphilis (stratégie C).

### Stratégie A : Test unique de dépistage de la syphilis sur site, suivi d'un traitement si positif

Le test de dépistage de la syphilis sur site (test tréponémal) peut être fourni en un seul test et le traitement peut être administré au cours de la même consultation en fonction des résultats. Le test de dépistage de la syphilis ne fait pas de distinction entre la présence d'une syphilis préalablement traitée de manière adéquate et celle d'une syphilis non traitée. Par conséquent, les personnes enceintes qui obtiennent un résultat positif au test de dépistage de la syphilis et qui sont traitées adéquatement pour la syphilis continueront probablement d'obtenir un résultat positif à un test de dépistage de la syphilis ultérieur (par ex. au cours d'une grossesse ultérieure). Les personnes enceintes qui ont obtenu un résultat positif à un test de dépistage de la syphilis précédent (par ex. au cours d'une grossesse antérieure) pourraient donc être traitées de nouveau

pour la syphilis sans répéter le test de dépistage de la syphilis si le risque de réinfection est jugé élevé. Sinon, un test de RPR quantitatif pourrait être effectué chez ces clientes au lieu d'un test de dépistage de la syphilis (c'est-à-dire pour déterminer le titre).

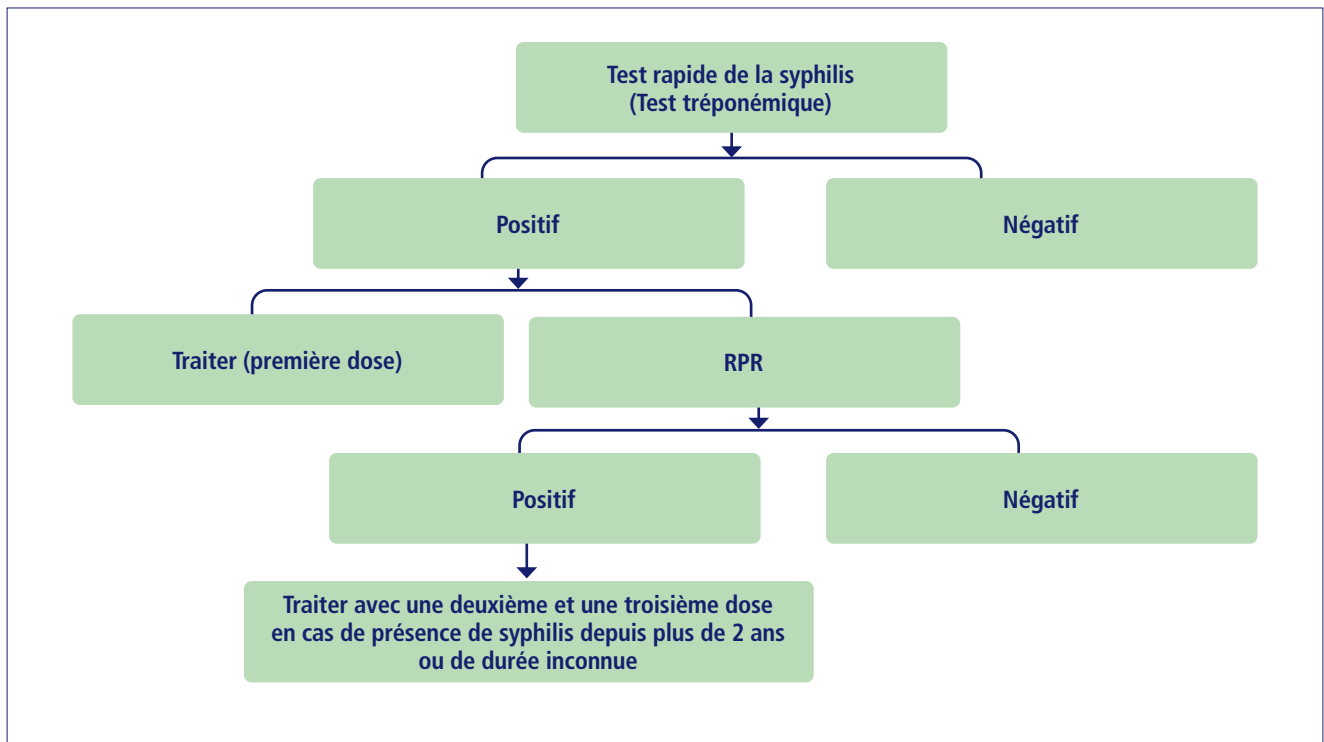
**Stratégie B : Test unique de RPR sur site suivi d'un traitement si positif**

Le test RPR dans cette stratégie est un test unique, sur site, rapide, permettant de fournir un traitement le jour-même. Cela signifie (comme avec la stratégie A), qu'une cliente enceinte peut obtenir un dépistage et un traitement au cours de la même consultation. Si le RPR est négatif, il peut être répété après environ 1 mois pour obtenir un diagnostic correct (positif) dans les cas où la syphilis précoce n'a pas encore été détectée lors du premier test de RPR, car la syphilis n'est détectable par RPR qu'environ 1 mois après le début du chancre primaire. La fourniture de RPR sur site nécessite un rotateur, une centrifugeuse sanguine et un réfrigérateur pour les réactifs, et de l'électricité pour faire fonctionner cet équipement.

**Stratégie C : Dépistage de la syphilis sur site, suivi (si positif) par la première dose et le test de RPR (Figure 2)**

Un test de dépistage de la syphilis sur place est d'abord fourni à la cliente enceinte. Si le résultat est séronégatif, il peut être interprété comme signifiant l'absence d'infection par la syphilis et aucun traitement ou test supplémentaire n'est administré. Si le test de dépistage sur place de la syphilis est positif, un traitement immédiat doit être administré pour éviter des effets indésirables sur la grossesse. Un test de RPR doit alors être effectué (sur place ou non, en fonction des ressources disponibles), et si ce test est lui aussi positif, la cliente doit être recevoir le traitement approprié pour la syphilis en fonction de la durée déterminée de son infection. Toutefois, si le RPR est négatif, il peut être répété au bout d'1 mois environ pour obtenir un diagnostic correct (positif) dans les cas où la syphilis précoce n'a pas encore été détectée lors du premier test de RPR. Cette stratégie peut nécessiter que la cliente se rende à deux reprises à l'établissement de santé si son premier test est positif (c.-à-d. pour recevoir les résultats du test de RPR s'il ne s'agit pas d'un test rapide sur place).

**FIGURE 2 : Organigramme d'illustration de la stratégie C**



Source : OMS [15]; WHO guideline on syphilis screening and treatment for pregnant women. Genève : OMS ; 2017. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

#### 4.1.5 *Haemophilus ducreyi* (chancre mou)

Le chancre mou, causé par la bactérie *Haemophilus ducreyi*, est transmis exclusivement par contact sexuel avec la peau (sauf dans de rares cas d'infection acquise en laboratoire). Le temps d'incubation est de 4 à 10 jours. Il est environ sept fois plus fréquent chez les hommes que chez les femmes et sa transmission est liée à un grand nombre de partenaires sexuels. Le chancre mou était auparavant très répandu dans certaines régions du monde, mais sa prévalence est en très net recul depuis les années 1990 en raison d'un meilleur accès aux agents antimicrobiens, du déploiement de la prise en charge syndromique, de l'amélioration des soins de santé pour les travailleurs-se-s du sexe et du changement des comportements sexuels à l'ère de l'infection à VIH.

#### Caractéristiques cliniques et maladies associées

- Tous sexes : Des ulcères génitaux douloureux et irréguliers avec des bords fragilisés (initialement une papule sensible, qui se transforme en ulcère dans les 2 jours) et de multiples lésions peuvent fusionner pour former de très gros ulcères. Cela peut s'accompagner d'une lymphadénite inguinale douloureuse unilatérale, qui peut entraîner la rupture spontanée de ganglions lymphatiques suppurants (bubons), en particulier en cas de retard à se faire soigner ou à obtenir le bon diagnostic.
- Les manifestations atypiques du chancre mou sont fréquentes et la maladie peut être facilement confondue avec d'autres ulcérations génitales, en particulier l'herpès génital.
- Le chancre périanal peut se produire chez les hommes qui ont des rapports sexuels réceptifs avec des hommes et aussi chez les femmes qui ont eu des relations sexuelles péniennes-anales.

#### Tests diagnostiques

- Tests de culture de la bactérie *H. ducreyi* : Procédure techniquement exigeante à faible rendement en dehors des laboratoires hautement qualifiés utilisés pour travailler avec l'agent pathogène.
- TAAN : Pour le diagnostic du chancre mou.
- Technologies de détection d'antigènes et de sondes d'acide nucléique : Plusieurs techniques basées sur la recherche ont été décrites, y compris l'utilisation de la détection d'antigènes basée sur des anticorps monoclonaux et des sondes d'ADN.
- Examen microscopique direct : Faible sensibilité et faible spécificité.

- Tests sérologiques : Ceux qui sont actuellement disponibles ne sont utiles qu'à des fins de recherche séroépidémiologique.

#### 4.1.6 *Klebsiella granulomatis* (donovanose, également connue sous le nom de granulome inguinal)

La donovanose est une infection chronique touchant la peau, les muqueuses et le système lymphatique des organes génitaux et de la région périnéale. Sa présence est limitée à certains pays et régions du monde, notamment le Brésil, les Caraïbes, l'Inde, la Papouasie-Nouvelle-Guinée et l'Afrique australe. La donovanose est principalement transmise par contact sexuel, mais a une faible infectiosité. Le temps d'incubation varie de 1 à 12 semaines. La donovanose peut se propager de façon hématogène aux os, aux articulations et au foie, et des lésions cutanées peuvent également se produire.

#### Caractéristiques cliniques

Tous sexes :

- Initialement, un gonflement nodulaire sous-cutané érode la surface de la peau (progressant lentement) pour former un ulcère génital granulomateux au contour bien défini, qui saigne facilement au contact, et qui peut devenir douloureux lorsqu'une infection bactérienne secondaire se développe, contribuant potentiellement à des débris nécrotiques dans l'ulcère.
- Des lésions ulcéreuses peuvent également apparaître dans les régions inguinales et périanales et peuvent se propager à des sites extragénitaux du corps. Les lésions génitales et périanales à divers stades peuvent ressembler aux lésions formées par d'autres pathologies, telles que la syphilis, le chancre mou, le carcinome et l'amibiase.
- De nouvelles lésions peuvent se former par autoinoculation et des ganglions lymphatiques inguinaux peuvent s'agrandir à la suite d'une infection secondaire (pseudobubons).
- La donovanose peut se propager de façon hématogène aux os, aux articulations et au foie.

*Hommes/organes génitaux masculins* : Écoulement urétral (urétrite non gonococcique).

*Femmes/organes génitaux féminins* : Cervicite, endométrite, MPI.

### Tests diagnostiques

- Examen microscopique : Mise en évidence des corps de Donovan dans le frottis coloré prélevé sur des lésions cliniques (en utilisant une méthode simple et rapide [1 minute] de Giemsa). Des corps de Donovan ont également été identifiés à partir de frottis de Papanicolaou (Pap) utilisés dans le dépistage systématique par la cytologie du col de l'utérus.
- Histopathologie : Mise en évidence des corps de Donovan dans des coupes histologiques colorées de biopsies tissulaires – peut être utile dans le diagnostic différentiel entre la donovanose et d'autres pathologies.
- TAAN : Un test PCR diagnostique basé sur la recherche a été mis au point, qui a été affiné davantage pour devenir un test PCR colorimétrique. Cependant, ces tests ne sont pas disponibles dans la plupart des pays à des fins de diagnostic de routine.

#### 4.1.7 *Mycoplasma genitalium* (MG, également connu sous le nom de Mgen)

La bactérie *M. genitalium* est une cause fréquente d'urétrite chez les hommes. Dans la plupart des contextes, elle est plus fréquente que *N. gonorrhoeae* mais moins fréquente que *C. trachomatis*. Chez les femmes, elle peut se trouver dans le vagin, le col de l'utérus et l'endomètre et, comme les infections chlamydiennes et gonococciques, les infections à *M. genitalium* chez les femmes sont généralement asymptomatiques. Une infection à *M. genitalium* doit être suspectée dans les cas d'urétrite persistante ou récurrente et peut également être envisagée dans les cas persistants ou récurrents de cervicite et de MPI. L'infection se produit par contact génital à génital ou génital à rectal.

### Caractéristiques cliniques

- *Hommes/organes génitaux masculins* : Écoulement urétral (urétrite non gonococcique).
- *Femmes/organes génitaux féminins* : Cervicite, endométrite, MPI.
- *Tous sexes* : Peut être asymptomatique, peut provoquer une proctite.

### Tests diagnostiques

- TAAN provenant d'écouvillonnages urinaires, urétraux, anorectaux, oropharyngés, vaginaux ou cervicaux.
- Tests de culture : Extrêmement lents (plusieurs mois), difficiles et insensibles.

- *Autres* : À ce jour, aucun test sérologique, aucun test de détection d'antigène et aucun TROD ne s'est avéré utile pour le diagnostic des infections urogénitales à *M. genitalium*.

## 4.2 IST protozoaires curables

### 4.2.1 *Trichomonas vaginalis* (trichomonase)

*T. vaginalis* est un parasite protozoaire mobile et flagellé qui cause la trichomonase des IST. La trichomonase est l'IST curable la plus répandue dans le monde. *T. vaginalis* est le plus souvent transmis sexuellement par contact de pénis à vagin ou de vulve à vulve. La trichomonase est simple à guérir avec une dose unique d'antibiotiques appropriés.

### Caractéristiques cliniques

*Femmes/organes génitaux féminins* :

- *Primaires* : Asymptomatique dans au moins 50 % des cas. Vaginose avec écoulement abondant, fulminant, purulent ou mousseux blanc tendant vers le jaune, dysurie, douleurs pelviennes, démangeaisons.
- *Séquelles* : Issues indésirables de la grossesse (par exemple, bébés de faible poids à la naissance, accouchement prématuré), risque accru de transmission et d'acquisition du VIH.

*Hommes/organes génitaux masculins* :

- *Primaires* : Asymptomatique dans 70 % à 80 % des cas. Écoulement urétral (urétrite non gonococcique), dysurie, douleurs testiculaires.
- *Séquelles* : Possible épидидymite et prostatite.

*Nouveau-nés* : Faible poids à la naissance.

### Tests diagnostiques

La trichomonase symptomatique peut être diagnostiquée à l'aide de l'approche syndromique basée sur :

- Odeur, qualité et quantité de sécrétions vaginales (sécrétions blanches fulminées ou moussantes).
- pH vaginal (habituellement >6,0).
- Présence possible de friabilité cervicale (friabilité cervicale ponctuée : « col framboisé »).



Cependant, le recours à des tests diagnostiques est recommandé en raison de la proportion élevée de cas asymptomatiques :

- TAAN : Meilleure sensibilité que d'autres méthodes de diagnostic et très grande spécificité (à l'instar d'autres méthodes).
- Examen microscopique par préparation humide : Avec cette méthode de diagnostic de première intention, un résultat positif donne un diagnostic définitif de haute spécificité lorsqu'il est correctement effectué et interprété (mais la sensibilité est faible, sauf chez les clients symptomatiques).
- Tests de culture : Les écouvillonnages vaginaux, les écouvillonnages urétraux et les sédiments urinaires pour les hommes sont des échantillons autorisés pour des tests de culture. Cette méthode nécessite jusqu'à 5–7 jours après le prélèvement et la détermination de résultats positifs nécessite un examen microscopique : on obtient ainsi une sensibilité du test supérieure à celle de l'examen microscopique par préparation humide et la spécificité est également très élevée.
- Détection des antigènes : TROD uniquement pour les échantillons d'écouvillonnages vaginaux. La toute dernière génération de ces tests a une meilleure sensibilité que l'examen microscopique et peut fournir des résultats en une trentaine de minutes, et la spécificité est également très élevée.

## 4.3 Infections de l'appareil reproducteur endogènes (non transmises sexuellement)

### 4.3.1 *Candida albicans* (candidose)<sup>†</sup>

Les infections symptomatiques et également asymptomatiques à *C. albicans* sont fréquentes chez les femmes. Les facteurs de prédisposition à la colonisation et à l'inflammation comprennent les changements des taux d'hormones de reproduction associés aux menstruations, à la grossesse et aux contraceptifs oraux ; la prise d'antibiotiques ; le diabète ; et l'immunosuppression. Bien qu'une transmission sexuelle de *C. albicans* soit possible, le tractus gastro-intestinal a lui aussi été impliqué comme source d'infection. Les hommes peuvent contracter la candidose auprès d'un partenaire sexuel. Ils développent généralement une réponse allergique à l'antigène candidal, bien que l'infection fulminante puisse être observée plus fréquemment chez les clients présentant des facteurs de prédisposition.

<sup>†</sup> La candidose vulvovaginale est causée par le champignon *Candida albicans* dans environ 85 % des cas, *C. glabrata* étant responsable des 15 % restants.

### Caractéristiques cliniques et maladies associées

- *Femmes/organes génitaux féminins* : Vulvovaginite avec écoulement vaginal inodore, épais, blanc, cailleboté, démangeaisons vulvaires et vaginales, sensation de brûlure dans la vulve, dysurie et érythème des lèvres et de la vulve. Également connue sous le nom de candidose vulvovaginale (CVV) ou infection à levures.
- *Hommes/organes génitaux masculins* : Infection superficielle du gland du pénis. Peut causer une balanite ou une balanoposthite et rarement une urétrite.

### Diagnostic de CVV

- Examen clinique des symptômes (voir ci-dessus) : Chez les femmes présentant des signes classiques, il est souvent raisonnable d'administrer un traitement sur la base d'un diagnostic clinique présumé sans autre confirmation (voir la [Section 5](#)).
- Examen microscopique : La détection de mycéliums et de cellules de levure typiques par examen microscopique par préparation humide ou à hydroxyde de potassium (qui augmente la sensibilité) peut être effectuée sur place et a une valeur prédictive positive très élevée.
- Dans certains centres, la méthode préférée pour la détection de la candidose est un frottis à Gram coloré et la détection de cellules de levure en bourgeonnement et de pseudohyphes.

### 4.3.2 Vaginose bactérienne

La vaginose bactérienne (VB) est la cause la plus fréquente de pertes vaginales, typiquement malodorantes et est fréquente chez les femmes en âge de procréer ainsi que chez celles post-ménopausées. Ce syndrome est lié à des altérations de l'écologie vaginale qui provoquent une augmentation du pH local, résultant d'une diminution des lactobacilles protecteurs producteurs de peroxyde d'hydrogène et d'une augmentation du nombre de divers anaérobies, tels que *Mycoplasma hominis* et *Gardnerella vaginalis*. Il s'agit d'une infection endogène plutôt que sexuellement transmissible et les épisodes symptomatiques ont été liés aux menstruations, à la présence d'un DIU et aux douches génitales. L'activité sexuelle est un facteur de risque pour son acquisition (c'est-à-dire qu'elle est associée à un nombre accru de partenaires récents et durant la vie, et au fait d'avoir un nouveau partenaire sexuel).

### Caractéristiques cliniques

- Augmentation du volume de pertes vaginales malodorantes.

### Tests diagnostiques

Le diagnostic est basé sur la présence d'au moins trois des quatre critères cliniques suivants (critères d'Amsel) :

- pertes vaginales homogènes d'aspect grisâtre
- pH vaginal supérieur à 4,5
- test positif d'odeur/amine (odeur caractéristique de « poisson pourri » du liquide vaginal lorsqu'il est mélangé à une solution d'hydroxyde de potassium à 10 %)
- « cellules indices »\* visibles à l'examen microscopique

Le diagnostic peut également être posé par évaluation ou notation des bactéries dans un frottis vaginal coloré à Gram.

## 4.4 Infections virales persistantes (pour le VIH, voir le [Chapitre 7](#))

### 4.4.1 Virus de l'herpès simplex génital (HSV)

Les virus de l'herpès simplex de type 1 (HSV-1) et de type 2 (HSV-2) peuvent tous deux causer une infection génitale par le HSV, bien que le HSV-1 soit plus généralement associé à une infection orale par le HSV qu'à une infection génitale. L'herpès génital est principalement transmis par contact peau à peau. Il n'existe aucun remède pour guérir de l'herpès. C'est une infection qui dure toute la vie et qui provoque périodiquement des ulcères génitaux (ou plaies) et des inflammations. Un traitement est disponible pour réduire les symptômes et le risque de transmission à un partenaire.

#### Caractéristiques cliniques et maladies associées

- *Tous sexes* : Lésions et ulcérations vésiculaires anogénitales, douleurs et démangeaisons génitales, dysurie, fièvre, céphalées, myalgie et état de malaise, cervicite, lymphadénopathie inguinale et fémorale tendre.
- *Nouveau-nés* : L'herpès néonatal peut être transmis verticalement pendant l'accouchement par voie vaginale. Il peut entraîner une infection disséminée, une atteinte du système nerveux central, voire la mort néonatale.

**Infection primaire/premier épisode clinique** : La plupart des infections initiales sont asymptomatiques ou atypiques, et donc non diagnostiquées. Seulement 10 % à 25 % des infections primaires donnent lieu au syndrome classique 4 à 7 jours après l'exposition sexuelle. Cela comprend des

amas bilatéraux de papules, de vésicules ou d'ulcérations érythémateuses sur les organes génitaux externes, dans la région périanale ou sur les fessiers. Les clients manifestent des douleurs et démangeaisons génitales et 80 % des femmes déclarent également souffrir de dysurie. Des symptômes constitutionnels, comme fièvre, céphalées, myalgies et état de malaise, sont fréquents. Une cervicite et lymphadénopathie inguinale et fémorale sensible accompagne souvent l'infection initiale. Sur une période de 2 à 3 semaines, de nouvelles lésions apparaissent et les lésions existantes se transforment en vésicules et pustules, puis s'agglomèrent en ulcères avant de développer une croûte et de cicatriser. Les manifestations atypiques d'infections dues au HSV-2 peuvent inclure de petites érosions et fissures, ainsi que de la dysurie ou de l'urétrite sans lésions [16].

**Épisodes récurrents** : Les récurrences sont souvent précédées de symptômes prodromiques (y compris picotements, paresthésie et douleurs), elles sont caractérisées par un moins grand nombre de lésions qu'au cours du premier épisode et sont généralement présentes unilatéralement et sans symptômes systémiques. La douleur est moins sévère pendant les récurrences et les lésions guérissent en 5 à 10 jours sans traitement antiviral. Les clients immunodéprimés, y compris ceux qui ont le VIH, ont généralement des récurrences plus fréquentes en manifestant des symptômes plus graves [16].

#### Tests diagnostiques

L'herpès génital est souvent diagnostiqué cliniquement ; cependant, un diagnostic en laboratoire est nécessaire pour différencier le HSV-1 du HSV-2, pour diagnostiquer d'autres causes d'ulcération génitale (par exemple, d'autres IST qui causent des ulcères génitaux douloureux, comme la syphilis) et pour déceler des causes non infectieuses (par exemple, la maladie de Crohn). Le choix du test et la façon d'interpréter les résultats sont des considérations importantes.

#### Diagnostic direct à partir d'échantillons cliniques (provenant de lésions)

- Examen direct des échantillons et examen cytologique à l'aide de procédures de coloration conventionnelles : Sensibilité et spécificité faibles pour le diagnostic de l'infection par le virus de l'herpès.
- Détection d'antigènes viraux : L'antigène viral présent dans l'échantillon provenant de lésions mucocutanées peut être détecté par immunofluorescence directe, coloration

\* Les cellules indices sont des « cellules épithéliales squameuses recouvertes de nombreux petits organismes coccobacillaires, donnant un aspect granulaire pointillé ; les pourtours de ces cellules épithéliales sont mal définis, en raison du grand nombre de bactéries présentes et de l'apparente désintégration des cellules » [14].

à l'immunoperoxydase ou dosage immunoenzymatique (ELISA). Des TROD pour la détection de l'antigène HSV sont disponibles dans le commerce.

- Culture virale : L'isolement du HSV dans la culture cellulaire a été la pierre angulaire du diagnostic du HSV, mais il n'est possible que dans des laboratoires spécialisés à un coût élevé et exige beaucoup de ressources. Il présente une spécificité élevée mais une sensibilité diagnostique inférieure à celle des TAAN.
- TAAN : Les TAAN constituent le test le plus sensible actuellement disponible pour détecter le HSV dans des échantillons génitaux. Ils sont jusqu'à quatre fois plus sensibles, moins tributaires des conditions de prélèvement et de transport et plus rapides que la culture virale. La validation stricte des PCR en interne ou des TAAN disponibles dans le commerce dans des contextes individuels est importante.

#### Méthodes sérologiques indirectes

- Des tests sérologiques sont recommandés comme aide au diagnostic de l'herpès génital chez les personnes présentant des symptômes génitaux récurrents, des lésions atypiques ou des lésions cicatrisantes et des cultures négatives de HSV.
- Il existe des TROD pour la détection des anticorps spécifiques du HSV-2, à partir de gouttes de sang prélevées sur un doigt (ou sérum). Ces tests ont une bonne sensibilité et une bonne spécificité et peuvent fournir des résultats pendant que le-la client-e attend ; ils sont toutefois coûteux par rapport aux méthodes basées sur des tests ELISA.

Le dépistage sérologique du HSV n'est pas systématiquement recommandé chez les clients asymptomatiques, mais il est indiqué pour les groupes suivants :

- Antécédents de maladie génitale récurrente ou atypique en cas de résultat négatif aux méthodes de détection directe du virus.
- Premier épisode d'herpès génital, où la distinction entre l'infection primaire et l'infection établie guide le conseil et la prise en charge.
- Partenaires sexuels de clients atteints d'herpès génital, où il y a lieu de s'inquiéter de possible transmission.

Sérologie HSV et grossesse :

- Le dépistage des personnes enceintes asymptomatiques n'est pas systématiquement recommandé, mais il est indiqué lorsqu'il y a des antécédents d'herpès génital chez le partenaire.
- Il convient de conseiller les clientes séronégatives au HSV-1 et/ou HSV-2 sur les stratégies de prévention d'une nouvelle infection par l'un ou l'autre type de virus pendant la grossesse.

#### 4.4.2 HPV de types 6 et 11 (verrues anogénitales, également connues sous le nom de condylomes acuminés)

La transmission du HPV génital se produit généralement facilement par contact génital peau contre peau. Il existe plus de 200 types de HPV différents, dont 40 sont connus pour infecter spécifiquement la muqueuse anogénitale de l'humain. Bien que la plupart des gens ne développent jamais de symptômes et que la plupart des infections à HPV disparaissent d'elles-mêmes, le HPV peut causer des verrues génitales et certains types de cancer. Les types de HPV fréquemment détectés dans le tractus anogénital sont subdivisés entre ceux à faible risque et ceux à haut risque, en fonction de leur risque relatif de complication rare de néoplasie.<sup>§</sup> Les types de HPV à faible risque se manifestent généralement dans les lésions intraépithéliales de faible grade (lésions non précancéreuses), ainsi que dans les verrues anogénitales. Les types 6 et 11 du HPV représentent 85 % à 90 % des verrues anogénitales. Les verrues anogénitales sont des grosseurs bénignes exophytes, papuleuses ou plates qui peuvent se manifester n'importe où dans la zone anogénitale. Elles sont extrêmement fréquentes, en particulier chez les jeunes qui commencent une activité sexuelle. Dans de rares cas, des lésions peuvent causer des problèmes en raison de leur taille et de l'obstruction qu'elles provoquent, mais les problèmes les plus courants sont cosmétiques et psychosociaux. Les lésions ont tendance à réapparaître après traitement. L'administration d'une vaccination contre le HPV permet de prévenir efficacement l'acquisition des types 6 et 11 du HPV.

§ Les HPV à haut risque se manifestent par des lésions de bas grade et de haut grade, ainsi que dans des cancers du col de l'utérus et d'autres sites anogénitaux (vulve, vagin, anus, pénis). À eux tous, les HPV 16 et 18 sont responsables d'environ 70 % des cas de cancer du col de l'utérus dans le monde. Pour plus d'informations sur le cancer et les lésions précancéreuses du col de l'utérus, et la vaccination contre le HPV, voir le [Chapitre 8 : Gynécologie et autres soins de santé reproductive](#).

### Caractéristiques cliniques

- *Hommes/organes génitaux masculins*: Verrues péniennes et anales.
- *Femmes/organes génitaux féminins*: Verrues vulvaires, anales et cervicales.

### Tests diagnostiques

- Diagnostic clinique.

#### 4.4.3 Virus de l'hépatite B

L'hépatite B est une infection hépatique potentiellement mortelle causée par le virus de l'hépatite B (VHB). Il s'agit d'un problème de santé mondial majeur qui peut causer des maladies aiguës et chroniques. Le virus se transmet le plus souvent par voie périnatale, ainsi que par contact avec du sang (par ex. blessure par piqûre d'aiguille, tatouage, piercing, écoulements menstruels) ou d'autres liquides organiques infectés (par ex. salive, liquides vaginaux et séminaux). La transmission sexuelle de l'hépatite B est plus probable chez les hommes non vaccinés qui ont des rapports sexuels avec des hommes et chez les personnes hétérosexuelles ayant de multiples partenaires sexuels ou des contacts avec des travailleurs du sexe. L'hépatite B chronique est définie comme la persistance de l'antigène de surface de l'hépatite B pendant 6 mois ou plus et elle peut entraîner une cirrhose du foie et un cancer du foie primaire, qui peut être fatal. L'hépatite B peut être prévenue par un vaccin efficace, procurant une protection de 98 % à 100 % contre la maladie. L'OMS recommande la vaccination universelle de la population contre l'hépatite B à la naissance [6].

### Caractéristiques cliniques et maladies associées

#### *Infection à hépatite B aiguë :*

- Lorsqu'elles sont nouvellement infectées, la plupart des personnes ne ressentent aucun symptôme, tandis que d'autres ont une maladie aiguë avec des symptômes qui durent plusieurs semaines : jaunissement de la peau et du blanc des yeux (ictère), coloration plus sombre des urines, fatigue extrême, nausées, vomissements et douleurs abdominales.
- Un petit sous-ensemble de personnes atteintes d'hépatite aiguë peut développer une insuffisance hépatique aiguë, qui peut être fatale.

#### *Infection à hépatite B chronique :*

- 20 % à 30 % des personnes atteintes d'hépatite B chronique présentent des complications majeures, à savoir une cirrhose (cicatrice du foie) ou un carcinome hépatocellulaire (cancer du foie).

### Tests diagnostiques

- Les lignes directrices de l'OMS pour les tests de 2017 [17] recommandent l'utilisation d'un seul test de diagnostic in vitro sérologique de qualité garantie pour déceler l'antigène de surface de l'hépatite B (HBsAg) (pour dépister l'exposition au VHB). Ce test peut être un test de diagnostic rapide ou un test immuno-enzymatique en laboratoire (EIA), un test par chimiluminescence (CLIA) ou un test par électrochimiluminescence (ECLIA). Les tests de diagnostic rapide utilisés doivent répondre aux normes minimales de performance et être fournis sur le lieu de soin afin d'améliorer l'accès et les liens avec les soins et le traitement.
- Des techniques de détection des acides nucléiques sont généralement utilisées pour déceler la présence du virus, déterminer si l'infection est active et si un traitement antiviral serait bénéfique, déterminer quand le traitement antiviral devrait être interrompu (en raison de non-réponse ou de résistance) ou pour confirmer une suppression effective (VHB).
- L'infection à VHB aiguë est caractérisée par la présence de HBsAg et d'anticorps de l'immunoglobuline M (IgM) dirigés contre l'antigène central, HBcAg. Au cours de la phase initiale de l'infection, les personnes sont également séropositives pour l'antigène e de l'hépatite B (HBeAg). HBeAg est généralement un marqueur de niveaux élevés de réplication du virus. La présence de HBeAg indique que le sang et les liquides organiques de la personne infectée sont hautement infectieux.
- Une infection chronique est caractérisée par la persistance de HBsAg pendant au moins 6 mois (avec ou sans HBeAg concomitant). La persistance de HBsAg est le principal marqueur du risque de développer une maladie hépatique chronique et un cancer du foie (carcinome hépatocellulaire) plus tard dans la vie.
- Les données récentes insistent sur la nécessité de tester l'infection à VHB et d'envisager un traitement antiviral avant de commencer un traitement antiviral à action directe chez les clients co-infectés par le VHB/VHC en raison d'un risque potentiel de réactivation du VHB et d'aggravation de la maladie du foie.

- Évaluation non invasive du stade de la maladie du foie à l'état de référence et pendant le suivi : L'indice du rapport aspartate aminotransférase/plaquette (APRI) est recommandé comme test non invasif préféré pour évaluer la présence de cirrhose (score APRI >2 chez les adultes) dans les contextes à ressources limitées. Une élastographie transitoire (par exemple FibroScan) ou FibroTest peuvent être les tests non invasifs préférés dans les contextes où ils sont disponibles et où le coût n'est pas une contrainte majeure [18].

Notes :

- Il n'est pas possible de distinguer sur des bases cliniques l'hépatite B de l'hépatite causée par d'autres agents viraux, il est donc essentiel de confirmer le diagnostic en laboratoire.
- Beaucoup de gens sont diagnostiqués seulement quand ils sont déjà atteints d'une maladie du foie avancée. Parmi les complications à long terme des infections à VHB, la cirrhose et le carcinome hépatocellulaire entraînent une charge de morbidité importante. Le cancer du foie progresse rapidement, et comme les options de traitement sont limitées, les résultats sont généralement médiocres. Dans les contextes à faible revenu, la plupart des personnes atteintes d'un cancer du foie meurent dans les mois qui suivent le diagnostic.
- L'OMS recommande que tous les dons de sang soient testés pour l'hépatite B afin d'assurer la sécurité transfusionnelle et d'éviter une transmission accidentelle aux personnes qui reçoivent des produits sanguins.
- Voir les lignes directrices complètes de l'OMS pour obtenir des informations sur qui tester (et comment) pour des infections chroniques, et plus de précisions sur les tests de diagnostic [17].

#### 4.4.4 Virus de l'hépatite C

Le virus de l'hépatite C (VHC) peut causer des hépatites aiguës et chroniques (maladie du foie), allant d'une maladie légère de quelques semaines à une maladie grave qui dure toute la vie. L'hépatite C est une cause majeure de cancer du foie. Le VHC est un virus transmis par le sang, le plus souvent transmis par le partage de matériel d'injection pour l'usage de drogues ; la réutilisation ou la stérilisation inadéquate de matériel médical, en particulier des seringues et des aiguilles dans les établissements de soins de santé ; la transfusion de sang et de produits sanguins non dépistés ; pendant la grossesse de la personne enceinte au fœtus ; et les pratiques sexuelles qui conduisent à une exposition à du sang (par exemple chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, en particulier ceux qui sont infectés à VIH ou ceux qui prennent la PrEP contre l'infection à VIH).

Bien que cela soit moins fréquent, le VHC peut être transmis par voie sexuelle ainsi que par voie périnatale. La période d'incubation pour l'hépatite C va de 2 semaines à 6 mois. La plupart des décès causés par l'hépatite C chronique sont causés par la cirrhose du foie et le cancer primaire du foie. Les recherches d'un vaccin contre le VHC sont en cours. Des médicaments antiviraux permettent de guérir plus de 95 % des personnes infectées par le virus de l'hépatite C, réduisant ainsi le risque de décès, mais l'accès au diagnostic et au traitement est limité [17,19].

#### Caractéristiques cliniques et maladies associées

- Infection initiale : Environ 80 % des personnes ne présentent aucun symptôme. Les personnes atteintes d'une forme aiguë peuvent présenter des symptômes suivants : fièvre, fatigue, manque d'appétit, nausées, vomissements, douleurs abdominales, coloration plus sombre des urines, selles claires, douleurs articulaires et ictère (jaunissement de la peau et du blanc des yeux).
- Séquelles à long terme : Maladie hépatique chronique à vie, cirrhose hépatique et carcinome hépatocellulaire (cancer primaire du foie).

#### Tests diagnostiques

- Les lignes directrices de l'OMS pour les tests 2017 [17] recommandent l'utilisation d'un seul test de diagnostic in vitro sérologique de qualité garantie pour déceler l'antigène de surface de l'hépatite B (HBsAG) (pour dépister l'exposition au VHC). Ce test peut être un test de diagnostic rapide ou un test immuno-enzymatique en laboratoire (EIA), un test CLIA (chemiluminescence immunoassay) ou un test ECLIA (electrochemiluminescence immunoassay). Les tests de diagnostic rapide utilisés doivent répondre aux normes minimales de performance et être fournis sur le lieu de soin afin d'améliorer l'accès et les liens avec les soins et le traitement.
- Si le test est positif pour les anticorps anti-VHC, un test des acides nucléiques pour rechercher l'acide ribonucléique (ARN) du VHC est nécessaire afin de confirmer l'infection chronique (environ 30 % des personnes infectées par le VHC éliminent spontanément l'infection par une réponse immunitaire forte sans avoir besoin de traitement, mais elles resteront positives pour les anticorps anti-VHC). Des tests des acides nucléiques sont également utilisés pour déterminer quand suspendre le traitement antiviral (pour cause de non-réponse ou de résistance) et pour confirmer la guérison virologique (VHC).

- Les données récentes insistent sur la nécessité de tester l'infection à VHB et d'envisager un traitement antiviral avant de commencer un traitement antiviral à action directe chez les clients co-infectés par le VHB/VHC en raison d'un risque potentiel de réactivation du VHB et d'aggravation de la maladie du foie.

Notes :

- Les clients diagnostiqués avec une infection à VHC chronique devraient faire l'objet d'une évaluation du degré de dommages au foie (fibrose et cirrhose) par biopsie hépatique ou par une variété de tests non invasifs.
- Le degré de lésion hépatique est utilisé pour guider les décisions de traitement et la prise en charge de la maladie.
- L'OMS recommande un traitement par antiviraux à action directe pangénotypiques pour les personnes de plus de 12 ans. Le traitement peut guérir la plupart des personnes après 12 à 24 semaines de traitement, selon l'absence ou la présence de cirrhose.
- Étant donné que les nouvelles infections par le VHC sont généralement asymptomatiques, peu de personnes sont diagnostiquées lorsque l'infection est récente. Chez les personnes qui développent une infection à VHC chronique, l'infection est également souvent non diagnostiquée parce qu'elle reste asymptomatique pendant des décennies après l'infection lorsque les symptômes se développent à cause de graves dommages au foie.
- Voir les lignes directrices complètes de l'OMS pour obtenir des informations sur qui tester (et comment) pour des infections chroniques, et plus de précisions sur les tests de diagnostic [17].

## 4.5 Infections émergentes qui sont potentiellement sexuellement transmissibles

D'autres agents pathogènes infectieux nouveaux font leur apparition et sont potentiellement transmissibles sexuellement, y compris les virus Ebola et Zika. Les prestataires de soins de santé ont un rôle à jouer en fournissant un conseil approprié qui encourage des pratiques sexuelles à moindre risque et en conseillant les clients sur la nécessité d'effectuer des tests de dépistage et d'éviter les déplacements vers les régions touchées et des rapports sexuels non protégés avec des personnes revenant de ces régions. D'autres virus notables incluent le virus T-lymphotrope 1 humain (HTLV-1).

La maladie à **virus Ebola** est une maladie rare mais grave et souvent mortelle, dont les taux de mortalité pendant les épidémies vont de 25 % à 90 %. Elle est généralement transmise par contact avec des animaux infectés ou avec des liquides organiques d'humains infectés ou par contact avec des objets contaminés par de tels liquides organiques. L'OMS déclare que : « La transmission du virus Ebola par voie sexuelle, de l'homme à la femme est très possible, mais n'a pas encore été prouvée. La transmission de la femme à l'homme est moins probable, mais théoriquement possible. Il faudra avoir plus de données émanant de la surveillance et faire davantage de recherches sur les risques de transmission sexuelle et, plus particulièrement, sur la présence de virus viables et transmissibles dans le sperme en fonction du temps écoulé » [20].

Le conseil provisoire de l'OMS est que, jusqu'à ce que le sperme ait donné par deux fois un test négatif pour le virus Ebola (avec une semaine entre les tests par RT-PCR), ou jusqu'à ce que 12 mois se soient écoulés depuis l'apparition des symptômes, les survivants de la maladie à virus Ebola masculin doivent s'abstenir de tous types de relations sexuelles ou adopter des pratiques sexuelles à moindre risque en utilisant correctement et systématiquement des préservatifs. Tous les survivants d'Ebola et leurs partenaires sexuels doivent bénéficier de conseils sur les pratiques sexuelles à moindre risque et recevoir des préservatifs, et les hommes devraient se voir proposer des tests mensuels à partir de 3 mois après l'apparition de la maladie [20].

L'infection à **virus Zika** pendant la grossesse peut causer des anomalies congénitales, y compris la microcéphalie, et est également associée à une naissance prématurée et à une fausse couche (voir le *Chapitre 9 : Santé maternelle*). La plupart des infections à virus Zika sont asymptomatiques, mais elles peuvent causer des symptômes généralement légers pendant une semaine, y compris fièvre, éruption cutanée, conjonctivite, douleurs musculaires et articulaires, sensation de malaise ou céphalées. Le virus Zika est principalement transmis par des piqûres de moustiques infectés du genre *Aedes*, mais il peut aussi être transmis par voie sexuelle. L'OMS déclare que : « la transmission sexuelle du virus Zika est beaucoup plus probable des hommes aux femmes que des femmes aux hommes, et la transmission de même sexe, d'homme à homme, n'a été documentée qu'une seule fois » [21].

Les conseils pour la prévention de la transmission sexuelle du virus Zika doivent tenir compte des taux actuels et prévus de transmission du virus Zika par les moustiques dans les zones géographiques. Dans les régions où il n'y a pas

de transmission par les moustiques, la transmission sexuelle par les voyageurs de retour dans leur pays est l'une des principales voies de transmission du virus Zika. L'OMS a publié des lignes directrices détaillées pour la prévention de la transmission sexuelle du virus Zika, qui comprennent les éléments suivants :

- Les personnes vivant dans des zones où la transmission du virus Zika est en cours ET les personnes qui se sont rendues dans des régions où la transmission du virus Zika est en cours et en sont revenues, et leurs partenaires sexuels, en particulier les personnes enceintes, doivent être informées du risque de transmission sexuelle de Zika ainsi que du risque de transmission verticale au fœtus pendant la grossesse, et doivent avoir facilement accès à la contraception d'urgence et aux services de conseil associés, y compris la contraception d'urgence, pour soutenir un choix éclairé sur la prévention de la grossesse.
- Elles doivent également être mises au courant du risque potentiel de transmission sexuelle du virus Zika après une infection connue ou présumée (3 mois pour les hommes, 2 mois pour les femmes) et il faut leur conseiller d'utiliser des préservatifs correctement et de manière cohérente ou de s'abstenir de rapports sexuels pour empêcher la transmission sexuelle, en particulier pendant la grossesse [21].

Le **virus T-lymphotrope 1 humain (HTLV-1)** peut provoquer le lymphome/leucémie à cellules T de l'adulte (ATLL) et un état évolutif du système nerveux connu sous le nom de myélopathie associée au HTLV-1 ou paraparésie spastique tropicale (HAM/TSP). Le HTLV-1 est transmis principalement par les liquides organiques infectés, y compris le sang, le lait maternel et le sperme. Les facteurs de risque comprennent les rapports sexuels non protégés, les drogues injectables et la transplantation de tissus, de sang et de produits sanguins [22].

## 5. Prise en charge syndromique

La prise en charge syndromique est largement utilisée pour prendre en charge les personnes présentant des symptômes d'IST. Dans la plupart des contextes à ressources limitées, les organigrammes de prise en charge syndromique continuent d'être la norme de soins lorsque des services de diagnostic en laboratoire ne sont pas disponibles ou, s'ils le sont, il faut plusieurs jours pour en obtenir les résultats. Bien que l'approche syndromique des IST ne soit pas parfaite, elle demeure une composante essentielle de la prise en charge des personnes présentant des symptômes d'IST. Compte tenu de l'existence des TDR, l'approche syndromique peut être renforcée en les intégrant dans la mesure du possible.

Les symptômes et signes documentés lors de l'anamnèse et de l'examen physique peuvent être regroupés en syndromes. La prise en charge des syndromes permet de traiter le ou les pathogènes les plus souvent responsables du ou des syndromes. Dans certains cas, le syndrome peut être attribuable à plusieurs infections possibles. Cette approche est principalement utilisée dans des contextes où les tests étiologiques et les services de diagnostic en laboratoire ne sont pas disponibles pour prendre en charge les clients faisant état de symptômes ou chez qui des signes cliniques suspects sont détectés lors de l'examen.

Pour une prise en charge syndromique efficace, les prestataires doivent connaître les schémas pathologiques locaux, les susceptibilités aux antimicrobiens et le traitement approprié basé sur les lignes directrices nationales. Les organigrammes pour la prise en charge syndromique des IST (voir l'[Annexe 3](#)) peuvent donner des instructions claires étape par étape aboutissant à un ou plusieurs schémas thérapeutiques efficaces, basés sur les symptômes, les signes et/ou les facteurs de risque, avec la détermination de l'infection et/ou du pathogène les plus probables en fonction de l'épidémiologie du pays, de la région ou de la population.

L'évaluation des risques d'IST est particulièrement importante pour la prise en charge syndromique d'écoulement vaginal anormal, qui peut également être causé par des IAR non transmises sexuellement (endogènes) (voir la [Section 4.3](#)). Chez toute personne souffrant de douleurs dans le bas-ventre ou d'enflure du scrotum, il convient d'exclure la nécessité d'une intervention chirurgicale d'urgence et d'organiser une consultation de suivi précoce en cas d'incertitude.

Bien que l'approche syndromique des IST présente quelques imperfections, elle demeure une composante essentielle de la prise en charge des personnes présentant des symptômes d'IST [23]. Le traitement selon les lignes directrices nationales de traitement des IST/IAR doit

commencer dès que possible une fois qu'un diagnostic syndromique a été posé. Dans la mesure du possible, un traitement oral à dose unique est recommandé pour assurer l'observance et la guérison (ou la suppression des IST virales). Pour plus de précisions par infection/organisme, y compris les caractéristiques cliniques et le diagnostic, voir la [Section 4.3](#); pour les informations sur le traitement, voir l'[Annexe 2](#).

## 5.1 Syndrome d'écoulement urétral

L'écoulement urétral du pénis est souvent causée par *N. gonorrhoeae* et/ou *C. trachomatis* et/ou des agents pathogènes non gonococciques et non chlamydiens, tels que *M. genitalium* et *T. vaginalis*. Les clients atteints d'urétrite (inflammation de l'urètre) présentent souvent un écoulement urétral avec ou sans dysurie (douleur à la miction). Parfois, une dysurie ou des démangeaisons à la pointe de l'urètre peuvent être les seuls symptômes. L'écoulement urétral peut varier en quantité et en caractère, allant de limpide à purulent. Il n'est pas cliniquement possible de faire la distinction entre un écoulement causé par une gonorrhée, une chlamydia ou toute autre cause d'urétrite.

Sans diagnostic en laboratoire, le traitement d'un client ayant un écoulement urétral du pénis doit couvrir adéquatement à la fois la gonorrhée (*N. gonorrhoeae*) et la chlamydia (*C. trachomatis*), car il n'est pas possible de les distinguer l'une de l'autre d'après les symptômes, la manifestation clinique ou la période d'incubation (généralement plus courte pour la gonorrhée, de 3 à 7 jours, par rapport à la chlamydia, de 5 à 21 jours). Les doubles infections à la gonorrhée et à la chlamydia ne sont généralement pas rares. Si des services d'analyses au microscope sont disponibles, la présence de diplocoques intracellulaires sur un frottis coloré à Gram peut fournir un diagnostic présomptif de gonorrhée, tandis que leur absence signifie que le traitement de la chlamydia seulement peut être envisagé. Voir l'[Annexe 3, Figure 1](#) pour la prise en charge de l'écoulement urétral à partir du pénis.

Des symptômes persistants ou récurrents d'urétrite peuvent résulter d'une résistance aux médicaments, d'une mauvaise observance du traitement ou d'une réinfection. S'il est possible d'exclure la réinfection par la consignation approfondie des antécédents sexuels, un traitement supplémentaire pour *T. vaginalis* et *M. genitalium* peut être envisagé. Voir l'[Annexe 3, Figure 2](#) pour la prise en charge d'un écoulement urétral persistant ou récurrent du pénis.

**Diagnostics/agents pathogènes possibles :** *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, *T. vaginalis*, *M. genitalium* (en cas d'écoulement urétral persistant, il faut suspecter *T. vaginalis* et *M. genitalium*).

## Traitement recommandé

Traiter pour la **gonorrhée** sans complications

**PLUS**

Traiter pour la **chlamydia**

**Note spéciale :** Utilisez les lignes directrices locales lorsqu'elles sont disponibles pour choisir le traitement approprié, en particulier pour la gonorrhée, qui est de plus en plus résistante aux médicaments. Voir l'[Annexe 2](#) pour les options de traitement recommandées.

## 5.2 Syndrome d'ulcération génitale

Les agents pathogènes responsables d'une ulcération génitale varient d'une région à l'autre et peuvent changer au fil du temps. Les cinq causes d'IST les plus courantes sont le HSV génital, la syphilis (*T. pallidum*), le chancre mou (*H. ducreyi*), la donovanose (*K. granulomatis*) et le lymphogranulome vénérien (LGV, causé par *C. trachomatis*, sérotypes L1, L2 et L3). Une ulcération génitale peut également être sans rapport avec une IST (infections bactériennes de la peau, champignons, par exemple) ou à des étiologies non infectieuses (éruption médicamenteuse fixe, syndrome de Behçet, traumatisme sexuel, psoriasis, par exemple), ce qui constitue une difficulté majeure. Une personne souffrant d'ulcères génitaux peut également être atteinte de plusieurs pathologies et les manifestations cliniques et schémas d'ulcération génitale peuvent être encore plus altérés en présence d'une infection à VIH. Le diagnostic différentiel clinique peut ne pas être précis, en particulier dans les contextes où plusieurs causes étiologiques sont prévalentes. Les causes d'ulcérations génitales dues à des IST ont évolué au fil du temps : le chancre mou est en recul, alors que l'herpès et la syphilis augmentent. Les personnes atteintes d'ulcères doivent être traitées pour toutes les causes pertinentes au niveau local.

Une ulcération génitale est particulièrement préoccupante en raison de sa synergie épidémiologique avec le VIH. Les personnes atteintes d'ulcération génitale, comme le HSV, sont beaucoup plus susceptibles d'être infectées par le VIH si elles y sont exposées, et les personnes atteintes à la fois du VIH et d'ulcères génitaux sont plus susceptibles de transmettre le VIH à autrui [16].

Il existe actuellement un double test sanguin rapide et peu coûteux pour le VIH et la syphilis et un test rapide unique pour la syphilis (y compris auto-administré). Ces tests sont précis et faciles à utiliser avec un minimum de formation [7]. Il est recommandé d'utiliser ces TDR pour la syphilis lorsqu'ils sont disponibles. Ils fournissent des résultats en l'espace de 10 à 20 minutes et peuvent être effectués dans n'importe



quel environnement car ils ne nécessitent pas de stockage réfrigéré ni de matériel de laboratoire. La sensibilité des tests de diagnostic rapide varie de 85 % à 98 % et la spécificité de 93 % à 98 %, par rapport au test d'hémagglutination de *T. pallidum* et au test d'agglutination passive des particules de *T. pallidum* comme critères de référence [4]. Le diagnostic différentiel assisté en laboratoire est rarement utile pour d'autres causes d'ulcérations génitales. Voir l'[Annexe 3, Figure 3](#) pour la prise en charge des ulcérations génitales, y compris les ulcères anorectaux.

**Diagnostiques/agents pathogènes possibles :** Virus de l'herpès simplex génital (HSV-2, et moins souvent HSV-1), *T. pallidum*, *H. ducreyi*, *K. granulomatis*, *C. trachomatis* sérotypes L1, L2, L3.

### Traitement recommandé

Traiter pour la **syphilis**

**PLUS**

Traiter pour l'**herpès génital (HSV)**

**PLUS**

Traiter pour le **chancre mou**, uniquement dans les régions où des cas sont signalés ou émergents

**Notes spéciales :** Les personnes suspectées de HSV doivent être avisées de garder la zone affectée propre et sèche et être informées qu'il n'existe pas de remède définitif (bien qu'un traitement suppressif (antiviral) puisse contrôler les attaques récurrentes); il faut aussi leur expliquer l'histoire naturelle de l'infection au HSV-2 et l'importance de l'observance du traitement [24].

La prise en charge syndromique doit inclure le traitement de la syphilis, sauf si la personne a été traitée pour la syphilis au cours des 3 derniers mois, et le traitement de l'herpès.

Pour les personnes ayant des ulcères récurrents qui sont trop fréquents (comme 4 à 6 épisodes ou plus par an) ou ayant des symptômes sévères ou source d'angoisses, un traitement suppressif peut être proposé et préféré à un traitement épisodique. Les personnes recevant un traitement suppressif peuvent être évaluées au bout d'1 an quand on leur demande si elles veulent continuer ou passer à un traitement épisodique. Notez que les taux de récurrence peuvent revenir à ceux en vigueur pendant la période précédant le début du traitement suppressif et les clients doivent en être conscients.

Pour les personnes vivant avec le VIH et les personnes immunodéprimées, des ajustements posologiques sont recommandés pour le valaciclovir et le famciclovir, mais pas pour l'acyclovir :

- Pour les épisodes récurrents, le valaciclovir 500 mg est recommandé pendant 5 jours au lieu de 3 jours, et le famciclovir est recommandé à la dose de 500 mg deux fois par jour pendant 5 jours au lieu de 250 mg.
- Pour le traitement suppressif, le valaciclovir est recommandé à une dose de 500 mg deux fois par jour au lieu d'une fois par jour, et le famciclovir à une dose de 500 mg deux fois par jour au lieu de 250 mg deux fois par jour.

Les personnes qui déclarent des allergies à la pénicilline doivent être traitées avec d'autres solutions efficaces pour la syphilis, parmi lesquelles la doxycycline et l'érythromycine.

### 5.3 Syndrome d'écoulement vaginal

Les symptômes vulvovaginaux sont l'une des raisons les plus courantes d'une consultation en établissement de santé. Les symptômes comprennent un écoulement vaginal perçu par la cliente comme anormal, une irritation vulvaire ou des démangeaisons. D'autres pathologies peuvent inclure des excroissances vulvovaginales, comme des verrues, et le cancer, en particulier du col de l'utérus.

Le symptôme d'écoulement vaginal est très révélateur d'une vaginite causée par une infection vaginale, mais peut aussi, moins fréquemment, être dû à une cervicite causée par une infection du col de l'utérus. Une vaginite peut être causée par la trichomonase (*T. vaginalis*), la vaginose bactérienne (VB) et/ou la candidose vulvovaginale (CVV, causée par l'espèce *Candida*, généralement *C. albicans*). La trichomonase est une IST causée par un protozoaire flagellé. Elle est le plus souvent asymptomatique, mais certaines personnes présentent un écoulement vaginal jaunâtre-verdâtre, malodorant et des démangeaisons vulvaires. La VB et la CVV sont des infections de l'appareil reproducteur endogènes et toutes deux peuvent être asymptomatiques. Dans les cas symptomatiques, la VB est associée à un écoulement fin, grisâtre, qui sent le poisson, tandis que la CVV est associée à des démangeaisons et des douleurs vulvaires et à un écoulement blanc, inodore et caillé. Une cervicite peut être causée par la gonorrhée (*N. gonorrhoeae*) et/ou la chlamydia (*C. trachomatis*), et *M. genitalium*, mais la plupart des cas sont asymptomatiques de sorte que seule une minorité de clientes présentant un syndrome d'écoulement vaginal ont une infection du col de l'utérus.

L'approche la plus applicable à la prise en charge des clientes présentant un écoulement vaginal dépend de la capacité de diagnostic et de l'expertise au sein du point de prestation de soins de santé. Voir l'[Annexe 3, Figure 4](#) pour l'organigramme destiné à aider à déterminer les options de prise en charge à mettre en œuvre en cas d'écoulement vaginal.

Si elles sont disponibles, il faut avoir recours à des analyses en laboratoire pour diagnostiquer chez les clientes présentant un écoulement vaginal l'éventuelle présence d'IST telles que *N. gonorrhoeae* et/ou *C. trachomatis*. En l'absence de ces analyses, il peut être préférable de baser l'approche syndromique pour la prise en charge d'un écoulement vaginal sur un examen au spéculum, si possible, afin de déceler des signes d'infection du col de l'utérus ou sinon la présence d'écoulement vaginal, ou encore de procéder à une évaluation des risques d'IST si l'examen au spéculum n'est pas faisable. Les résultats d'un examen microscopique sont pertinents pour le diagnostic d'une infection vaginale, s'il est déjà disponible. Cependant, la mise en route de l'examen microscopique et les ressources nécessaires peuvent être trop contraignantes par rapport à la simple fourniture d'un traitement de l'infection vaginale. La connaissance de la prévalence locale de la trichomonase, de la gonorrhée et de la chlamydia est également utile pour décider de la prise en charge syndromique des clientes présentant un écoulement vaginal.

Lorsqu'un examen au spéculum est possible, la CVV peut souvent être diagnostiquée cliniquement. Si un microscope est également disponible, la présence de trichomonades mobiles dans une préparation humide confirme l'infection par *T. vaginalis*, des cellules indices suggèrent la VB et des levures ou pseudohyphes en bourgeonnement confirment la présence d'espèces de *Candida*, généralement *C. albicans*. L'utilisation de la coloration de Gram à l'aide d'échantillons de l'écoulement vaginal est recommandée en plus, si possible. En l'absence de moyens d'examen microscopique, toutes les clientes présentant un écoulement vaginal devraient recevoir un traitement à la fois pour la trichomonase et la VB, et les partenaires sexuels devraient également être traités pour la trichomonase, à moins que l'anamnèse ne permette d'exclure toute transmission sexuelle. Les clientes présentant un écoulement vaginal et dont l'évaluation aux risques d'IST est positive (avec des signes positifs à l'examen pelvien si disponible, c.-à-d. sensibilité abdominale et sensibilité à la mobilisation du col de l'utérus) doivent également être traitées pour la gonorrhée et la chlamydia. Voir l'[Annexe 3, Figure 5](#) pour la prise en charge d'un écoulement vaginal.

**Diagnostiques/agents pathogènes possibles :** Infections cervicales (*N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, *M. genitalium*) et/ou vaginales (*T. vaginalis*, *C. albicans*, VB).

## Traitement recommandé pour les infections vaginales

Traiter pour la **vaginose bactérienne** et la **trichomonase**

### PLUS

Traiter pour une **infection à levures** en présence de pertes blanches caillébotées, de rougeurs vulvovaginales et de démangeaisons

## Traitement recommandé pour une infection du col de l'utérus

Traiter pour la **gonorrhée sans complications**

### PLUS

Traiter pour la **chlamydia**

### Notes spéciales :

- Une personne en bonne santé peut présenter une quantité variable de pertes vaginales transparentes et blanches (pertes physiologiques). Celles-ci augmentent généralement avant et après les règles et deviennent plus aqueuses au milieu du cycle menstruel. Elles augmentent aussi pendant la grossesse, en cas de prise de la pilule contraceptive orale et quand un DIU est en place.
- Le traitement des partenaires sexuels de clients atteintes de VB n'a pas été démontré comme étant bénéfique. Il est recommandé de réduire ou d'éliminer les facteurs de prédisposition tels que le recours à des préparations vaginales antiseptiques/antibiotiques ou à des douches vaginales.
- Les facteurs de prédisposition et sous-jacents à la CVV comprennent la prise d'antibiotiques, l'utilisation de préparations vaginales antiseptiques/antibiotiques ou de douches vaginales, un diabète sucré non contrôlé, l'immunosuppression et l'utilisation de corticostéroïdes [24].
- La VB et *T. vaginalis* peuvent être traités simultanément avec le même médicament, le métronidazole. De même, dans le traitement de la cervicite, certains médicaments, comme la doxycycline et l'azithromycine, peuvent traiter simultanément *C. trachomatis* et *M. genitalium*.

## 5.4 Douleurs dans le bas-ventre

Ce symptôme indique souvent la présence de MPI, faisant référence à une infection de la partie supérieure de l'appareil reproducteur féminin (c.-à-d. l'utérus, les trompes de Fallope et les ovaires). Les douleurs dans le bas-ventre peuvent s'accompagner de dyspareunie, de dysurie, de dysménorrhée, d'écoulement vaginal anormal, de saignements, de fièvre et parfois de nausées et de vomissements. Il est possible que les clientes qui présentent ce syndrome (avec MPI) soient atteintes d'une endométrite, d'une salpingite, d'un abcès tubo-ovarien et d'une péritonite pelvienne.

Une MPI est habituellement causée par une IST, le plus souvent la chlamydia (*C. trachomatis*), mais aussi la gonorrhée (*N. gonorrhoeae*) et *M. genitalium*, mais elle peut également être une condition endogène causée par des organismes de la flore vaginale normale (bactéries anaérobies). Une MPI peut également être iatrogène, à la suite d'une exploration instrumentale récente de l'utérus ou d'un traumatisme du col de l'utérus causé, par exemple, par un avortement ou la pose d'un DIU. La MPI peut causer des dommages irréversibles aux trompes de Fallope, entraînant une infertilité tubaire, une grossesse extra-utérine et/ou des douleurs pelviennes chroniques (pour plus d'informations sur les problèmes gynécologiques, voir [Chapitre 8: Gynécologie et autres soins de santé reproductive](#)).

Le diagnostic de MPI peut être posé cliniquement, en particulier chez les clientes sexuellement actives, sur la base d'un examen au spéculum et bimanuel, avec l'observation de sensibilité dans le bas-ventre (généralement bilatérale), souvent avec une sensibilité à la mobilisation du col de l'utérus, une sensibilité annexielle ou une sensibilité utérine, parfois accompagnée de pertes vaginales/cervicales et/ou de fièvre. Une laparoscopie est utile lorsqu'elle est disponible. Il n'est pas nécessaire de retarder le traitement de la MPI en attendant les résultats des analyses en laboratoire, mais il est important d'exclure la grossesse extra-utérine, l'appendicite et d'autres pathologies (voir les notes spéciales ci-dessous). Voir l'[Annexe 3, Figure 6](#) pour la prise en charge des douleurs dans le bas-ventre.

**Diagnostiques/agents pathogènes possibles :** *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, *M. genitalium*, bactéries anaérobies.

### Traitement recommandé pour la MPI

Traiter pour la **gonorrhée sans complications**

**PLUS**

Traiter pour la **chlamydia**

**PLUS**

Traiter pour des **infections anaérobies**

#### Notes spéciales :

- Il faut se méfier de l'utilisation d'analgésiques, de crainte de masquer des douleurs qui peuvent indiquer la nécessité d'une chirurgie abdominale.
- Si une cliente porteuse d'un DIU présente une MPI, discutez-en et envisagez de retirer le stérilet, surtout si les symptômes n'ont pas disparu avec le traitement dans les 72 heures.
- L'hospitalisation de personnes atteintes d'une MPI aiguë doit être sérieusement envisagée dans les circonstances suivantes :
  - le diagnostic est incertain
  - des urgences chirurgicales, telles que l'appendicite et la grossesse extra-utérine, ne peuvent pas être exclues
  - un abcès pelvien est suspecté
  - une maladie grave empêche la prise en charge ambulatoire
  - la personne est enceinte
  - la personne est incapable de suivre ou de tolérer un traitement ambulatoire
  - la personne n'a pas répondu au traitement ambulatoire
- Les clientes hospitalisées doivent faire l'objet d'une surveillance clinique pendant leur admission et être examinés entre 24 et 48 heures après le début de l'antibiothérapie intraveineuse.

## 5.5. Écoulement anorectal

Des IST anorectales peuvent être causées par des rapports sexuels anaux réceptifs, mais peuvent également être dues à la propagation contiguë d'une infection génitale. Les IST anorectales sont relativement fréquentes chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les travailleurs-se-s du sexe, les personnes transgenres et les personnes ayant des relations sexuelles anales.

Les IST anorectales sont souvent asymptomatiques mais peuvent entraîner une proctite (inflammation du rectum distal de 10 cm à 12 cm), qui n'est pas toujours symptomatique. Une proctite aiguë peut présenter des douleurs/inconforts, des inflammations, des crampes/du ténésme, un écoulement anal mucopurulent, des saignements anorectaux, de la constipation, une sensation de remplissage du rectum ou de défécation incomplète. Une proctite chronique due au LGV peut présenter des antécédents de traînées muqueuses dans les selles, de constipation et de sensation de défécation incomplète.

Une proctite est le plus souvent causée par la gonorrhée anorectale (*N. gonorrhoeae*), la chlamydia (*C. trachomatis*), mais peut également être causée par le LGV, le HSV, la syphilis (*T. pallidum*) et *M. genitalium*. L'infection par le HPV, quant à elle, peut causer des verrues anogénitales bénignes (*condylomes acuminés*, causés par les types 6 et 11 du HPV), un cancer de l'anus et des lésions précancéreuses (en particulier le type 16 du HPV) [25].

L'examen anoscopique peut révéler la présence de mucopus dans le rectum, d'œdème de la muqueuse rectale et de saignements de contact chez les clients atteints de proctite gonococcique et chlamydienne. Une proctite liée à la syphilis, à l'herpès et au LGV peut se manifester par une ulcération rectale. Le LGV peut également se manifester par des masses inflammatoires granulomateuses. Le diagnostic différentiel peut inclure d'autres infections gastro-intestinales du rectum et du côlon (proctocolite), y compris *Shigella*, *Campylobacter*, *Salmonella*, cytomégalovirus et amibiase, ainsi que des lésions néoplasiques, des abcès périnéaux et des pathologies chroniques telles que la colite ulcéreuse ou la maladie de Crohn. Voir l'*Annexe 3, Figure 7* pour prise en charge d'un écoulement anorectal.

**Organismes possibles :** *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, y compris LGV (*C. trachomatis* sérotypes L1, L2), HSV-1, HSV-2, *T. pallidum*, *M. genitalium*, divers types de HPV.

### Traitement recommandé

Traiter pour la **gonorrhée**

**PLUS**

Traiter pour la **chlamydia**

**PLUS**

Traiter pour l'**herpès (HSV)** en cas de douleur anorectale

### Notes spéciales :

Les infections anorectales passent souvent inaperçues et sont non traitées, non seulement parce qu'elles peuvent être asymptomatiques, mais aussi en raison d'une combinaison de niveaux faibles de suspicion clinique et de stigmatisation du sexe anal.

Si des ulcérations sont détectées, le traitement doit également suivre l'organigramme pour les ulcères génitaux et envisager de prendre en charge la personne pour la syphilis et/ou le LGV.

## 5.6 Autres syndromes courants

### 5.6.1 Enflure du scrotum

Une épididymite (inflammation de l'épididyme) se manifeste habituellement par des douleurs testiculaires unilatérales et d'apparition aiguë d'œdème, souvent accompagnées d'une sensibilité de l'épididyme et du canal déférent. Occasionnellement, il peut se produire un érythème et un œdème de la peau scrotale sus-jacente. Il est fréquent aussi que le testicule adjacent soit enflammé, (orchite) donnant lieu à une épididymo-orchite.

Une épididymite est souvent causée par la gonorrhée (*N. gonorrhoeae*) ou la chlamydia (*C. trachomatis*) et doit être suspectée chez les personnes à haut risque d'infection par les IST. Une épididymite peut également être une complication d'une infection bactérienne des voies urinaires et peut être causée par la tuberculose, la filariose et les infections dues à *Escherichia coli*, *Klebsiella* spp., ou *Pseudomonas aeruginosa*. Si un traitement rapide et efficace n'est pas administré, des cicatrices fibreuses et la destruction du tissu testiculaire peuvent conduire à l'infertilité.

**Autres diagnostics possibles :** hydrocèle, hernie, varicocèle, traumatisme, tumeur et torsion testiculaire. Chez les jeunes, une torsion testiculaire doit être suspectée en cas d'apparition soudaine de douleurs scrotales. *La torsion testiculaire est une urgence chirurgicale qui nécessite une orientation vers les services spécialisés et un traitement urgent.*

**Agents pathogènes possibles :** *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*.

**Note spéciale :** Utilisez les lignes directrices locales lorsqu'elles sont disponibles pour choisir le traitement approprié, en particulier pour la gonorrhée, qui est de plus en plus résistante aux médicaments.

**Thérapie de soutien :** Repos au lit, antipyrétiques et analgésiques, et soutien du scrotum jusqu'à disparition de l'inflammation locale et de la fièvre.

### 5.6.2 Bubon inguinal

Les bubons inguinaux et fémoraux sont des gonflements localisés des ganglions lymphatiques (bubons) dans la région de l'aîne (inguinale), qui sont douloureux et peuvent être fluctuants. Ils sont une manifestation courante du chancre mou (*H. ducreyi*) et du LGV (*C. trachomatis* – sérotypes L1, L2 et L3). Une rupture du bubon et la présence de pus peuvent parfois se produire. Des ganglions lymphatiques élargis qui ne sont pas enflammés de façon aiguë (par exemple, adénopathie indolore due à la syphilis) ne sont pas des bubons.

Des infections locales et systémiques non transmises sexuellement peuvent elles aussi provoquer un gonflement dans la région de l'aîne et doivent être prises en compte dans le diagnostic différentiel (par exemple, hernie inguinale, infections du membre inférieur, infection à VIH avec lymphadénopathie généralisée, filariose, lymphadénopathie tuberculeuse et peste).

**Diagnostics/agents pathogènes possibles :** *H. ducreyi*, *C. trachomatis* sérotypes L1, L2 et L3.

#### Notes spéciales :

- La prudence s'impose chez les personnes enceintes. Il convient de sélectionner un schéma thérapeutique approprié.
- Les ganglions lymphatiques fluctuants doivent être aspirés à travers la peau saine. L'incision et le drainage ou l'excision des ganglions peuvent retarder la guérison et ne doivent pas être tentés.
- En cas de doute et/ou d'échec du traitement, il est conseillé d'orienter la personne vers une biopsie diagnostique.

Le *Tableau 4* énumère les étiologies possibles des syndromes IST communs examinés à la *Section 5*.

**TABLEAU 4 : Syndromes et étiologies courants des IST**

Syndrome d'IST	Étiologies possibles de l'IST
Écoulement urétral	<i>N. gonorrhoeae</i> , <i>C. trachomatis</i> , <i>T. vaginalis</i> , <i>M. genitalium</i>
Ulcération génitale	<i>T. pallidum</i> , <i>H. ducreyi</i> , HSV, <i>K. granulomatis</i> , <i>C. trachomatis</i> (souches L1 à L3 du LGV)
Écoulement vaginal	Infections cervicales ( <i>N. gonorrhoeae</i> , <i>C. trachomatis</i> , <i>M. genitalium</i> ) et vaginales ( <i>T. vaginalis</i> , <i>C. albicans</i> , vaginose bactérienne)
Douleurs dans le bas-ventre	Infections cervicales ( <i>N. gonorrhoeae</i> , <i>C. trachomatis</i> , <i>M. genitalium</i> ), vaginales ( <i>T. vaginalis</i> , <i>C. albicans</i> , vaginose bactérienne) et anaérobies
Écoulement anorectal	<i>N. gonorrhoeae</i> , <i>C. trachomatis</i> , (souches L1 à L3 du LGV)
Enflure du scrotum	<i>N. gonorrhoeae</i> , <i>C. trachomatis</i> , <i>T. vaginalis</i> , <i>M. genitalium</i>
Bubon inguinal	<i>H. ducreyi</i> , <i>C. trachomatis</i> (souches L1 à L3 du LGV)

## 6. Bibliographie

- [1] Organisation mondiale de la Santé. Infections sexuellement transmissibles (IST). Points principaux. Novembre 2021. Disponible à : [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)). Site consulté le 22 avril 2022.
- [2] Organisation mondiale de la Santé. WHO guidelines for the treatment of *Neisseria gonorrhoeae*. Genève : OMS ; 2016. Disponible à : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246114/9789241549691-eng.pdf>. Site consulté le 22 avril 2022.
- [3] Organisation mondiale de la Santé. WHO guidelines for the treatment of *Chlamydia trachomatis*. Genève : OMS ; 2016. Disponible à : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246165/9789241549714-eng.pdf>. Site consulté le 22 avril 2022.
- [4] Organisation mondiale de la Santé. WHO guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis). Genève : OMS ; 2016. Disponible à : <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241549714>. Site consulté le 22 avril 2022.
- [5] Organisation mondiale de la Santé [site Internet]. Cancer du col de l'utérus. Principaux faits. Février 2022. Disponible à : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>. Site consulté le 23 mars 2022.
- [6] Organisation mondiale de la Santé [site Internet]. Hépatite B. Principaux repères. Juin 2022. Disponible à : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>. Site consulté le 20 juin 2022.
- [7] Organisation mondiale de la Santé. Sexually transmitted infections. Evidence Brief. Genève : OMS ; 2019. Disponible à : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329888/WHO-RHR-19.22-eng.pdf>. Site consulté le 2 novembre 2021.
- [8] Organisation mondiale de la Santé. Stratégie mondiale du secteur de la santé contre les infections sexuellement transmissibles 2016–2021 : vers l'élimination des IST. Genève : OMS ; 2016. Disponible à : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250242>. Site consulté le 22 avril 2022.
- [9] Meites E, Szilagyi PG, Chesson HW, Unger ER, Romero JR, Markowitz LE. Human Papillomavirus Vaccination for Adults: Updated Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2019;68(32):698–702.
- [10] Organisation mondiale de la Santé. Modules de formation pour la prise en charge syndromique des infections sexuellement transmissibles, 2<sup>ème</sup> édition. Genève : OMS ; 2007. Disponible à : [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43276/9789242593402\\_module7\\_fre.pdf?sequence=7](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43276/9789242593402_module7_fre.pdf?sequence=7). Site consulté le 2 avril 2020.
- [11] Altarum Institute. Sexual Health and Your Patients: A Provider's Guide. Washington, DC : Altarum Institute ; 2016. Mis à jour 2020. <https://nationalcoalitionforsexualhealth.org/tools/for-healthcare-providers/asset/Asking-Essential-Sexual-Health-Questions.pdf>. Site consulté le 20 mars 2020.
- [12] Johnson RE, Newhall WJ, Papp JR, et al. Screening tests to detect Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae infections—2002. *MMWR Recomm Rep*. 2002;51(RR-15):1–38.
- [13] Organisation mondiale de la Santé. Lignes directrices de l'OMS sur les interventions d'auto-prise en charge pour la santé et le bien-être, révision 2022. Genève : OMS ; 2022. Disponible à : <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789240052239>. Site consulté le 11 juillet 2022.
- [14] Organisation mondiale de la Santé. Laboratory diagnosis of sexually transmitted infections, including human immunodeficiency virus. Genève : OMS ; 2013. Disponible à : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85343>. Site consulté le 22 avril 2022.
- [15] Organisation mondiale de la Santé. WHO guideline on syphilis screening and treatment for pregnant women. Genève : OMS ; 2017. Disponible à : <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550093>. Site consulté le 22 avril 2022.
- [16] Organisation mondiale de la Santé. WHO guidelines for the treatment of *Genital Herpes Simplex Virus*. Genève : OMS ; 2016. Disponible à : <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/genital-HSV-treatment-guidelines/en/>. Site consulté le 12 mars 2020.
- [17] Organisation mondiale de la Santé. Guidelines on hepatitis B and C testing. Genève : OMS ; 2017. Disponible à : <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549981>. Site consulté le 31 mars 2020.
- [18] Organisation mondiale de la Santé. Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis B infection. Genève : OMS ; 2015. Disponible à : <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549059>. Site consulté le 31 mars 2020.

- [19] Organisation mondiale de la Santé [site Internet]. Hépatite C. Principaux faits. Juin 2022. Disponible à : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>. Site consulté le 20 juin 2022.
- [20] Organisation mondiale de la Santé – Bureau régional de l’Afrique [site Internet]. Maladie à virus Ebola: questions-réponses. Disponible à : <https://www.afro.who.int/fr/health-topics/ebola-virus-disease/faq-vaccine>. Site consulté le 24 mars 2022.
- [21] Organisation mondiale de la Santé. WHO guidelines for the prevention of sexual transmission of Zika virus: executive summary. Genève : OMS ; 2019. Disponible à : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311026/WHO-RHR-19.4-eng.pdf>. Site consulté le 2 avril 2020.
- [22] Organisation mondiale de la Santé. Human T-lymphotropic virus type 1. Key facts. Mars 2021. Disponible à : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-t-lymphotropic-virus-type-1>. Consulté le 2 novembre 2021.
- [23] Organisation mondiale de la Santé. Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. Genève : OMS ; 2021. Disponible à : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240024168>. Consulté le 19 juillet 2021.
- [24] Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional pour l’Asie du Sud-Est. Management of sexually transmitted infections: regional guidelines. OMS ; 2011. Disponible à : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/205471>. Site consulté le 22 avril 2022.
- [25] Wieland U, Kreuter A. The importance of HPV16 in anal cancer prevention. *Lancet*. 2018;18(2):131–132.

## 6.1 Ressources

- Fédération internationale pour la planification familiale. IMAP Statement on Zika virus and sexual and reproductive health. Mars 2016. Disponible à : [https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf\\_imap\\_zika\\_web.pdf](https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_imap_zika_web.pdf)
- Mayaud P, McCartney D, Mabey D. Sexually Transmitted Infections (Part 3, Section D). In: ET Ryan, DR Hill, T Solomon, NE Aronson, TP Endy, editors. *Hunter’s Tropical Medicine and Emerging Infectious Diseases*. Tenth edition. Elsevier Inc ; 2020.
- National LGBT Health Education Center. Taking Routine Histories of Sexual Health: A System-Wide Approach for Health Centers. Novembre 2015. Disponible à : [http://www.lgbthealtheducation.org/wp-content/uploads/COM-827-sexual-history\\_toolkit\\_2015.pdf](http://www.lgbthealtheducation.org/wp-content/uploads/COM-827-sexual-history_toolkit_2015.pdf)
- Toskin I, Blondeel K, Peeling RW, Deal C, Kiarie J. Advancing point of care diagnostics for the control and prevention of STIs: the way forward. *Sex Transm Infect*. 2017;93(S4):S81–S88.
- Organisation mondiale de la Santé. Sexually transmitted and other reproductive tract infections: a guide to essential practice. Genève : OMS ; 2005. Disponible à : <https://www.who.int/publications/i/item/9241592656>
- Organisation mondiale de la Santé. Guidelines for the care and treatment of persons diagnosed with chronic hepatitis C virus infection. Genève : OMS ; 2018. Disponible à : <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550345>



## 7. Annexes

### Annexe 1: Liste des conseils de l'OMS relatifs à la prise en charge des IST

**Des orientations spécifiques de l'OMS sur la prise en charge des IST sont fournies dans les documents clés suivants :**

- WHO guidelines for the treatment of *Neisseria gonorrhoeae*. 2016.  
Disponible à : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246114/9789241549691-eng.pdf>
- WHO guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis). 2016.  
Disponible à : <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549714>
- WHO guidelines for the treatment of *Genital Herpes Simplex Virus*. 2016.  
Disponible à : <https://www.who.int/publications/i/item/978924154987>
- WHO guidelines for the treatment of *Chlamydia trachomatis*. 2016.  
Disponible à : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246165/9789241549714-eng.pdf>
- WHO guideline on syphilis screening and treatment for pregnant women. 2017.  
Disponible à : <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550093>
- Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis B infection. 2015.  
Disponible à : <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549059>
- Guidelines for the care and treatment of persons diagnosed with chronic hepatitis C virus infection. 2018.  
Disponible à : <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550345>
- Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. 2021.  
Disponible à : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240024168>



## Annexe 2 : Options de traitement recommandées

### Options de traitement recommandées pour le syndrome d'écoulement urétral

<ul style="list-style-type: none"> <li>Traitement pour <i>Neisseria gonorrhoeae</i> sans complications Plus</li> <li>Traitement pour <i>Chlamydia trachomatis</i></li> </ul>		
Infections couvertes	Premier choix	Substituts efficaces
<p>Dans les contextes où les données locales sur la résistance aux antimicrobiens ne sont pas disponibles, les lignes directrices de l'OMS sur les IST suggèrent une bithérapie pour la gonorrhée.</p>		
<i>N. gonorrhoeae</i> <sup>a</sup>	<p><b>Ceftriaxone 250 mg</b>, par voie intramusculaire, dose unique</p> <p>Plus</p> <p><b>Azithromycine 1 gramme</b>, par voie orale, dose unique</p>	<p><b>Cefixime 400 mg</b>, par voie orale, dose unique</p> <p>Plus</p> <p><b>Azithromycine 1 gramme</b>, par voie orale, dose unique</p>
<i>C. trachomatis</i>	<p><b>Doxycycline 100 mg</b>, par voie orale, deux fois par jour pendant sept jours (à administrer uniquement si le traitement de la gonorrhée n'incluait pas d'azithromycine)</p>	<p><b>Azithromycine 1 gramme</b>, par voie orale, dose unique</p> <p>ou</p> <p><b>Érythromycine 500 mg</b>, par voie orale, 4 fois par jour pendant 7 jours</p> <p>ou</p> <p><b>Ofloxacine 200–400 mg</b>, par voie orale, deux fois par jour pendant 7 jours. (à administrer uniquement si le traitement de la gonorrhée n'incluait pas d'azithromycine)</p>
<p>Dans les pays où les données locales sur la résistance aux antimicrobiens confirment de façon fiable la sensibilité de <i>N. gonorrhoeae</i> à l'agent antimicrobien, un traitement unique peut être administré.</p>		
<i>N. gonorrhoeae</i>	<p><b>Ceftriaxone 250 mg</b>, par voie intramusculaire, dose unique</p>	<p><b>Cefixime 400 mg</b>, par voie orale, dose unique</p> <p>ou</p> <p><b>Spectinomycine 2 grammes</b>, par voie intramusculaire, dose unique (la disponibilité rend cet antibiotique impraticable)</p>
<p>Autres options thérapeutiques pour les infections récurrentes ou persistantes</p>		
<i>T. vaginalis</i>	<p><b>Métronidazole 2 grammes</b>, par voie orale, en doses uniques</p>	<p><b>Métronidazole 400 mg ou 500 mg</b>, deux fois par jour pendant 7 jours</p>
<i>M. genitalium</i>	<p><b>Azithromycine 500 mg</b>, par voie orale le jour 1, <b>250 mg</b> par jour les jours 2 à 5</p>	

<sup>a</sup> En raison de l'augmentation de la résistance antimicrobienne à l'azithromycine de *N. gonorrhoeae* et *M. genitalium* et de la réduction de la sensibilité de *N. gonorrhoeae* aux céphalosporines, l'OMS est en train de réviser les recommandations de thérapie et les posologies actuelles.

Source : Organisation mondiale de la Santé. Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. Genève : OMS ; 2021. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

## Options de traitement recommandées pour le syndrome d'écoulement vaginal

### A. Options de traitement des infections vaginales

<ul style="list-style-type: none"> <li>Traitement pour la vaginose bactérienne et la trichomonase</li> </ul> <b>Plus</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Traitement pour l'infection à levures en cas de pertes blanches caillebotées, de rougeurs vulvovaginales et de démangeaisons</li> </ul>			
Infections couvertes	Options de première intention	Substituts efficaces	Note : Pendant la grossesse, le métronidazole doit dans l'idéal être évité au premier trimestre
<b>Vaginose bactérienne</b>	<b>Métronidazole 400 mg ou 500 mg</b> , par voie orale, deux fois par jour pendant 7 jours	<b>Clindamycine 300 mg</b> , par voie orale, deux fois par jour pendant 7 jours <b>ou</b> Métronidazole 2 grammes, par voie orale, dose unique	<b>Métronidazole 200 mg ou 250 mg</b> , par voie orale, 3 fois par jour pendant 7 jours <b>ou</b> <b>Gel de métronidazole 0,75 %</b> , un applicateur complet (5 grammes) par voie intravaginale, deux fois par jour pendant 7 jours <b>ou</b> <b>Clindamycine 300 mg</b> , par voie orale, deux fois par jour pendant 7 jours
<b><i>T. vaginalis</i></b>	<b>Métronidazole 2 grammes</b> , par voie orale, en une seule dose <b>ou</b> <b>Métronidazole 400 mg ou 500 mg</b> , par voie orale, deux fois par jour pendant 7 jours	<b>Tinidazole 2 grammes</b> par voie orale, dose unique <b>ou</b> <b>Tinidazole 500 mg</b> par voie orale, deux fois par jour pendant 5 jours	<b>Métronidazole 200 mg ou 250 mg</b> , par voie orale, 3 fois par jour pendant 7 jours <b>ou</b> <b>Gel de métronidazole 0,75 %</b> , un applicateur complet (5 grammes) par voie intravaginale, deux fois par jour pendant 7 jours
<b><i>C. albicans</i> (Infection à levures)</b>	<b>Miconazole – pessaires vaginaux, 200 mg</b> insérés la nuit pendant 3 nuits <b>ou</b> <b>Clotrimazole – comprimé vaginal, 100 mg</b> , inséré la nuit pendant 7 nuits	<b>Fluconazole 150 mg (ou 200 mg)</b> , par voie orale, dose unique <b>OU</b> <b>Nystatine, comprimé vaginal de 200 000 unités</b> , inséré la nuit pendant 7 nuits	<b>Miconazole 200 mg – pessaires vaginaux</b> insérés une fois par jour pendant 3 jours <b>ou</b> <b>Clotrimazole – comprimé vaginal 100 mg</b> inséré la nuit pendant 7 jours <b>ou</b> <b>Nystatine – pessaires 200 000 unités</b> , inséré la nuit pour 7 nuits

Les personnes prenant du métronidazole doivent être averties de ne pas consommer d'alcool. L'utilisation du métronidazole au cours du premier trimestre de la grossesse n'est recommandée que si les bénéfices l'emportent sur les dangers potentiels.

## B. Options de traitement de l'infection du col de l'utérus

- Traitement pour *N. gonorrhoeae* sans complications

Plus

- Traitement pour *C. trachomatis*

Infections couvertes	Premier choix (en choisir une à partir de chaque case ci-dessous)	Substituts efficaces	Options pour les femmes enceintes ou pendant l'allaitement
<p>Dans les contextes où les données locales sur la résistance aux antimicrobiens ne sont pas disponibles, les lignes directrices de l'OMS sur les IST suggèrent une bithérapie pour la gonorrhée.</p>			
<i>N. gonorrhoeae</i> <sup>a</sup>	<b>Ceftriaxone 250 mg</b> , par voie intramusculaire, dose unique <b>plus</b> <b>Azithromycine 1 gramme</b> , par voie orale, dose unique	<b>Cefixime 400 mg</b> , par voie orale, dose unique <b>plus</b> <b>Azithromycine 1 gramme</b> , par voie orale, dose unique	<b>Ceftriaxone 250 mg</b> , par voie intramusculaire, dose unique <b>plus</b> <b>Azithromycine 1 gramme</b> , par voie orale, dose unique <b>ou</b> <b>Cefixime 400 mg</b> , par voie orale, dose unique <b>plus</b> <b>Azithromycine 1 gramme</b> , par voie orale, dose unique
<i>C. trachomatis</i>	<b>Doxycycline 100 mg</b> , par voie orale, deux fois par jour pendant 7 jours (à administrer uniquement si le traitement de la gonorrhée n'incluait pas d'azithromycine)	<b>Azithromycine 1 gramme</b> , par voie orale, dose unique <b>ou</b> <b>Érythromycine 500 mg</b> , par voie orale, 4 fois par jour pendant 7 jours <b>ou</b> <b>Ofloxacin 200 mg–400 mg</b> , par voie orale, deux fois par jour pendant 7 jours (à administrer uniquement si le traitement de la gonorrhée n'incluait pas d'azithromycine)	<b>Érythromycine 500 mg</b> , par voie orale, 4 fois par jour pendant 7 jours <b>ou</b> <b>Azithromycine 1 gramme</b> , par voie orale, dose unique (à administrer uniquement si le traitement de la gonorrhée n'incluait pas d'azithromycine)
<i>M. genitalium</i>	<b>Azithromycine 500 grammes</b> , jour 1 par voie orale, 250 mg par jour, jours 2 à 5 (absence de résistance aux macrolides)		<b>Azithromycine 500 grammes</b> , par voie orale, jour 1, 250 mg par jour, jours 2 à 5 (absence de résistance aux macrolides)

<sup>a</sup> En raison de l'augmentation de la résistance antimicrobienne à l'azithromycine de *N. gonorrhoeae* et *M. genitalium* et de la réduction de la sensibilité de *N. gonorrhoeae* aux céphalosporines, l'OMS est en train de réviser les recommandations de thérapie et les posologies actuelles.

Source : Organisation mondiale de la Santé. Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. Genève : OMS ; 2021.  
Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

## Options thérapeutiques pour les maladies pelviennes inflammatoires

- Traitement pour *N. gonorrhoeae* sans complications

Plus

- Traitement pour *C. trachomatis*

Plus

- Traitement pour des infections anaérobies

Infections couvertes	Premier choix	Substituts efficaces
<p>Dans les contextes où les données locales sur la résistance aux antimicrobiens ne sont pas disponibles, les lignes directrices de l'OMS sur les IST suggèrent une bithérapie pour la gonorrhée.</p>		
<i>N. gonorrhoeae</i> <sup>a</sup>	<b>Ceftriaxone 250 mg</b> , par voie intramusculaire, dose unique plus <b>Azithromycine 1 gramme</b> , par voie orale, dose unique	<b>Cefixime 400 mg</b> , par voie orale, dose unique plus <b>Azithromycine 1 gramme</b> , par voie orale, dose unique
<i>C. trachomatis</i>	<b>Doxycycline 100 mg</b> , par voie orale, deux fois par jour pendant 14 jours	<b>Érythromycine 500 mg</b> , quatre fois par jour pendant 14 jours (à administrer uniquement si le traitement de la gonorrhée n'incluait pas d'azithromycine)
<p>Dans les contextes où les données locales sur la résistance aux antimicrobiens confirment de façon fiable la sensibilité de <i>N. gonorrhoeae</i> à l'agent antimicrobien, un traitement unique peut être administré.</p>		
<i>N. gonorrhoeae</i> <sup>a</sup>	<b>Ceftriaxone 250 mg</b> , par voie intramusculaire, dose unique	<b>Cefixime 400 mg</b> , par voie orale, dose unique
<p>Le traitement des anaérobies doit être inclus dans l'une ou l'autre des options de traitement ci-dessus.</p>		
Anaérobies	<b>Métronidazole 400 mg ou 500 mg</b> , par voie orale, deux fois par jour pendant 14 jours	

<sup>a</sup> En raison de l'augmentation de la résistance antimicrobienne à l'azithromycine de *N. gonorrhoeae* et de la réduction de la sensibilité aux céphalosporines, l'OMS est en train de réviser les recommandations de thérapie et les posologies actuelles.

Source : Organisation mondiale de la Santé. Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. Genève : OMS ; 2021.  
Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

## Options de traitement recommandées pour les ulcérations génitales

<ul style="list-style-type: none"> <li>Traitement à doses multiples contre l'infection par le virus de l'herpès simplex plus</li> <li>Traitement par pénicilline à action prolongée à dose unique ou traitement multidose d'options alternatives</li> </ul>			
Infections couvertes	Options de première intention	Substituts efficaces	Pour les femmes enceintes et allaitantes et les personnes de moins de 16 ans
Herpès génital	<p><b>Infection primaire</b> Acyclovir 400 mg, par voie orale, 3 fois par jour pendant 10 jours ou Acyclovir 200 mg, par voie orale, 5 fois par jour pendant 10 jours</p>	<p><b>Infection primaire</b> Valaciclovir 500 mg, deux fois par jour pendant 10 jours ou Famciclovir 250 mg, par voie orale, 3 fois par jour pendant 10 jours</p>	<p><b>Infection primaire</b> Utiliser de l'acyclovir uniquement lorsque les bénéfices l'emportent sur les risques encourus. La posologie est la même que pour l'infection primaire en dehors de la grossesse.</p>
	<p><b>Infection récurrente – traitement épisodique</b> Acyclovir 400 mg, par voie orale, 3 fois par jour pendant 5 jours ou Acyclovir 800 mg, par voie orale, deux fois par jour pendant 5 jours ou Acyclovir 800 mg, 3 fois par jour pendant 2 jours</p>	<p><b>Infection récurrente – traitement épisodique</b> Valaciclovir 500 mg, deux fois par jour pendant 5 jours ou Famciclovir 250 mg, par voie orale, deux fois par jour pendant 5 jours</p>	<p><b>Infection récurrente – traitement épisodique</b> Acyclovir 400 mg, par voie orale, 3 fois par jour pendant 5 jours ou Acyclovir 800 mg, par voie orale, deux fois par jour pendant 5 jours ou Acyclovir 800 mg, 3 fois par jour, pendant 2 jours</p>
	<p><b>Traitement suppressif de l'herpès récurrent<sup>a</sup></b> Acyclovir 400 mg, par voie orale, deux fois par jour ou Valaciclovir 500 mg, une fois par jour</p>	<p><b>Traitement suppressif des récurrences<sup>a</sup></b> Famciclovir 250 mg, par voie orale, deux fois par jour</p>	<p><b>Traitement suppressif de l'herpès récurrent<sup>a</sup></b> Acyclovir 400 mg, par voie orale, deux fois par jour ou Valaciclovir 500 mg, une fois par jour</p>
Syphilis (précoce) (traitement de la syphilis primaire, secondaire et latente précoce [moins de deux ans depuis l'infection])	Pénicilline benzathine 2,4 millions d'unités, par voie intramusculaire en une seule dose	<p>Doxycycline 100 mg, par voie orale, deux fois par jour pendant 14 jours ou Érythromycine 500 mg, 4 fois par jour pendant 14 jours</p>	<p>Pénicilline benzathine 2,4 millions d'unités, par voie intramusculaire en une seule dose ou Érythromycine 500 mg, par voie orale, 4 fois par jour pendant 14 jours</p>

<b>Syphilis (tardive)</b> (traitement de la syphilis latente tardive et tertiaire)	<b>Pénicilline benzathine</b> <b>2,4 millions d'unités</b> par injection intramusculaire, une fois par semaine pendant 3 semaines consécutives	<b>Pénicilline procaine</b> <b>1,2 million d'unités</b> par injection intramusculaire, une fois par jour pendant 20 jours consécutifs <b>ou</b> <b>Doxycycline 100 mg,</b> par voie orale, deux fois par jour pendant 30 jours	<b>Érythromycine 500 mg</b> par voie orale, 4 fois par jour pendant 30 jours <sup>b</sup>
---	--	--	---

<sup>a</sup> Un traitement suppressif de l'herpès récurrent est recommandé chez les personnes ayant 4 à 6 épisodes récurrents par an, des symptômes sévères ou des épisodes qui sont sources d'angoisse. Pour les personnes vivant avec le VIH, le dosage ou la durée du traitement doivent être augmentés (27).

<sup>b</sup> Bien que l'érythromycine soit utilisée pour traiter les femmes enceintes, elle ne traverse pas complètement la barrière placentaire et le fœtus n'est pas traité. Il convient donc de traiter le nouveau-né peu après l'accouchement.

Source : Organisation mondiale de la Santé. Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. Genève : OMS ; 2021.  
Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

## Options de traitement pour les personnes souffrant d'écoulement anorectal

Schémas thérapeutiques recommandés pour les infections anorectales		
Infections couvertes	Choix recommandé	Substituts efficaces
<b><i>N. gonorrhoeae</i></b> <sup>a</sup>	<b>Ceftriaxone 250 mg</b> , par voie intramusculaire, dose unique <b>plus</b> <b>Azithromycine 1 gramme</b> , par voie orale, dose unique	<b>Cefixime 400 mg</b> , par voie orale, dose unique <b>plus</b> <b>Azithromycine 1 gramme</b> , par voie orale, dose unique
<b><i>C. trachomatis</i></b>	<b>Doxycycline 100 mg</b> par voie orale, deux fois par jour, pendant 7 jours <b>ou</b> <b>Doxycycline pendant 21 jours</b> (pour couvrir le lymphogranulome vénérien rectal) en cas de suspicion ou de confirmation par TAAN (à administrer uniquement si la bithérapie n'incluait pas d'azithromycine)	<b>Érythromycine 500 mg</b> , par voie orale, 4 fois par jour pendant 14 jours (à administrer uniquement si la bithérapie n'incluait pas d'azithromycine)

suite

<b>Syphilis</b> (en cas d'ulcère)	<b>Pénicilline benzathine 2,4 millions d'unités</b> par voie intramusculaire, dose unique	<b>Doxycycline 100 mg</b> par voie orale, deux fois par jour pendant 14 jours
	Personnes avec un test de syphilis positif et aucun ulcère : administrer la même dose à intervalles hebdomadaires pour un total de trois doses	<b>Érythromycine 500 mg</b> 4 fois par jour, par voie orale, pendant 14 jours
		Prolonger le traitement à 30 jours si la sérologie de la syphilis est positive
<b>Herpès génital</b>	Infection récurrente :	<b>Infection récurrente :</b>
	<b>Acyclovir 400 mg</b> , par voie orale, 3 fois par jour pendant 5 jours <b>ou</b>	<b>Valaciclovir 500 mg</b> , deux fois par jour pendant 3 jours
	<b>Acyclovir 800 mg</b> , par voie orale, 3 fois par jour pendant 2 jours <b>ou</b>	
	<b>Acyclovir 800 mg</b> , par voie orale, 2 fois par jour pendant 5 jours	
	<b>Herpès génital primaire :</b>	<b>Herpès génital primaire :</b>
	<b>Acyclovir 400 mg</b> , par voie orale, 3 fois par jour pendant 10 jours <b>ou</b>	<b>Valaciclovir 500 mg</b> , par voie orale, deux fois par jour pendant 10 jours
	<b>Acyclovir 200 mg</b> , 5 fois par jour pendant 10 jours	
	<b>Traitement supprimeur de l'herpès récurrent</b>	<b>Traitement suppressif des récurrences</b>
	<b>Acyclovir 400 mg</b> , par voie orale, deux fois par jour <b>ou</b>	<b>Famciclovir 250 mg</b> , par voie orale, deux fois par jour
	<b>Valaciclovir 500 mg</b> , une fois par jour	<b>(Famciclovir 500 mg</b> , deux fois par jour pour les personnes vivant avec le VIH ou Immunodéprimées)
	Pour la durée, voir la section sur les ulcérations génitales	

a En raison de l'augmentation de la résistance antimicrobienne à l'azithromycine de *N. gonorrhoeae* et de la réduction de la sensibilité aux céphalosporines, l'OMS est en train de réviser les recommandations de thérapie et les posologies actuelles.

Source : Organisation mondiale de la Santé. Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. Genève : OMS ; 2021.  
Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

## Traitement des verrues génitales causées par le papillomavirus humain (HPV) de types 6 et 11

Aucun traitement n'est à lui seul entièrement satisfaisant. Un traitement local peut éliminer les verrues, mais celles-ci peuvent réapparaître. Il convient de l'expliquer au·à la client·e avant de commencer le traitement. À noter que la prise en charge de verrues vaginales et/ou cervicales, de verrues urétrales et de verrues anales doit être entreprise dans un établissement de santé de niveau supérieur ou un centre spécialisé.

### Méthodes chimiques

- a. Podophylline 25 % dans la teinture composée de benzoïne, à appliquer *par le prestataire de soins* soigneusement sur les verrues, en évitant les tissus normaux. Indiquer au·à la client·e de nettoyer la podophylline après 4 à 6 heures. Le traitement est répété une fois par semaine. Si les verrues persistent après 6 à 8 applications, orienter le·la client·e vers un établissement de santé d'un niveau supérieur.
- b. De la podophyllotoxine 0,5 % solution/gel pourrait être appliquée *par le·la client·e* à l'aide d'un coton-tige sur les verrues génitales visibles deux fois par jour pendant 3 jours, suivi de 4 jours sans traitement. Ce cycle peut être répété, si nécessaire, pendant un maximum de 4 à 5 cycles. Le volume total de podophylline/podophyllotoxine doit être limité à 0,5 ml par jour et la surface totale de la verrue traitée ne doit pas dépasser 10 cm<sup>2</sup>.
- c. De l'acide trichloroacétique (TCA) 80 % à 90 % peut être appliqué *par le prestataire de soins de santé* soigneusement sur les verrues, en évitant les tissus normaux, suivi par l'application sur la zone traitée avec du talc ou du bicarbonate de sodium en poudre afin d'éliminer l'excès d'acide. Répéter l'application à intervalles hebdomadaires. Le TCA provoque une cautérisation chimique immédiate. Il n'est pas absorbé systématiquement et peut donc être utilisé en toute sécurité pendant la grossesse.
  - Si les verrues persistent après 2 mois de traitement par la podophylline, la podophyllotoxine ou le TCA, orienter le·la client·e vers un établissement de santé de niveau supérieur pour une prise en charge plus poussée.
- d. De l'imiquimod 5 % crème peut être appliquée *par le·la client·e* avec le doigt/un coton-tige au coucher, laissée la nuit, 3 fois par semaine tous les deux jours pendant le temps nécessaire, jusqu'à 16 semaines. La zone traitée doit être lavée avec de l'eau et du savon 6 à 10 heures après l'application.

**Important: L'utilisation de podophylline/podophyllotoxine est contre-indiquée pendant la grossesse et l'allaitement. L'innocuité de l'imiquimod pendant la grossesse n'a pas été établie.**

**Méthodes physiques** (peuvent ne pas être réalisables dans un centre de soins de santé primaire)

- a. Une cryothérapie peut être administrée avec de l'azote liquide, du dioxyde de carbone solide ou une crysonde. Répéter les applications toutes les 1 à 2 semaines. La cryothérapie n'est pas toxique, ne nécessite pas d'anesthésie et, si elle est effectuée correctement, n'entraîne pas de cicatrices.
- b. Électrochirurgie
- c. Suppression chirurgicale

Source : Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional pour l'Asie du Sud-Est. Management of sexually transmitted infections: regional guidelines. OMS ; 2011. Disponible à : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/205471>. Site consulté le 31 mars 2020.



## Traitement du virus de l'hépatite B (VHB)

### Hépatite B aiguë :

- Il n'existe pas de traitement spécifique, mais des soins peuvent aider à maintenir un confort et un équilibre nutritionnel adéquat, y compris le remplacement des liquides perdus à cause des vomissements et de la diarrhée.
- Éviter les médicaments inutiles. Ne pas administrer d'acétaminophène/de paracétamol et des médicaments contre les vomissements [1].

### Hépatite B chronique (persistance de l'antigène de surface du virus de l'hépatite B [HBeAg] pendant 6 mois ou plus) :

- Une part seulement (10 % à 40 % selon l'établissement de santé et les critères d'admissibilité) des personnes atteintes d'hépatite B chronique nécessitera un traitement. Le traitement de l'hépatite B chronique doit être poursuivi à vie chez la plupart des personnes qui le commencent (la guérison/l'élimination de l'antigène HBeAg est rare). Le traitement supprime le virus et peut ralentir la progression de la cirrhose, réduire l'incidence du cancer du foie et améliorer la survie à long terme. Pour savoir qui traiter ou non parmi les personnes atteintes d'hépatite B chronique, comment surveiller le traitement et quand l'arrêter, se reporter aux lignes directrices complètes de l'OMS [2].
- Dans les pays à revenu élevé, la chirurgie et la chimiothérapie peuvent prolonger la vie de quelques années. Dans les pays à revenu élevé, il est parfois fait recours à la transplantation hépatique chez les personnes atteintes de cirrhose, avec un succès variable.

### Traitements antiviraux de première intention pour l'hépatite B chronique

- Chez tous les adultes, les adolescents et les enfants âgés de 12 ans ou plus chez qui un traitement antiviral est indiqué, des analogues de nucléos(t)ides qui ont une barrière élevée à la résistance aux médicaments (ténofovir ou entécavir) sont recommandés. L'entécavir est recommandé chez les enfants âgés de 2 à 11 ans.
- Les analogues de nucléos(t)ides qui ont une barrière faible à la résistance (lamivudine, adéfovir ou telbivudine) peuvent entraîner une résistance aux médicaments et ne sont pas recommandés.

Pour les personnes infectées par le VHB/VIH (adultes/adolescents/enfants), il convient de vérifier le schéma thérapeutique antirétroviral recommandé.

### Traitements antiviraux de seconde intention pour la prise en charge d'un échec du traitement

- Chez les personnes présentant une résistance antivirale confirmée ou suspectée (c.-à-d. des antécédents d'exposition antérieure ou de non-réponse primaire) à la lamivudine, à l'entécavir, à l'adéfovir ou à la telbivudine, le passage au ténofovir est recommandé.

### Prévention de la transmission périnatale du VHB par thérapie antivirale

- Chez les personnes enceintes mono-infectées par le VHB, les indications de traitement sont les mêmes que pour les autres adultes, et le ténofovir est recommandé. Aucune recommandation n'a été formulée quant à l'utilisation systématique d'un traitement antiviral pour empêcher la transmission périnatale du VHB.

Pour les personnes enceintes et allaitantes infectées par le VIH, consulter le schéma thérapeutique antirétroviral recommandé.

### Bibliographie

[1] Organisation mondiale de la Santé. Hépatite B. Principaux repères. Juin 2022. Disponible à : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>. Consulté le 20 juin 2022.

[2] Organisation mondiale de la Santé. Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis B infection. Genève : OMS ; 2015. Disponible à : <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549059>. Consulté le 31 mars 2020.



## Traitement du virus de l'hépatite C (VHC)

L'OMS recommande d'offrir un traitement à toutes les personnes atteintes d'une infection par le VHC âgées de 12 ans ou plus, quel que soit le stade de la maladie, comme décrit ci-dessous.

Chez les adultes (âgés de 18 ans et plus) atteints d'une infection chronique par le VHC, les protocoles antiviraux pangénotypiques à action directe suivants peuvent être utilisés :

- Pour les adultes sans cirrhose :
  - sofosbuvir/velpatasvir 12 semaines
  - sofosbuvir/daclatasvir 12 semaines
  - glecaprévir/pibrentasvir 8 semaines
- Pour les adultes atteints de cirrhose compensée :
  - sofosbuvir/velpatasvir 12 semaines
  - glecaprévir/pibrentasvir 12 semaines
  - sofosbuvir/daclatasvir 24 semaines
  - sofosbuvir/daclatasvir 12 semaines

Chez les adolescents âgés de 12 à 17 ans ou pesant au moins 35 kg atteints d'une infection chronique par le VHC :

- sofosbuvir/lédipasvir pendant 12 semaines dans les génotypes 1, 4, 5 et 6
- sofosbuvir/ribavirine pendant 12 semaines dans le génotype 2
- sofosbuvir/ribavirine pendant 24 semaines dans le génotype 3

Chez les enfants de moins de 12 ans atteints d'une infection chronique par le VHC, l'OMS recommande :

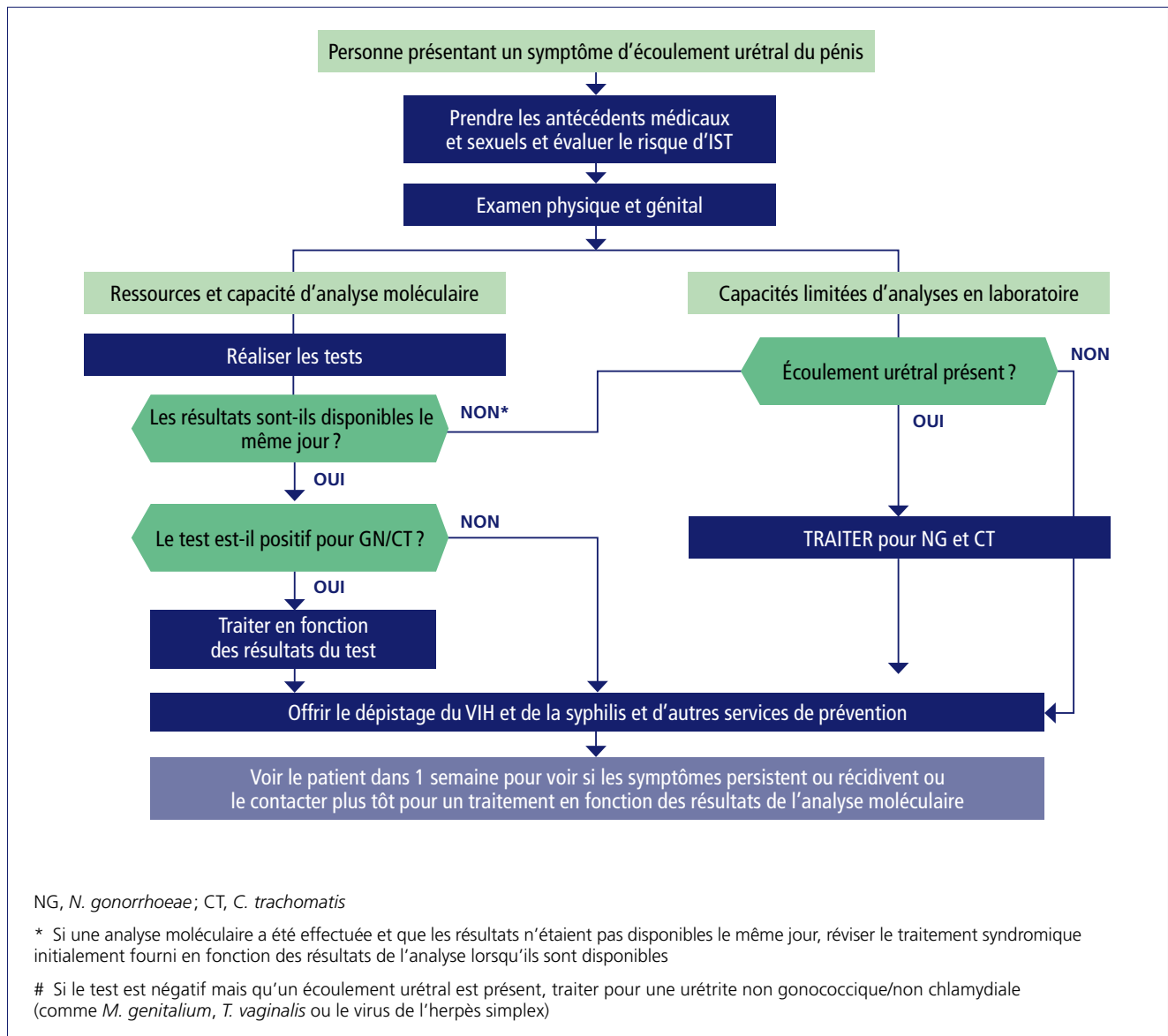
- différer le traitement jusqu'à l'âge de 12 ans (recommandation conditionnelle, éléments probants de très mauvaise qualité)
- le traitement par interféron ne doit plus être utilisé

Pour plus d'informations sur les considérations cliniques, y compris les co-infections, se reporter aux lignes directrices sources.

Source : Organisation mondiale de la Santé. Guidelines for the care and treatment of persons diagnosed with chronic hepatitis C virus infection. Genève : OMS ; 2018. CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible à : <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550345>. Site consulté le 31 mars 2020.

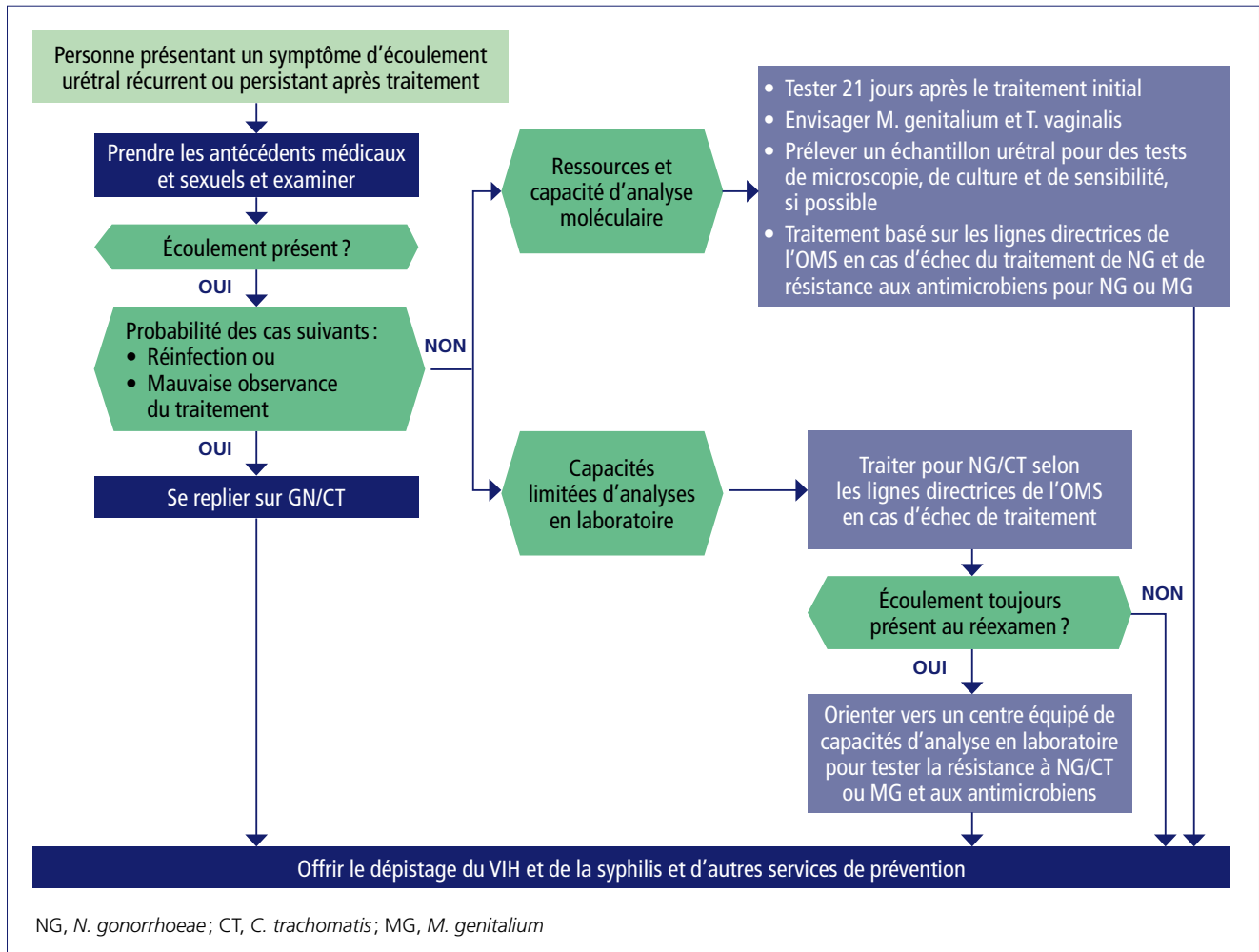
## Annexe 3: Organigrammes de la prise en charge syndromique

Figure 1: Prise en charge de l'écoulement urétral du pénis



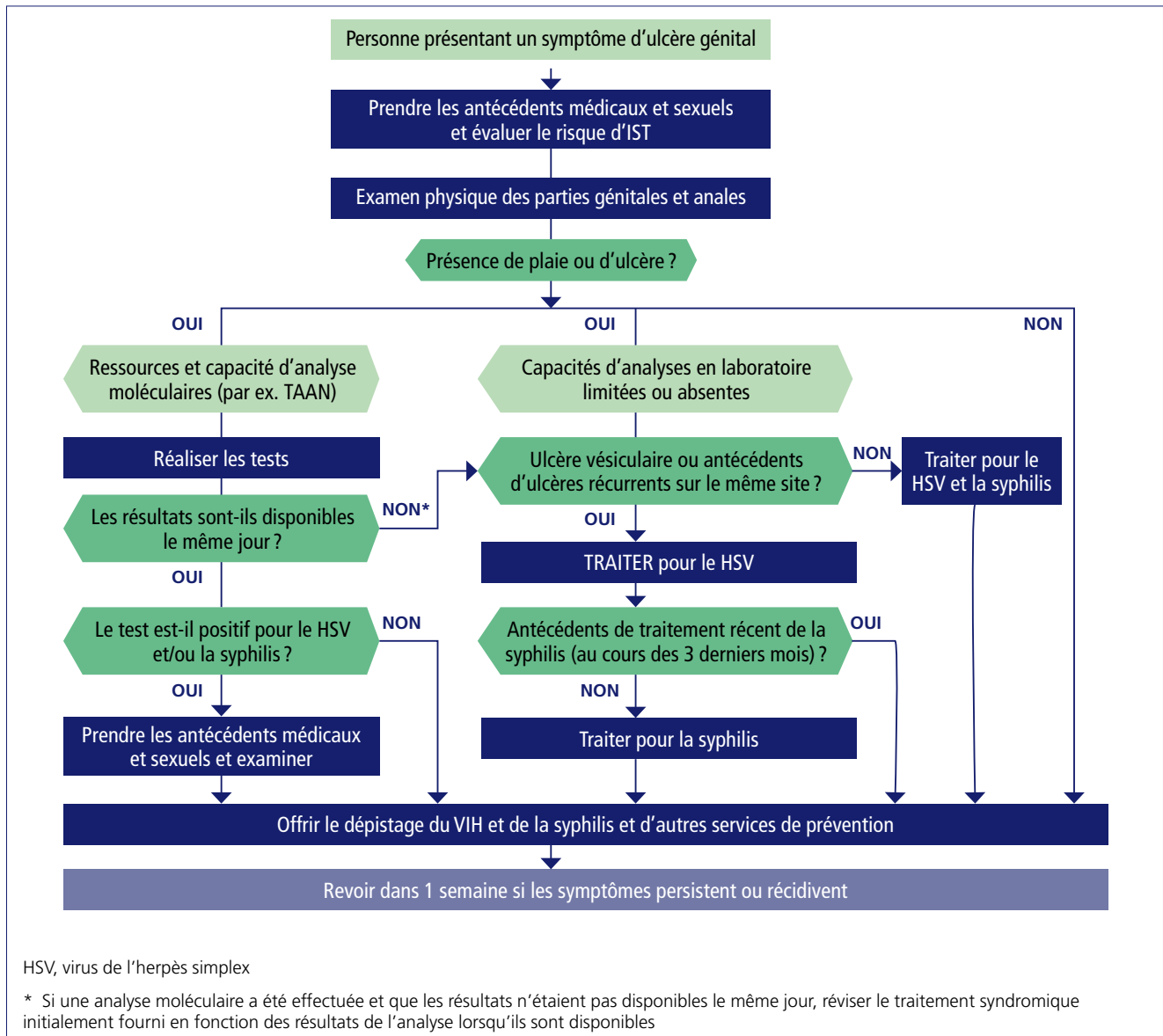
Source : Organisation mondiale de la Santé. Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. Genève: OMS; 2021.  
Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Figure 2 : Prise en charge d'écoulement urétral persistant ou récurrent du pénis



Source : Organisation mondiale de la Santé. Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. Genève: OMS; 2021.  
Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

**Figure 3 : Prise en charge d'ulcérations génitales, y compris des ulcères anorectaux**



Source : Organisation mondiale de la Santé. Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. Genève: OMS; 2021.  
Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

**Figure 4: Organigramme pour déterminer les options de prise en charge à mettre en œuvre à un point de prestation de services en cas d'écoulement vaginal**

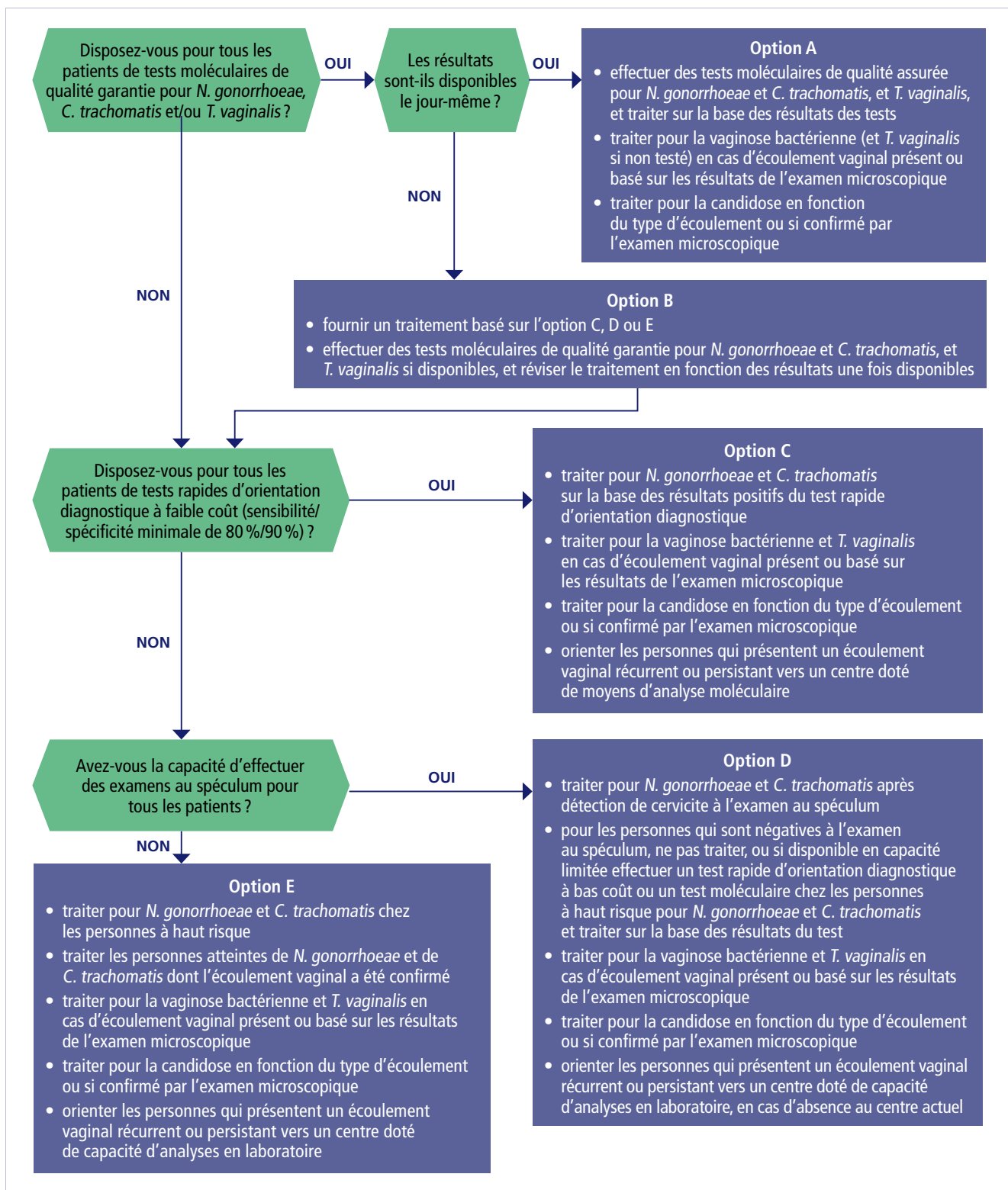
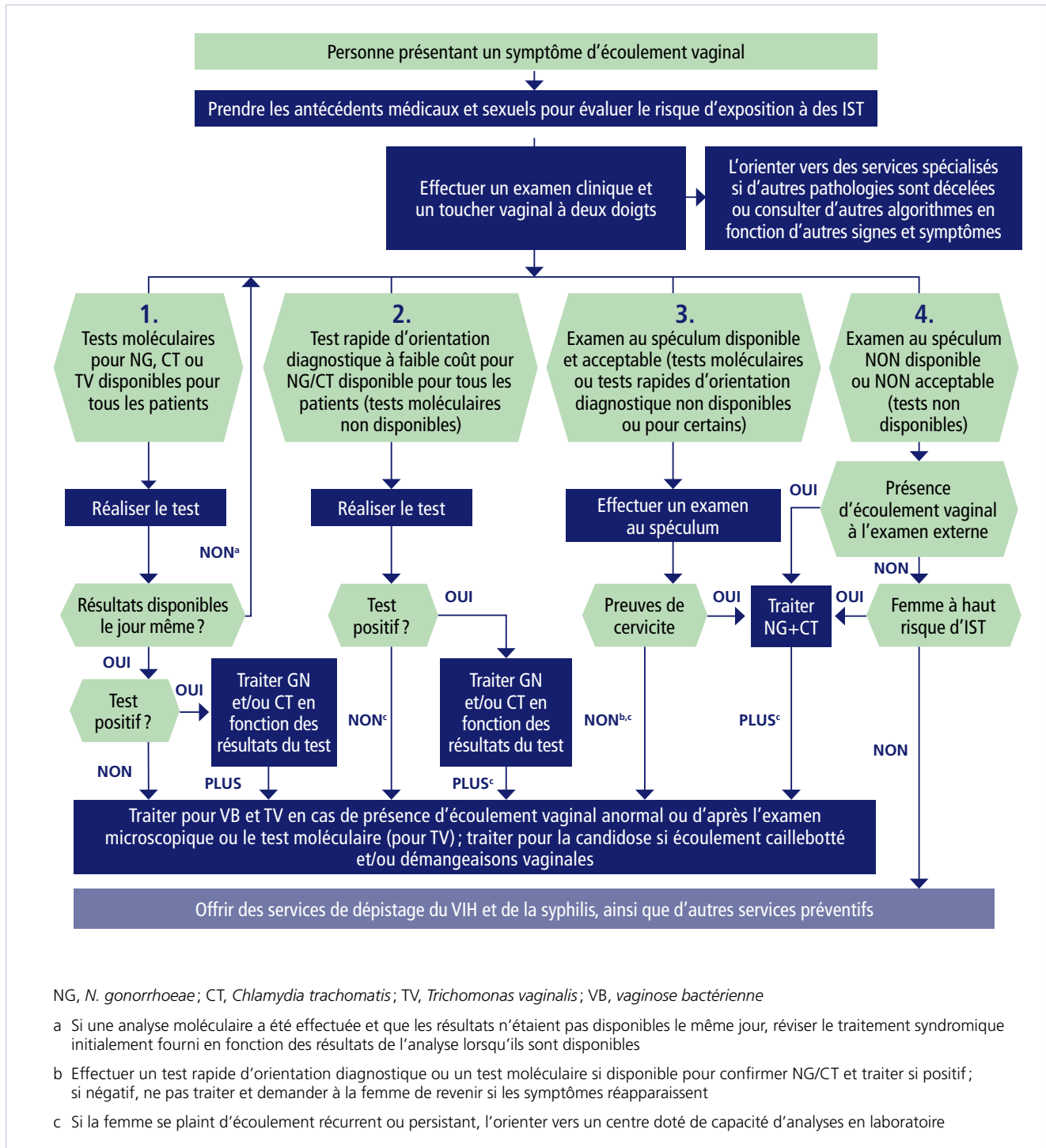
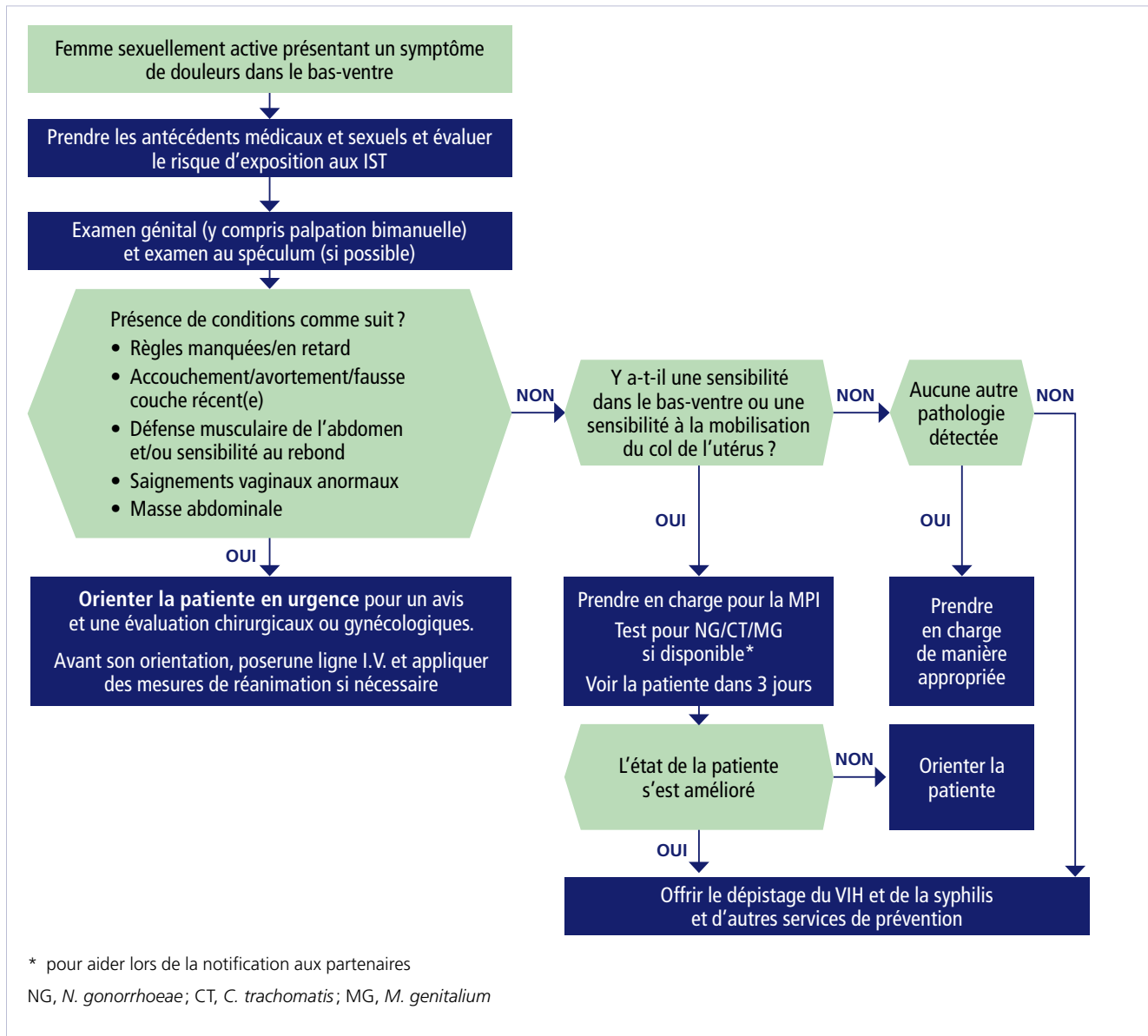


Figure 5 : Prise en charge de l'écoulement vaginal



Source : Organisation mondiale de la Santé. Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. Genève : OMS ; 2021.  
Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

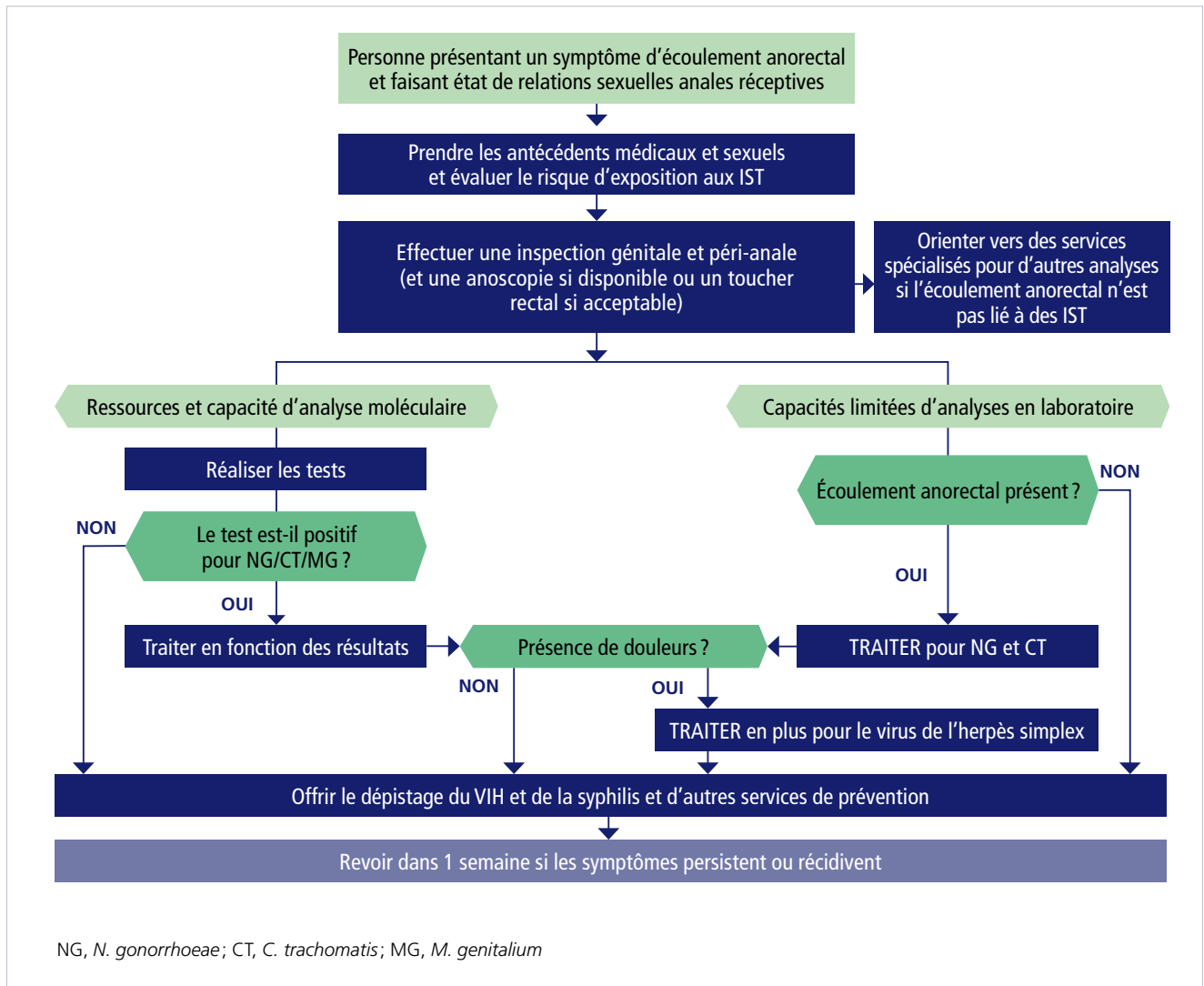
Figure 6 : Prise en charge de douleurs dans le bas-ventre



Source : Organisation mondiale de la Santé. Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. Genève : OMS ; 2021.  
Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.



Figure 7 : Prise en charge de l'écoulement anorectal



Source : Organisation mondiale de la Santé. Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. Genève: OMS; 2021.  
Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO

# Chapitre 7 :

## VIH

# sommaire

## Sommaire

<b>1. Introduction</b>	<b>252</b>
1.1 Principaux faits	252
<b>2. Fourniture de soins de santé complets du VIH</b>	<b>252</b>
2.1 Ce que le prestataire doit savoir	253
2.2 Ce que le prestataire doit faire	254
2.3 Anamnèse, évaluation des risques et examen clinique	255
<b>3. Dépistage du VIH</b>	<b>256</b>
3.1 Informations et conseil préalables au dépistage	256
3.2 Test diagnostique du VIH	257
3.3 Interventions après dépistage	258
<b>4. Prévention du VIH</b>	<b>260</b>
4.1 Préservatifs et lubrifiants	261
4.2 Prévention à base d'antirétroviraux	262
4.3 Circoncision médicale masculine volontaire pour la prévention du VIH	267
4.4 Réduction des risques pour les personnes qui consomment des drogues	269



# sommaire (suite)

<b>5. Traitement du VIH</b>	<b>270</b>
5.1 Interventions de conseil et de soutien pour les personnes diagnostiquées séropositives	270
5.2 Traitement antirétroviral	271
5.3 Évaluation et prise en charge des co-infections et des comorbidités courantes	272
<b>6. Prévention de la transmission périnatale</b>	<b>274</b>
6.1 Considérations pour les personnes enceintes	274
6.2 Choix contraceptifs pour les femmes à haut risque de VIH ou vivant avec le VIH	275
6.3 Santé mobile et numérique et prise en charge autonome dans la prévention et le traitement du VIH	276
6.4 Points à prendre en compte dans les situations de crise humanitaire	277
<b>7. Bibliographie</b>	<b>278</b>
<b>8. Annexes</b>	<b>281</b>
Annexe 1 : Résumé des principales co-infections et comorbidités chez les personnes vivant avec le VIH	281



## 1. Introduction

La Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF) entend faire en sorte que la lutte contre le VIH s'inscrive clairement dans une démarche complète et intégrée de la santé et des droits en matière de sexualité et de reproduction.

Les conseils donnés dans ce chapitre sont destinés à renforcer la prestation d'un ensemble complet de soins de santé pour la prévention du VIH, ainsi que pour le diagnostic, le traitement et les soins qui s'y rapportent. Étant donné que ces conseils se concentrent sur la prestation de soins de santé, ils ne visent pas à couvrir l'intégralité des interventions qui pourraient être utiles dans le cadre d'une lutte globale contre le VIH. C'est ce qui explique l'absence dans ce chapitre de certains éléments, notamment ceux relatifs à l'autonomisation des communautés, à la lutte contre la stigmatisation et la discrimination.

### 1.1 Principaux faits

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) demeure un problème majeur de santé publique partout dans le monde. Le virus cible le système immunitaire et affaiblit les systèmes de défense de l'organisme. À mesure que le virus détruit et altère la fonction des cellules immunitaires, les personnes vivant avec le VIH deviennent progressivement immunodéprimées, ce qui accroît leur vulnérabilité à un large éventail d'infections, de cancers et d'autres maladies que les personnes dotées d'un système immunitaire sain parviennent à combattre.

Le syndrome d'immunodéficience acquise (sida) est le stade le plus avancé de l'infection par le VIH et peut mettre entre 2 et 15 ans à se développer. Le sida se caractérise par un taux de CD4 inférieur à 200 cellules par millimètre cube de sang ou par le développement de certains cancers, de certaines infections ou d'autres manifestations cliniques graves. La fonction immunitaire se mesure généralement par le taux de CD4.

Le traitement antirétroviral (TAR) a eu un effet positif majeur pour lutter contre la progression de la maladie en réduisant la charge virale, ce qui peut considérablement prolonger la vie et améliorer la qualité de vie. Le traitement du VIH est également très efficace pour réduire la transmission du VIH : il est clairement prouvé que les personnes vivant avec le VIH avec une charge virale indétectable ne peuvent pas transmettre le VIH sexuellement. Autrement dit, indétectable = non transmissible [1,2].

### SIGLES ET ABRÉVIATIONS

<b>CMMV</b>	circoncision médicale masculine volontaire
<b>IPPF</b>	Fédération internationale pour la planification familiale
<b>IST</b>	infection sexuellement transmissible
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la Santé
<b>PPE</b>	prophylaxie post-exposition
<b>PrEP</b>	prophylaxie pré-exposition
<b>sida</b>	syndrome d'immunodéficience acquise
<b>TAR</b>	traitement antirétroviral
<b>TDF</b>	fumarate de ténofovir disoproxil
<b>TDR</b>	test de diagnostic rapide
<b>VHB</b>	virus de l'hépatite B
<b>VIH</b>	virus de l'immunodéficience humaine
<b>VSBG</b>	violences sexuelles et basées sur le genre

## 2. Fourniture de soins de santé complets du VIH

Les principaux objectifs des soins de santé liés au VIH sont les suivants :

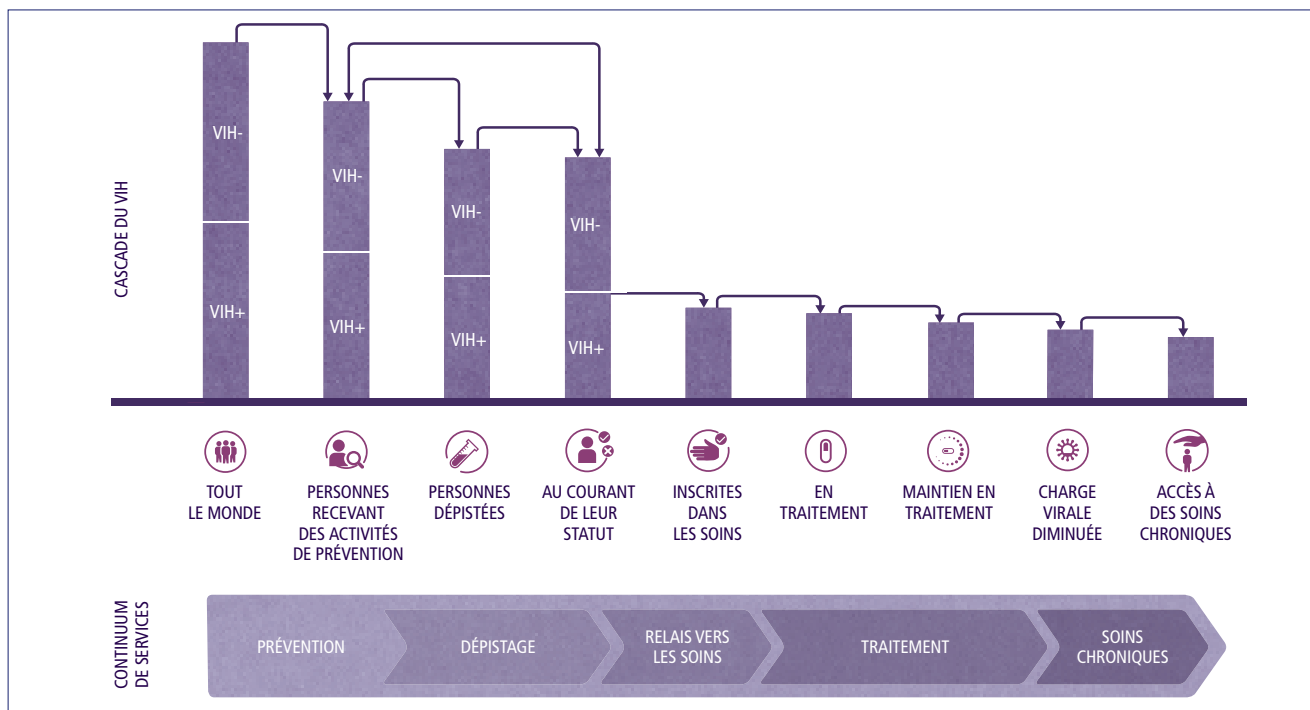
- atteindre les personnes séronégatives par des interventions de prévention pour les aider à ne jamais contracter l'infection à VIH ;
- diagnostiquer les personnes vivant avec le VIH, les convaincre d'adhérer à une démarche d'observance du traitement et des soins afin de maintenir la suppression virale, d'améliorer la santé individuelle et d'empêcher toute transmission à autrui.

Pour atteindre ces objectifs, la prestation optimale de soins de santé pour le VIH (qui passe par la prévention, le dépistage, le traitement et les soins à cet égard) est assurée par l'adoption d'une approche complète qui tient compte du risque de transmission parmi la population locale ou dans la zone géographique concernée.

Il appartient aux prestataires de soins de santé et à leurs dirigeants d'examiner les ensembles de soins et de les ajuster afin de s'assurer qu'ils restent à jour, adaptés aux possibles évolutions démographiques sur le plan local et compatibles avec les lignes directrices et réglementations



FIGURE 1 : Le continuum des services VIH et la cascade de la rétention



Source : Reproduit/traduit avec la permission de l'OMS [3] : Stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH : 2016–2021. Genève : OMS ; 2016.

sur le plan national. Ces ensembles de services sont à revoir régulièrement avec les principales parties prenantes pour en vérifier l'efficacité, le coût, le rapport coût-efficacité, l'acceptabilité, la faisabilité, la pertinence, la demande et l'éthique. La *Figure 1* illustre la manière d'assurer la prestation des soins de santé dans le cadre d'un continuum englobant la prévention, le dépistage, le traitement et les soins.

**Prévention :** La prévention du VIH fait partie intégrante d'un ensemble complet de soins de santé du VIH. Une approche de prévention combinée regroupe un éventail d'interventions biomédicales, comportementales et structurelles, étayées par des efforts qui visent à éliminer les obstacles politiques et les entraves aux droits humains. La prévention primaire demeure essentielle à la lutte contre le VIH et comprend la promotion et l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants compatibles avec les préservatifs, la prévention à base d'antirétroviraux (la prophylaxie pré-exposition : PrEP et post-exposition : PPE), la circoncision médicale masculine volontaire (dans les lieux où elle est applicable) et la réduction des risques pour les personnes qui consomment des drogues. S'ajoutent à cela d'autres interventions, notamment le conseil en matière de réduction des risques, le dépistage d'autres infections sexuellement transmissibles (IST) et le dépistage des violences sexuelles et basées sur le genre (VSBG).

**Dépistage :** Le dépistage du VIH constitue la première étape essentielle pour permettre aux personnes concernées

de connaître leur statut VIH. Il s'agit là d'un point d'entrée critique pour la prévention, le traitement et les soins et d'un composant essentiel des soins complets de santé sexuelle et reproductive.

**Traitement et soins :** À la suite d'un diagnostic de VIH, un ensemble de traitements et de soins doit être mis en place pour toutes les personnes vivant avec le VIH, y compris un accès rapide à un traitement antirétroviral, afin d'empêcher la progression de la maladie chez l'individu et la transmission du VIH à autrui. Alors que de plus en plus de personnes continuent leur traitement du VIH, la prévention et la prise en charge des comorbidités et la prestation de soins chroniques constituent des soins de santé importants. Il s'agit notamment de répondre aux besoins en matière de santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH [4].

## 2.1 Ce que le prestataire doit savoir

Les prestataires doivent se tenir au courant de l'évolution des protocoles cliniques nationaux fondés sur des bases factuelles et des innovations en matière de prévention, de dépistage et de traitement.

Le maintien de leurs compétences en conseil est essentiel pour le dépistage du VIH, l'évaluation des risques et l'obtention du consentement, ainsi que le maintien à jour de leurs compétences cliniques générales pour évaluer la santé physique et psychologique d'un-e client-e.



Les soins du VIH font partie des soins sexuels et reproductifs et à ce titre doivent faire partie intégrante des soins des IST (voir le [Chapitre 6 : Infections sexuellement transmissibles](#)) et des autres soins sexuels et reproductifs décrits dans ces lignes directrices.

Pour assurer des soins complets, le prestataire doit :

- Savoir dépister les IST, les traiter et dispenser le conseil approprié.
- Respecter les protocoles locaux de diagnostic, de traitement des personnes vivant avec le VIH, de notification aux partenaires et de signalement.
- Connaître la prévalence et l'incidence du VIH dans sa localité, ce qui, conjointement avec l'évaluation de la personne concernée, permettra d'évaluer le risque.
- Assurer l'accès à des tests de dépistage du VIH de qualité, assurés le jour même, à des tests du VIH sur le lieu de soins/de diagnostic rapide, au diagnostic d'infections connexes, y compris l'hépatite B et la syphilis, ainsi qu'à des médicaments appropriés de qualité pour la PPE, la PrEP et des antibiotiques.
- Adopter un modèle de « dépistage et traitement », à savoir d'accès immédiat au traitement pour les personnes diagnostiquées séropositives en leur fournissant un traitement antirétroviral ou en les orientant vers un prestataire de traitement du VIH.
- Savoir vers quels services orienter la personne pour obtenir un éventail de méthodes de contraception et de méthodes-barrière pour la prévention du VIH et des informations écrites sur le VIH et les soins de santé connexes.
- Connaître les signes de violences sexuelles et basées sur le genre et les mesures à prendre, y compris en matière d'orientations vers les services spécialisés.
- Déterminer si la personne présente des besoins en santé mentale et évaluer si un soutien supplémentaire est nécessaire à n'importe quelle étape de la prévention, du dépistage, du traitement et des soins.

## 2.2 Ce que le prestataire doit faire

- Déterminer la principale raison de la consultation du/de la client-e dans un service de soins de santé liés au VIH. Fournir à tous les clients qui ne connaissent pas leur statut VIH ou qui ont eu par le passé un test négatif des informations préalables au test et proposer un test de dépistage du VIH.
- Les prestataires doivent établir pour chaque client-e quels sont ses problèmes principaux. Les personnes vivant avec

le VIH peuvent avoir de nouvelles préoccupations, des douleurs spécifiques ou vouloir poser d'autres questions.

- Tous les clients devraient recevoir des informations sur l'importance de connaître leur statut VIH et sur la façon de prévenir l'acquisition ou la transmission du VIH afin de faire des choix éclairés sur leur santé sexuelle.
- Voici quelques conseils généraux à l'intention des prestataires lors des consultations (voir le [Chapitre 3 : Conseil](#)) :
  - Soyez intéressé-e et compréhensif-ve, ne vous laissez pas distraire et évitez de porter un jugement de valeur, et établissez un rapport avec le-la client-e, dans un lieu assurant l'intimité tant sur le plan visuel que sonore.
  - Présentez les informations d'une manière claire, facilement compréhensible, accessible et adaptée pour le-la client-e.
  - Assurez le caractère confidentiel de la consultation et de ses résultats, qui ne seront divulgués à personne d'autre sans le consentement de la personne intéressée.
  - Insistez sur le fait que les questions que vous posez sont destinées à faire en sorte de poser un diagnostic précis et de procurer au-la client-e les meilleurs soins.
  - Encouragez le-la client-e à se soumettre au dépistage d'autres IST, le cas échéant, dans le cadre de soins intégrés.

Soyez attentif-ve aux disparités de besoins qui peuvent exister d'un groupe à l'autre et veillez à adapter les soins de manière individualisée. Cherchez à prendre contact avec les populations les plus à risque de contracter le VIH et à leur dispenser des conseils sur les avantages de la prévention, du dépistage et du traitement du VIH, y compris :

- Les principales populations à risque accru de contracter le VIH, quel que soit le type d'épidémie ou le contexte local, qui peuvent avoir un accès limité aux soins de santé en raison d'entraves juridiques et sociales liées à leurs comportements ou à leur identité, y compris les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de drogues injectables, les travailleur-se-s du sexe et leurs clients, les détenus et les personnes transgenres [5].
- Parmi les autres groupes marginalisés et mal desservis figurent les jeunes, les personnes âgées, les personnes handicapées, les personnes déplacées, les survivants de violences sexuelles et basées sur le genre et toutes celles et ceux qui n'ont pas les moyens financiers d'accéder à des soins de santé.
- Pour les personnes enceintes, une consultation prénatale constitue une occasion à ne pas manquer de discuter



du VIH et de ses conséquences potentielles pour le fœtus. Il est vivement recommandé de leur offrir un dépistage du VIH et de la syphilis.

- Les personnes ayant des relations sexuelles sérodiscordantes, où le risque de transmission au partenaire séronégatif est accru par l'absence d'utilisation de méthodes préventives ou de suivi d'un traitement antirétroviral par le partenaire séropositif [6].

Toute consultation pour des soins de santé liés au VIH est aussi l'occasion de discuter de dépistage, de prévention, de traitement et d'autres soins de santé sexuelle et reproductive, tels que la contraception et le dépistage du cancer du col de l'utérus. Le prestataire doit avoir suffisamment de confiance en soi pour savoir saisir ces occasions de discuter de dépistage du VIH lorsque les clients se présentent pour d'autres soins de santé reproductive, tels que des soins liés à l'avortement sécurisé et à la contraception

## 2.3 Anamnèse, évaluation des risques et examen clinique

Il est essentiel de commencer l'évaluation du/de la client-e en lui posant des questions sur son état de santé général (comme indiqué au [Chapitre 2: Conditions nécessaires relatives à l'établissement de santé, antécédents et examen des clients](#)). Il faut aussi procéder à une évaluation complète des risques et des antécédents sexuels. Voir le [Chapitre 6: Infections sexuellement transmissibles](#) pour des informations détaillées sur la prise des antécédents sexuels.

### 2.3.1 Évaluation des risques

Si le-la client-e ne connaît pas son statut VIH, le prestataire doit lui conseiller de se soumettre à un dépistage ([Section 3.1](#)) et déterminer si le-la client-e présente un risque élevé d'acquisition du VIH afin d'adapter les soins préventifs en conséquence (voir la [Section 4](#)). Les questions à poser au/à la client-e doivent porter sur les facteurs de risque qui correspondent à ses circonstances personnelles :

- Rapports sexuels vaginaux ou anaux réceptifs sans utilisation de préservatifs.
- Relations sexuelles sérodiscordantes pour le partenaire séronégatif.
- Blessure par piqûre d'aiguille pour les clients qui sont des prestataires de soins de santé.
- Transmission périnatale chez les personnes enceintes ayant une charge virale maternelle élevée.

- Utilisation de matériel d'injection non stérile pour la consommation de drogues injectables ou partage de matériel d'injection/d'aiguilles.

Utilisez les données épidémiologiques locales pour connaître les zones géographiques ou les autres facteurs de risque qui pourraient également augmenter le risque d'un-e client-e.

Si le dernier test de dépistage du VIH du/de la client-e était négatif, une autre évaluation des risques est à effectuer, notamment en lui demandant s'il-elle a eu d'autres partenaires sexuels depuis son dernier test. Recommandez-lui un autre test si des risques sont présents et discutez des options de prévention (voir la [Section 4](#)).

S'il s'agit d'une personne vivant avec le VIH, le prestataire devrait discuter de prévention secondaire ([Section 4](#)). Pour les personnes enceintes ou non enceintes vivant avec le VIH, voir la [Section 6](#) pour obtenir des conseils. Cela peut aussi être l'occasion de discuter de la question de la notification aux partenaires si celle-ci n'a pas encore été abordée (voir la [Section 3.3.3](#)).

Les clients peuvent présenter d'autres symptômes qui sont suspects de progression de la maladie à VIH, auquel cas les prestataires doivent faire une évaluation clinique et une orientation précoce si nécessaire. Il s'agit des symptômes suivants :

- fièvres ou sueurs nocturnes
- perte de poids soudaine
- symptômes ou diagnostics récurrents tels que candidose, ulcères buccaux, diarrhée
- changements cutanés ou éruptions cutanées

### 2.3.2 Examen clinique des clients dans le contexte du VIH

L'examen clinique ne fait pas partie de l'évaluation systématique des clients qui se présentent pour recevoir des soins de santé liés au VIH. Cependant, il peut être offert aux personnes vivant avec le VIH ou à celles qui ont demandé un test de dépistage et qui présentent un risque élevé d'acquisition, qui ont signalé des symptômes ou qui se trouvent dans une zone de forte prévalence. Les signes suspects sont les suivants :

- aspect général d'un faible indice de masse corporelle ou d'émaciation
- tout le corps : éruptions cutanées, sarcome de Kaposi, lymphadénopathie
- bouche : ulcères buccaux, candidose buccale ou leucoplasie chevelue buccale



- thorax : signes d'infection à l'auscultation, présence de ganglions lymphatiques axillaires ou sus-claviculaires
- présence d'IST ou de candidose vaginale récurrente (voir le *Chapitre 6 : Infections sexuellement transmissibles*)

Les signes/symptômes d'une infection aiguë par le VIH à la suite d'une possible exposition récente au VIH comprennent une maladie apparentée à la grippe. Questions possibles à poser au·à la client·e :

- « Au cours de la semaine écoulée, avez-vous eu un rhume ou une angine avec par exemple un mal de gorge, de la fièvre, des sueurs, des glandes enflées, des ulcères buccaux, des céphalées ou des éruptions cutanées ? »

Les compétences pour l'examen général et l'examen bimanuel et au spéculum sont décrites au (*Chapitre 8 : Gynécologie et autres soins de santé reproductive*).

## 3. Dépistage du VIH

**Le dépistage du VIH doit être volontaire, exempt de coercition et guidé par la règle des « 5 C » : Consentement, Confidentialité, Conseils, résultats Corrects et Connexion aux soins [7]**

Le dépistage du VIH est un point d'entrée essentiel pour une prise en charge complète du VIH. Il est préconisé d'offrir à toute personne un test de dépistage du VIH si elle ne connaît pas son statut VIH, si elle est enceinte ou si elle est jugée courir un risque continu d'acquisition du VIH (expliqué à la *Section 2.2*).

Orientez les clients qui testent positif au VIH vers des soins de santé supplémentaires et offrez à ceux qui testent négatif des soins de prévention supplémentaires et des conseils pour se soumettre à nouveau à un dépistage, en particulier ceux qui courent un risque plus élevé de contracter le VIH.

Le dépistage peut se faire à *l'initiative de la personne intéressée* (le·la client·e demande le test) ou à *l'initiative du prestataire* (le·la client·e consulte pour d'autres soins de santé sexuelle et reproductive et le prestataire recommande un test de dépistage du VIH).

Les prestataires de soins de santé sont tenus de préserver la confidentialité : autrement dit, les propos échangés entre le prestataire et le·la client·e ne seront divulgués à personne d'autre sans le consentement exprès de la personne testée. La confidentialité s'applique non seulement aux résultats des tests de dépistage du VIH, mais aussi à tous les renseignements personnels (par ex., les comportements sexuels, la consommation d'alcool et de drogues).

Il est essentiel d'éviter les pratiques susceptibles de révéler de manière fortuite les résultats d'un test ou le statut VIH d'un·e client·e à d'autres personnes dans la salle d'attente ou dans l'établissement de santé (par ex. le conseil à toutes les personnes diagnostiquées séropositives dans une salle spéciale ou par un prestataire spécifique). Le manque de confidentialité dissuade les gens d'utiliser le dépistage du VIH et d'autres soins sexuels et reproductifs [7,8].

### 3.1 Informations et conseil préalables au dépistage

Dans le passé, il était courant de prodiguer un conseil en VIH à la fois avant et après le dépistage du VIH. Cependant, avec la disponibilité des tests de diagnostic rapide (TDR) pour le VIH, la plupart des personnes sont en mesure de recevoir les résultats de leur test au VIH au cours d'une seule et même consultation. C'est ce qui explique qu'un conseil intensif préalable au dépistage n'est plus recommandé, car il peut créer des obstacles à la prestation de soins de santé ; ceci dit, il peut toujours avoir lieu en cas de besoin.

Bien que souvent prodiguées en tête-à-tête, les informations préalables au dépistage peuvent être dispensées en groupe ; toutefois, il est important que tous les clients puissent avoir la possibilité de poser des questions en privé [7]. Ce peut également être l'occasion de dépister la tuberculose et d'autres IST, y compris l'hépatite virale.

#### 3.1.1 Ce que les clients doivent savoir sur le dépistage du VIH

Le fait d'offrir ou de recommander un test de dépistage du VIH à une personne seule ou à un groupe requiert de fournir des informations claires et concises portant sur les points suivants :

- les avantages du dépistage du VIH
- la signification d'un diagnostic de séropositivité et d'un diagnostic de séronégativité
- les soins de santé disponibles en cas de diagnostic de séropositivité, y compris dans les pays où un traitement antirétroviral est fourni
- une brève description des méthodes de prévention et un encouragement au dépistage des partenaires
- le caractère confidentiel du résultat du test et de toute information communiquée par la personne concernée et de l'absence de leur divulgation au(x) partenaire(s) sexuel(s) ou à des membres de la famille sans son consentement
- le caractère volontaire du dépistage du VIH : même après avoir reçu un conseil et des informations préalables au dépistage, la personne intéressée peut refuser de se





soumettre à un dépistage et son refus n'affectera pas son accès à des soins de santé

- les risques potentiels du dépistage dans les pays où un test de séropositivité a des implications juridiques pour la personne concernée et/ou la stigmatisation de son comportement sexuel
- la possibilité de poser des questions au prestataire

D'autres informations peuvent porter sur les points suivants :

- Connaître son statut VIH est une première étape vers la prévention du VIH. S'il se révèle qu'elle est séropositive, la personne concernée peut commencer un TAR, qui supprime la charge virale et l'aide à se maintenir en bonne santé et élimine la transmission du VIH (lorsque la charge virale est indétectable).
- Les personnes enceintes peuvent être informées des avantages pour le fœtus qu'elles connaissent leur statut. S'il s'agit d'une personne vivant avec le VIH, il existe des stratégies éprouvées qui empêchent la transmission du virus au fœtus et au nourrisson.
- La possibilité que le résultat du test puisse revenir non concluant, auquel cas le prestataire doit discuter du moment où effectuer un nouveau dépistage. En fonction de l'exposition potentielle ou du risque potentiel, le prestataire peut recommander un nouveau test immédiatement ou dans un délai de 1, 3, 6 ou 12 mois.
- En cas d'utilisation d'un TDR, des informations sur le type d'échantillon nécessaire (goutte de sang ou salive) et le délai d'attente nécessaire.
- Il est important aussi d'aviser la personne concernée de la possibilité qu'elle continue d'être à risque d'autres IST.
- La possibilité de résultats incorrects (faux négatifs) en cas de dépistage d'une personne déjà sous TAR.

### 3.2 Test diagnostique du VIH

Après l'anamnèse, l'évaluation des risques, le conseil et le consentement éclairé, un test de dépistage du VIH peut être offert aux personnes séronégatives ou à celles qui ne connaissent pas leur statut.

Bien que souvent effectué en tête-à-tête dans un établissement de santé, le dépistage du VIH peut se faire à l'aide d'autres approches de prestation de soins de santé, notamment :

- Dépistage des couples :
  - Le dépistage conjoint peut être une méthode propice à un soutien mutuel et à la transparence : des décisions peuvent être prises conjointement par le couple quant aux stratégies de prévention du VIH et à l'observance du TAR.

- Toute personne doit se voir offrir un dépistage du VIH pour les couples ou les partenaires, indépendamment de la manière dont elle définit ses relations.
- La fourniture de conseil et de dépistage en couple ne doit être offerte que lorsqu'il existe un risque très faible de violences et de dangers pour l'une ou l'autre des personnes concernées [9].

- Dépistage à base communautaire, y compris les établissements de santé mobiles et le dépistage sur le lieu de travail.

- Autodépistage ou dépistage à domicile.

Des risques de résultats faussement positifs sont possibles lorsque les kits de test sont de mauvaise qualité. Les prestataires ne doivent utiliser que des kits de test de qualité, stockés à une température ambiante qui ne dépasse pas la température de stockage recommandée par le fabricant. Pour s'assurer que les résultats des tests sont exacts et éviter les erreurs de diagnostic, il est essentiel que les prestataires utilisent des services de dépistage qui suivent les algorithmes de dépistage et les stratégies de dépistage validés recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (voir *Figure 2* – page suivante).

Une stratégie de dépistage courante consiste à effectuer le dépistage initial à l'aide d'un TDR et, en cas de résultat positif, à orienter la personne vers un autre service pour un test de confirmation puis son orientation vers des services de traitement. Une prise de sang peut être envoyée pour des analyses en laboratoire à titre de première intention, mais cette approche a pour inconvénients de retarder les résultats, de risquer de « perdre de vue » le-la client-e dans le suivi et d'être potentiellement plus coûteuse. Les algorithmes nationaux peuvent également nécessiter des tests de confirmation.

*Exemple :*

En cas de résultat positif (ou « réactif ») :

- La personne concernée doit se soumettre immédiatement à un nouveau test en utilisant un autre TDR ou des tests immuno-enzymatiques avant d'être orientée vers des services spécialisés, ou elle peut être directement orientée vers des services spécialisés pour confirmation.
- Si sa séropositivité est confirmée, procéder aux interventions de prochaine intention, que ce soit en interne ou par orientation : conseil, test du taux de CD4, charge virale si disponible, TAR, soutien à la notification aux partenaires et traitement.

En cas de résultat négatif (ou « non réactif ») :

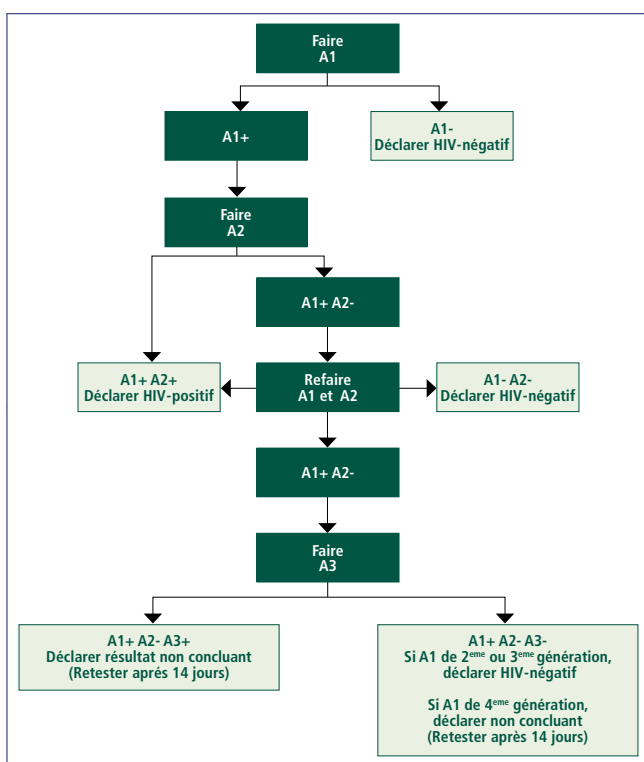
- Recommander et proposer un nouveau test en fonction de la situation de la personne concernée et de l'évaluation



des risques à 3, 6 ou 12 mois (plus tôt peut également être proposé en fonction des antécédents d'exposition).

- Si indiqué, informer le-la client-e des symptômes de séroconversion (maladie qui ressemble à la grippe).
- Fournir des informations supplémentaires sur le VIH et d'autres IST et des supports de conseil sur la réduction des risques.

**FIGURE 2: Algorithme de dépistage du VIH pour les lieux à forte prévalence (prévalence >5 % dans la population)**



Source: Adapté de l'OMS [10].

### Tests de diagnostic rapide (TDR)

Le dépistage du VIH à l'aide de TDR peut être effectué par un éventail de prestataires, y compris des agents de proximité et des pairs éducateurs formés. Ces tests sont effectués au moment du conseil à la personne concernée pour éviter tout risque de perte de vue au cours du suivi. Les clients dont le test est réactif devraient recevoir d'autres tests de confirmation (conformément aux algorithmes de test nationaux). Ceux qui sont confirmés séropositifs peuvent se voir proposer de commencer le traitement immédiatement ou être orientés vers des soins de santé pour le traitement. Les TDR sont peu coûteux et faciles à utiliser, c'est pourquoi la formation est également moins intensive.

Les TDR doivent être conformes aux « 5 C » : Consentement, Confidentialité, Conseils, résultats Corrects et Connexion à des services de prévention, de traitement, de soins du VIH [7]

## 3.3 Interventions après dépistage

### 3.3.1 Informations et conseil

Tous les tests de dépistage du VIH doivent s'accompagner d'informations et/ou de conseil post-dépistage de qualité, en fonction du résultat spécifique du test de dépistage du VIH et du statut VIH déclaré.

Pour les clients qui obtiennent un résultat négatif, le conseil doit se porter sur la réduction des risques, les moyens de rester « négatif » en fonction de leurs circonstances et offrir d'autres soins de prévention (par exemple, la PrEP si disponible).

Tous les clients doivent être informés qu'ils peuvent revenir consulter à tout moment s'ils ont des questions ou des préoccupations. Un suivi systématique n'est pas essentiel, mais un dépistage volontaire régulier est à encourager.

### 3.3.2 Prise en charge des clients qui obtiennent un résultat positif

Le conseil dispensé doit être compatissant et ouvrir sur d'autres possibilités de conseil et doit répondre aux questions formulées. Plus précisément, le prestataire doit discuter avec le-la client-e des points suivants :

- La signification du résultat du test, comment faire face à un diagnostic de VIH et le réseau de parents et amis capables d'apporter leur soutien.
- Les avantages du TAR pour prendre une décision éclairée sur le traitement.
- Les moyens à prendre afin d'empêcher la transmission du VIH (utilisation du préservatif avec un lubrifiant compatible, absence de risque de transmission en cas de suppression virale avec l'utilisation prescrite du TAR).
- Les risques et avantages des options de divulgation et de notification volontaire assistée aux partenaires.
- Le calendrier de suivi recommandé pour la prise en charge dans le système de soins et la mise en route rapide du traitement.

Le prestataire doit connaître les lignes directrices pour l'orientation vers les services spécialisés pour que la personne concernée ait accès à un traitement sans tarder et soit directement mise en relation avec d'autres services de traitement et de soins spécialisés pour le VIH, y compris des options telles que la participation à des groupes de soutien pour les personnes vivant avec le VIH, le cas échéant.

Pour que les messages et le conseil de prévention soient positifs, il convient d'adopter une approche intégrée à l'égard des soins aux personnes vivant avec le VIH et des conseils sur la prise en charge autonome. Celle-ci comprend le dépistage des IST et le conseil, ainsi que des conseils sur la prise en compte de comorbidités et d'autres infections.



### Suivi des clients diagnostiqués avec le VIH :

- Les prestataires doivent être attentifs aux signes de dégradation de la santé mentale à mesure que les clients font face à leur diagnostic et aux impacts sociaux liés au diagnostic du VIH.
- Viser en priorité la mise en route du TAR dès que possible. Il est possible que le prestataire n'ait pas immédiatement accès à tous les tests ou traitements pour le VIH, d'où la nécessité qu'il prévoie une voie d'orientation pour les clients qui doivent être vus ou suivis par d'autres services.
- Une fois que le diagnostic du VIH a été posé (et de préférence, que le traitement a commencé), le prestataire devrait fournir des informations, un conseil et un soutien concernant la notification aux partenaires sexuels et des informations pour empêcher la transmission à autrui. Ces efforts devraient inclure l'orientation de la personne concernée vers un soutien par les pairs ou communautaire, le cas échéant.
- La réduction de la stigmatisation est un élément fondamental des interventions plus larges liées au VIH. Il s'agit là d'un aspect particulièrement important dans les pays où la divulgation du statut VIH est criminalisée. Les interactions avec les prestataires de soins de santé offrent aux personnes vivant avec le VIH un espace sûr qui ne porte pas de jugement de valeur pour s'exprimer librement et obtenir de l'aide.
- La prise de contact avec des clients s'ils ne reviennent pas pour un suivi peut risquer de provoquer des violations de confidentialité. Les prestataires doivent bien communiquer l'importance du suivi pour se maintenir en bonne santé à long terme. Il peut s'agir de mettre les clients en relation avec des services locaux afin de recevoir un soutien social.

### Suivi des clients qui choisissent de ne pas commencer le traitement ou lorsque le traitement n'est pas disponible :

- Encouragez les clients à retourner consulter à l'établissement de santé s'ils ont des questions ou des préoccupations ou s'ils changent d'avis.
- Faites attention aux signes et symptômes d'évolution de la maladie.
- Pour la prise en charge des clients recevant un résultat positif dans les contextes humanitaires, voir le [Chapitre 11 : Prestation de soins de santé sexuelle et reproductive en situation de crise humanitaire](#).

### 3.3.3 Notification aux partenaires

Des options d'assistance à la notification volontaire aux partenaires devraient être offertes dans le cadre d'un ensemble complet de tests et de soins offerts aux personnes vivant avec le VIH [11]

La notification aux partenaires est un processus volontaire par lequel un prestataire formé pose des questions à la personne diagnostiquée avec le VIH concernant son ou ses partenaires sexuels et/ou les personnes avec lesquelles elle partage du matériel de drogues injectables, puis, avec son accord, propose à son ou ses partenaires de se soumettre à un test de dépistage du VIH suivi de moyens de prévention et/ou de traitement appropriés. La notification aux partenaires se fait soit de manière passive, soit de manière assistée [11].

Cette démarche peut être difficile pour plusieurs raisons :

- Le concept de notification peut présenter une menace très réelle pour la personne qui notifie. Il est essentiel de respecter ses souhaits et de conserver sa confiance. Le prestataire doit reconnaître que souvent, une personne diagnostiquée peut craindre d'en informer son ou ses partenaires et qu'elle ne sera disposée à fournir des informations que si l'établissement de santé a acquis la réputation de maintenir la confidentialité.
- Il est très fréquent qu'une personne diagnostiquée ait du mal à discuter du problème avec son partenaire, en particulier si il-elle est à risque de violences.
- Certains partenaires sexuels du client et/ou ceux avec qui ils partagent du matériel de drogues injectables peuvent refuser de croire qu'ils ont été exposés à l'infection par le VIH, en particulier s'ils n'ont pas de symptômes, et peuvent donc ne pas accepter de venir consulter pour se faire dépister.
- Il arrive que la personne concernée ne connaisse pas le nom et les coordonnées de son ou ses partenaires sexuels et/ou de ceux avec qui elle partage du matériel de drogues injectables.

**Il est essentiel que le prestataire ne contraigne pas le-la client-e à prendre une décision et à agir contre son gré. Le prestataire peut expliquer l'importance de notifier le partenaire et de le traiter, mais au bout du compte, c'est au-à la client-e qu'il appartient de décider de l'en aviser ou non.**

Différentes méthodes peuvent être utilisées pour la notification aux partenaires : passive ou assistée, et le prestataire peut discuter de ces options avec le-la client-e. L'[Encadré 1](#) (page suivante) décrit la méthode passive et la méthode assistée de notification aux partenaires.



### ENCADRÉ 1. Définitions et approches de la notification passive et assistée aux partenaires

**La notification passive du VIH aux partenaires** fait référence au moment où les personnes vivant avec le VIH sont encouragées par un prestataire formé à divulguer leur statut par elles-mêmes à leurs partenaires sexuels et/ou partenaires avec lesquels elles partagent du matériel d'injection de drogues et à suggérer que ceux-ci se soumettent à un test de dépistage du VIH compte tenu de leur exposition potentielle à l'infection par le VIH. Exemples de notification passive :

- Le prestataire fournit des conseils et encourage les clients séropositifs à divulguer leur statut VIH à leur(s) partenaire(s) et à les informer de leur possible exposition au VIH, soit en personne soit par téléphone, par SMS, par e-mail, etc.
- Le prestataire remet aux clients séropositifs une lettre ou une carte invitant leur(s) partenaire(s) à se rendre à l'établissement de santé. Lorsque le ou les partenaires se présentent à l'établissement de santé, un test de dépistage du VIH leur est proposé.
- Les clients vivant avec le VIH peuvent également utiliser des services de messagerie anonymes tels qu'un appel téléphonique, un courriel ou Internet pour aviser leur(s) partenaire(s) par leurs propres moyens.

**La notification assistée du VIH aux partenaires** fait référence au moment où des personnes séropositives consentantes reçoivent l'assistance d'un prestataire formé pour divulguer leur statut ou le notifier de manière anonyme à leurs partenaires sexuels et/ou partenaires avec lesquels elles partagent du matériel d'injection de drogues et suggérer que ceux-ci se soumettent à un test de dépistage

Source : Adapté de l'OMS [11].

du VIH compte tenu de leur exposition potentielle à l'infection par le VIH. Le ou les partenaires peuvent être contactés par téléphone, par Internet, par courriel ou lors d'une visite en personne à domicile. Le prestataire offre ensuite des tests de dépistage du VIH à ces partenaires.

Il existe plusieurs approches à la notification assistée aux partenaires : l'orientation contractuelle, l'orientation par le prestataire ou une orientation double :

- **Orientation contractuelle** : Les clients séropositifs concluent un contrat avec un prestataire formé et acceptent de divulguer leur statut et leur exposition potentielle au VIH à leur(s) partenaire(s) par eux-mêmes et d'orienter celui ou ces derniers vers des services où ils pourront se soumettre à un test de dépistage du VIH dans un délai spécifique. Si le ou les partenaires de la personne séropositive ne sollicitent pas un test de dépistage du VIH ou n'entrent pas en contact avec le prestataire dans ces délais, ce dernier prendra lui-même directement contact avec le ou les partenaires à qui il offrira un test de dépistage volontaire du VIH.
- **Orientation par le prestataire** : Avec le consentement de la personne séropositive, le prestataire formé prend contact en toute confidentialité avec son ou ses partenaires à qui il propose un test de dépistage volontaire.
- **Orientation double** : Un prestataire formé accompagne et soutient les clients séropositifs lorsqu'ils divulguent leur statut et leur exposition potentielle à l'infection par le VIH à leur(s) partenaire(s). Le prestataire offre également des tests de dépistage volontaire du VIH au(x) partenaire(s).

## 4. Prévention du VIH

**L'IPPF encourage l'adoption d'une approche de prévention combinée, qui reconnaît qu'aucune intervention de prévention à elle seule ne peut fonctionner de manière isolée.**

La prévention combinée du VIH vise à avoir un impact maximal sur la prévention du VIH en combinant des interventions structurelles, comportementales et biomédicales fondées sur les droits humains et éclairées par des données probantes. Les interventions structurelles visent à modifier le cadre physique, juridique et social dans lequel se manifestent les comportements individuels [12].

Pour un prestataire de soins de santé, la prévention combinée du VIH fait référence à la stratégie de prévention d'un individu en combinant différents outils ou approches

(en même temps ou de manière échelonnée), en fonction de sa situation, du risque et de ses choix.

Le prestataire a plusieurs rôles à remplir en matière de prévention du VIH, la priorité étant d'éviter que toute personne ne contracte le VIH et de faire en sorte que personne ne soit séropositif. Si certains soins nécessitent une orientation vers des établissements de santé de niveau supérieur, il n'en reste pas moins que le prestataire peut toujours organiser des ensembles de soins efficaces, personnalisés selon les souhaits et la situation clinique de la personne concernée.

**Il est important que le prestataire tienne compte du risque de transmission iatrogène du VIH lors d'interventions médicales invasives et de la nécessité de respecter en permanence**



de solides procédures de lutte contre les infections (voir le [Chapitre 2: Conditions nécessaires relatives à l'établissement de santé, antécédents et examen des clients](#)).

Les principaux éléments de la prévention du VIH se résument comme suit [6]:

- Le préservatif (masculin/externe et féminin/interne) et un lubrifiant compatible avec le préservatif.
- La prévention basée sur le TAR: PrEP et PEP.
- La circoncision médicale masculine volontaire (CMMV) dans les régions de forte prévalence.
- La réduction des risques pour les consommateurs de drogues injectables, y compris la fourniture d'aiguilles et de seringues stériles et l'accès à un traitement médicamenteux pour la dépendance aux opioïdes.
- Des informations et un conseil sur la réduction des risques par une approche positive vis-à-vis de la sexualité, y compris le report du début de la vie sexuelle, la diminution du nombre de partenaires sexuels, le séro-tri et le séropositionnement (voir le [Chapitre 3: Conseil](#)).
- Le dépistage, le diagnostic et le traitement d'IST et d'autres infections, y compris la tuberculose et l'hépatite virale (voir le [Chapitre 6: Infections sexuellement transmissibles](#)).
- Le dépistage de VSBG (voir le [Chapitre 10: Violences sexuelles et basées sur le genre](#)).

## 4.1 Préservatifs et lubrifiants

### 4.1.1 Principaux faits (voir aussi le [Chapitre 4: Contraception](#))

- L'utilisation correcte et cohérente du préservatif masculin/externe et féminin/interne, avec un lubrifiant compatible avec le préservatif, réduit de manière significative la transmission sexuelle du VIH et d'autres IST tant lors des rapports vaginaux que des rapports anaux et diminue le risque de grossesse non désirée [13].
- Un préservatif masculin/externe se met sur un pénis en érection et est fait de latex très mince (caoutchouc), de polyuréthane (plastique) ou de polyisoprène. Il forme une barrière qui empêche l'échange de sperme et d'autres liquides organiques.
- Un préservatif féminin/interne est fait de polyuréthane (plastique souple), de polymère nitrile (caoutchouc synthétique) ou de latex. Il est inséré dans le vagin (ou le rectum) et le tapisse doucement.

- De nombreux types et marques de préservatifs sont disponibles. Ils diffèrent en termes de format (mince, normal, grand), d'épaisseur (ultra-mince à standard), de lubrifiant (huile de silicone, gel, poudre ou sans lubrifiant), de couleur (opaque, transparent, de différentes couleurs) et de texture (surface lisse, texturée ou nervurée).
- Des lubrifiants compatibles avec les préservatifs (à base d'eau ou de silicone) doivent également être disponibles avec les préservatifs et peuvent être distribués en sachets individuels ou en flacons [14].

### 4.1.2 Ce que le prestataire doit faire

- Informer le-la client-e de l'importance de l'utilisation du préservatif et de la façon de l'utiliser et lui donner les moyens de discuter de l'utilisation du préservatif avec son ou ses partenaires sexuels.
- Insister sur l'importance de l'utilisation du préservatif, même si un client masculin est circoncis. S'il est mal utilisé ou s'il n'est pas utilisé de manière systématique, le préservatif peut ne pas protéger contre la grossesse et les IST, y compris le VIH.
- Fournir des informations sur la façon d'utiliser correctement le préservatif, y compris comment insérer et retirer un préservatif féminin (par voie vaginale ou rectale) et/ou mettre et retirer un préservatif masculin par la démonstration et la pratique sur un modèle de pénis (voir [Chapitre 4: Contraception, Section 6.1](#) et [Chapitre 6: Infections sexuellement transmissibles](#)). Des notices imprimées sont également utiles.
- La décision d'utiliser ou non un préservatif est généralement prise dans le contexte d'une interaction spécifique entre individus. Aider le-la client-e à développer des compétences de communication pour faire valoir sa position dans cette interaction avec ses partenaires, y compris à acquérir la confiance de discuter de VIH et d'autres IST, de suggérer et persuader l'utilisation du préservatif et de refuser les rapports sexuels non désirés, y compris en cas de refus d'utiliser un préservatif de la part du partenaire.
- Faciliter l'accès à une variété de préservatifs masculins/externes et féminins/internes (dans l'idéal, gratuitement) à tous les points de prestation de soins de santé et offrir des préservatifs à tout le monde (y compris les adolescents, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et toute autre personne marginalisée ou mal desservie). S'abstenir de toute hypothèse quant aux personnes pour qui des informations sur les préservatifs pourraient être utiles (par exemple, d'après son âge, sa relation ou son état matrimonial, son genre). Le lubrifiant peut se présenter en sachets individuels ou en flacons multi-usages. Insister sur



l'importance capitale d'utiliser du lubrifiant compatible avec le préservatif utilisé :

- Comme moyen d'empêcher le préservatif masculin/externe de se rompre et de glisser, en particulier pour les rapports sexuels anaux, et d'augmenter potentiellement le confort et le plaisir pendant les rapports sexuels pénétrants.
- Insister sur l'importance de ne pas utiliser de lubrifiants à base d'huile (y compris des lotions, de la vaseline, des huiles) avec des préservatifs en latex, car ils peuvent augmenter les risques de rupture.
- Des lubrifiants à base d'huile sont compatibles avec des préservatifs masculins/externes et féminins/internes qui ne sont pas en latex.
- L'utilisation d'une lubrification supplémentaire pour des rapports sexuels vaginaux peut être utile en cas de défaillances répétées du préservatif.
- Les effets secondaires de l'utilisation de préservatif sont rares. Il peut arriver des cas d'allergie au latex, au lubrifiant ou au spermicide utilisé avec le préservatif. Dans ce cas :
  - Recommander de changer de marque ou de type de préservatif, y compris le préservatif féminin.
  - En cas d'utilisation d'un préservatif avec spermicides, recommander un préservatif sans spermicides.
  - En cas d'allergie au latex, des préservatifs non allergènes en caoutchouc purifié sont disponibles dans certaines régions.
  - Recommander l'utilisation de PrEP (si disponible) et un dépistage régulier pour le VIH et d'autres IST.

## 4.2 Prévention à base d'antirétroviraux

La prévention du VIH à base d'antirétroviraux, y compris la PrEP et la PPE, devrait être disponible en tant que choix dans le cadre d'un ensemble complet de mesures de prévention du VIH.

Il est également important d'éduquer les personnes vivant avec le VIH qui sont sous traitement et qui ont une charge virale indétectable continue pour qu'elles ne transmettent pas le VIH à leurs partenaires sexuels, qu'elles ne transmettent pas le VIH à leur bébé pendant la grossesse et l'accouchement, qu'elles soient moins susceptibles de transmettre le VIH par l'allaitement et qu'elles soient moins susceptibles de transmettre le VIH aux partenaires qui partagent le matériel d'injection de drogues.

## 4.2.1 Prophylaxie pré-exposition (PrEP)

### 4.2.1.1 Principaux faits

- La PrEP est une intervention extrêmement efficace qui a recours à des antirétroviraux pour prévenir l'acquisition du VIH chez les personnes séronégatives avant leur exposition au VIH. À l'heure actuelle, la PrEP est disponible par voie orale ou sous forme d'anneau vaginal, et d'autres méthodes telles que des implants injectables ou des implants à longue durée d'action sont à l'étude.
- L'OMS recommande actuellement de proposer comme choix préventif supplémentaire pour les personnes à risque élevé d'infection par le VIH une **PrEP par voie orale**, contenant du fumarate de ténofovir disoproxil (TDF).
- Une PrEP administrée par un anneau vaginal contenant de la dapivirine peut également être une option acceptable pour les personnes qui ne peuvent ou ne veulent pas prendre de PrEP par voie orale. L'OMS recommande que l'anneau vaginal imprégné de dapivirine soit proposé comme choix de prévention supplémentaire pour les clients à haut risque d'infection par le VIH dans le cadre d'approches de prévention combinées.
- Contrairement au traitement de l'infection par le VIH, la personne est entièrement libre de choisir de commencer et d'arrêter une PrEP. Pour augmenter l'observance et l'adoption de cette méthode, il appartient au prestataire de soins de santé de promouvoir les avantages de la PrEP, à savoir qu'elle est hautement efficace, qu'elle est sûre et que la grande majorité des utilisateurs de la PrEP ne ressentent aucun effet secondaire. Le fait de créer des opportunités de partage d'expérience pour les utilisateurs de PrEP peut aussi contribuer à augmenter l'adoption.
- Lorsqu'une PrEP n'est pas encore disponible ou l'est mais pas gratuitement, les personnes qui choisissent de s'en procurer par leurs propres moyens doivent être avisées de la façon de la prendre en toute sécurité et bénéficier d'une assistance pour accéder à des services de surveillance (dépistage régulier du VIH et d'autres IST, tests annuels de la fonction rénale, le cas échéant) [6].

### 4.2.1.2 À qui convient-elle ?

Une PrEP doit être offerte aux clients séronégatifs à haut risque de contracter le VIH. Les groupes prioritaires comprennent les couples sérodiscordants, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les femmes transgenres, les travailleur-se-s du sexe, les jeunes femmes (dans les régions à forte prévalence) et d'autres groupes à forte incidence du VIH (par exemple 3 pour 100 années-personnes ou plus). Les décisions d'offrir une PrEP devraient se fonder



sur une évaluation individuelle plutôt que sur l'appartenance à un groupe de population spécifique [6].

La PrEP est sans danger pendant la grossesse ou en cas d'utilisation de contraception hormonale. Toute femme utilisant une PrEP doit être encouragée à utiliser une méthode contraceptive. Pour les personnes transgenres qui prennent des hormones, la PrEP n'a pas d'impact ni de réduction sur les taux hormonaux [15].

Toute personne qui demande une PrEP et est considérée comme n'étant pas à risque de contracter le VIH peut être conseillée sur ses avantages et en recevoir sur demande. Il est possible qu'elle ait d'autres angoisses et préoccupations ou qu'elle se sente mal à l'aise de divulguer des risques, auquel cas le prestataire doit essayer de prendre le temps de lui parler.

#### 4.2.1.3 Quel est le degré d'efficacité de la PrEP ?

La PrEP est extrêmement efficace pour prévenir l'infection à VIH dès lors qu'elle est utilisée de la manière prescrite. Pour autant, la PrEP ne prévient pas les autres IST ni la grossesse et à ce titre elle doit être offerte en même temps que d'autres méthodes de prévention telles que le préservatif et d'autres méthodes contraceptives. Dans les essais cliniques, la réduction du risque de contracter le VIH était supérieure à 90 % lorsque la PrEP était utilisée de façon constante [16].

#### 4.2.1.4 Ce que le prestataire doit faire

Le prestataire doit éduquer et conseiller toute personne susceptible d'utiliser une PrEP des avantages et des risques qu'elle présente et procéder à une évaluation individualisée de ses avantages. Le prestataire doit lui indiquer que la PrEP est extrêmement efficace dès lors qu'elle est prise correctement et qu'elle est sans danger.

Critères de recevabilité :

- séronégativité
- absence de suspicion d'infection aiguë par le VIH
- à risque continu d'exposition au VIH
- absence de contre-indications aux médicaments de la PrEP (par ex. TDF/emtricitabine)
- volonté d'utiliser la PrEP de la manière prescrite, y compris le dépistage périodique du VIH

#### Dépistage du risque continu d'exposition ou d'infection au VIH

La PrEP doit être offerte aux personnes à risque de contracter le VIH. Pour déterminer si une personne présente un risque continu d'infection ou d'exposition au VIH, le prestataire doit vérifier si elle a été confrontée à l'un des facteurs de risque suivants au cours des 6 derniers mois :

- des rapports sexuels vaginaux ou anaux sans préservatif avec plus d'un partenaire, OU
- des antécédents récents (au cours des 6 derniers mois) d'IST établis par des analyses en laboratoire ou sur signalement personnel ou traitement d'IST syndromique, OU
- l'utilisation de PPE pour exposition sexuelle au cours des 6 derniers mois

Les indicateurs du risque continu d'infection à VIH varient en fonction de l'épidémiologie locale du VIH et du groupe de population concerné.

Les questions de dépistage peuvent également être posées pour proposer la PrEP aux personnes qui se présentent pour des soins, sans que leur consultation ne recherche spécifiquement l'accès à la PrEP (voir l'[Encadré 2](#) – page suivante).

Voir l'[Encadré 3](#) (page suivante) pour des exemples de brèves sessions de conseil visant à promouvoir l'adoption de PrEP et à aider à réduire la stigmatisation s'y rapportant.

Les schémas par voie orale de PrEP à base de ténofovir peuvent prendre jusqu'à 1 semaine pour procurer une protection complète ; les clients doivent être avisés d'utiliser des préservatifs pendant cette période. Si une exposition se produit pendant cette période, les clients devraient être encouragés à revenir consulter le plus tôt possible, et dans les 72 heures, car ils peuvent remplir les critères pour recevoir une PPE et devraient envisager un suivi du dépistage du VIH.

Bien que la plupart des utilisateurs de PrEP n'aient pas d'effets secondaires, les prestataires doivent informer les clients des possibles effets secondaires (c.-à-d. céphalées, nausées et inconfort abdominal) et les rassurer qu'ils s'estomperont vraisemblablement dans les 2 semaines.

Une PrEP n'est pas une intervention isolée. Elle doit être fournie comme faisant partie d'un ensemble d'outils préventifs individualisés, tels que l'utilisation constante de préservatifs, des dépistages réguliers des IST, un conseil de réduction des risques, l'utilisation de seringues/aiguilles stériles et l'orientation vers des soins spécialisés en matière de VSBG.



## ENCADRÉ 2 : Questions pratiques de dépistage

Plusieurs questions suivantes pourraient être utiles pour déterminer les personnes chez qui une PrEP pourrait être bénéfique.

**1. Questions de dépistage d'ordre général.** Toute réponse par l'affirmative d'une personne se présentant dans un contexte d'incidence élevée du VIH devrait susciter une discussion et une éducation sur la PrEP.

Au cours des six derniers mois :

- Avez-vous eu des rapports sexuels avec plus d'une personne ?
- Avez-vous eu des rapports sexuels sans préservatif ?
- Avez-vous eu des rapports sexuels avec quelqu'un dont vous ne connaissez pas le statut VIH ?
- Avez-vous consommé des drogues injectables et partagé du matériel d'injection ?
- Parmi vos partenaires, y en a-t-il à risque de contracter le VIH par ses comportements sexuels ou de consommation de drogues ?
- Avez-vous eu des rapports sexuels avec une personne qui a le VIH ou qui ne connaît pas son statut VIH ?
- Vous a-t-on diagnostiqué une infection sexuellement transmissible ?
- Souhaitez-vous tomber enceinte ?
- Avez-vous utilisé ou souhaité utiliser une PrEP ou une PPE pour une exposition au VIH par des rapports sexuels ou la consommation de drogues ?

**2. Pour les personnes qui ont un partenaire sexuel avec le VIH,** les questions suivantes aideront à déterminer si cette personne pourrait une PrEP pourrait lui être bénéfique :

- Votre partenaire prend-il un TAR pour le VIH ?
- Votre partenaire est-il sous TAR depuis plus de 6 mois ?
- Au moins une fois par mois, discutez-vous avec votre partenaire de sa prise quotidienne de médicaments anti-VIH ?

Source : Adapté de l'OMS [16].

- Si vous le savez, à quand remonte le dernier test de charge virale de votre partenaire ? Quel en a été le résultat ?
- Souhaitez-vous concevoir un enfant avec votre partenaire ?

**3. Facteurs supplémentaires sur lesquels poser des questions,** qui peuvent indiquer des situations qui confèrent une vulnérabilité accrue au VIH et aident à identifier une personne qui pourrait bénéficier de PrEP :

Y a-t-il des aspects de votre situation qui peuvent indiquer des risques d'exposition au VIH ? Avez-vous...

- Commencé à avoir des rapports sexuels avec un nouveau partenaire ?
- Mis fin à une relation de longue date et recherchez-vous un nouveau partenaire ?
- Reçu de l'argent, un logement, de la nourriture ou des cadeaux en échange de rapports sexuels ?
- Été contraint-e d'avoir des rapports sexuels contre votre volonté ?
- Été agressé-e physiquement, y compris par un partenaire sexuel ?
- Consommé des drogues injectables ou des hormones en utilisant du matériel partagé ?
- Consommé des drogues récréatives ou psychoactives ?
- Été contraint-e de quitter votre domicile (en particulier en raison de votre orientation sexuelle ou de violence) ?
- Emménagé quelque part de nouveau (où la prévalence de l'exposition au VIH est peut-être plus élevée) ?
- Perdu une source de revenu (de sorte que vous pourriez avoir besoin d'échanger des rapports sexuels contre un logement, de la nourriture ou un revenu) ?
- Quitté l'école plus tôt que prévu ?

## ENCADRÉ 3 : Brefs exemples de conseils et d'éducation sur la PrEP

- La PrEP est une pilule à prendre par voie orale une fois par jour [pour les schémas à base de *ténofovir*] par les personnes séronégatives pour prévenir le VIH. La PrEP s'adresse aux personnes qui veulent réduire leur anxiété/stress à l'égard du VIH et prendre le contrôle de leur santé sexuelle. **D'après vous, une PrEP pourrait-elle vous être bénéfique ?**
- La PrEP s'est avérée très efficace pour se protéger contre le VIH.
- La PrEP aide à renforcer la confiance en soi en se sachant en sécurité et en bonne santé, à l'abri du VIH.
- Quelles que soient ses circonstances, à utiliser des préservatifs ou non, la PrEP offre la certitude d'une couche de protection supplémentaire.
- La PrEP peut être prise par toute personne séronégative, quel que soit son état matrimonial ou ses pratiques sexuelles.





#### 4.2.1.5 Comment mettre en route la PrEP et le suivi

Contre-indications de la PrEP :

- une infection à VIH
- des signes/symptômes d'infection aiguë par le VIH, une probable exposition récente au VIH
- une clairance estimée de la créatinine inférieure à 60 ml/min (si elle est connue, pour les protocoles à base de TDF)
- une allergie ou contre-indication à tout médicament dans le schéma PrEP

Effectuez un test de dépistage du VIH le jour même où la PrEP est mise en route à l'aide d'un test rapide au point de service. S'il y a des signes ou des symptômes de syndrome viral aigu, y compris de maladie pseudo-grippale, envisagez la possibilité que l'infection aiguë par le VIH puisse en être la cause. Dans ce cas, envisagez de reporter la PrEP de 4 semaines et de refaire un test de dépistage du VIH. Cela laisse le temps de déceler une éventuelle séroconversion.

Les mesures de la créatinine varient d'un jour à l'autre, en fonction de l'hydratation, de l'exercice physique, du régime alimentaire, de la consommation de créatine (par les culturistes) et d'autres facteurs. Par conséquent, si une seule mesure de la créatinine est supérieure à la plage normale, répétez la mesure avant d'exclure cette personne de PrEP (pour les protocoles TDF).

Testez les clients pour le virus de l'hépatite B (VHB), de sorte que s'ils sont négatifs pour le VHB, ils peuvent être vaccinés contre le VHB (le ténofovir agit également contre le VHB).

#### 4.2.1.6 Schémas de PrEP recommandés

L'OMS recommande des schémas de PrEP par voie orale contenant du TDF, tandis que l'anneau vaginal recommandé contient de la dapivirine.

Pour la PrEP par voie orale, le choix d'un schéma contenant du TDF dépend des associations de médicaments disponibles dans le pays, des coûts relatifs, de la réglementation en vigueur et des conseils normatifs dans le pays de la part des associations professionnelles ou des responsables de la santé publique. Les résultats des essais cliniques ont fortement confirmé l'efficacité du TDF seul ou en association avec l'emtricitabine.

Le nombre optimal de comprimés à distribuer variera en fonction de la région et de la population. Certains établissements de santé distribuent un approvisionnement de 1 mois à la première consultation, puis un approvisionnement de 3 à 4 mois lors des consultations suivantes. Si disponible, le fait de fournir un approvisionnement supplémentaire pendant un mois à la première consultation garantit un approvisionnement adéquat pour le dosage quotidien d'ici la consultation suivante à l'établissement de santé [6].

#### 4.2.1.7 Suivi

Suggestions de suivi :

- Dépistage du VIH tous les 3 mois (envisager également un dépistage 1 mois après la consultation initiale).
- Dépistage des IST, tous les 3 ou 6 mois en fonction des facteurs de risque (également de la politique nationale).
- Discussions sur l'utilisation de la contraception, à chaque visite.
- Conseil succinct en matière d'observance et traitement des effets secondaires, à chaque consultation.
- Conseil en matière de santé mentale, de VSBG et de consommation d'alcool et d'autres drogues, au besoin.
- La clairance estimée de la créatinine tous les 6 mois (envisager une fréquence accrue en cas d'antécédents de pathologies affectant les reins, telles que le diabète ou l'hypertension ; envisager une fréquence réduite si la personne concernée a moins de 45 ans, a une clairance estimée de la créatinine de base supérieure à 90 ml/min et pèse plus de 55 kg).
- Anticorps à l'hépatite C. Pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, envisager un dépistage une fois tous les 12 mois.

#### 4.2.2 Prophylaxie post-exposition (PPE)

##### 4.2.2.1 Principaux faits sur la PPE

- L'OMS recommande de mettre la PPE à la disposition de toutes les personnes qui remplissent les critères sur une base volontaire après une éventuelle exposition au VIH.
- La PPE est une intervention d'urgence à base de médicaments antirétroviraux pour prévenir l'infection par le VIH après une exposition possible, afin d'arrêter la réplication du VIH.
- Un schéma thérapeutique de PPE à base de deux médicaments antirétroviraux est efficace, mais un à base de trois médicaments est préférable.
- La PPE doit être administrée dès que possible, de préférence dans les 24 heures suivant l'exposition, mais peut être administrée jusqu'à 72 heures après.
- Une PPE n'est pas requise si la source d'exposition possible n'est pas séropositive. Une PPE est souvent déconseillée lorsque la source est une personne vivant avec le VIH sous traitement avec une charge virale indétectable confirmée et soutenue (depuis plus de 6 mois) [6,17].



#### 4.2.2.2 À qui s'adresse la PPE pour la prévention du VIH ?

- La PPE peut être administrée à toutes les personnes séronégatives ou qui ne connaissant pas leur statut VIH et qui ont été exposées à une possible infection par des rapports sexuels non protégés, la rupture d'un préservatif, un viol, une blessure par piqûre d'aiguille et l'utilisation d'aiguilles non stériles.
- L'évaluation de l'admissibilité doit être basée sur le statut VIH de la source chaque fois que possible et peut inclure la prise en compte de la prévalence locale et des modèles épidémiologiques. Parmi les personnes à risque, on compte celles qui ont été exposées par des liquides corporels à des muqueuses, que ce soit par exposition sexuelle ou par exposition dans le cadre professionnel. Exemples d'expositions qui peuvent justifier une PPE :
  - Exposition sexuelle : avec des personnes à haut risque, en particulier par des rapports sexuels anaux réceptifs.
  - Liquides corporels : sang, salive tachée de sang, lait maternel, sécrétions génitales et liquide céphalorachidien, amniotique, péritonéal, synovial, péricardique ou pleural. Tous les cas doivent être évalués cliniquement et il appartient au prestataire de décider si l'exposition réelle constitue un risque important.
  - Type d'exposition : (1) muqueuse (c.-à-d. exposition sexuelle), éclaboussures dans les yeux, le nez ou la cavité buccale ; et (2) parentérale.
- Exemples d'expositions qui ne nécessitent pas une PPE :
  - Lorsque la personne exposée est déjà séropositive pour le VIH ; lorsque la source est établie comme étant séronégative pour le VIH ; et les expositions à des liquides corporels qui ne présentent pas de risque significatif (c.-à-d. les larmes, la salive non tachée de sang, l'urine et la sueur) [17].

#### 4.2.2.3 Quel est le degré d'efficacité de la PPE ?

La PPE réduit considérablement le risque d'infection par le VIH lorsqu'elle est prise le plus tôt possible et dans les 72 heures suivant l'exposition présumée et à condition de prendre l'intégralité du traitement de 28 jours.

#### 4.2.2.4 Ce que le prestataire doit faire

Évaluer l'exposition et déterminer si la personne concernée est à haut risque de contracter le VIH. Le prestataire doit se tenir au courant des médicaments qui sont disponibles localement et en conserver en stock. Il doit s'agir du schéma thérapeutique recommandé par l'OMS ou les protocoles locaux/nationaux.

Les schémas thérapeutiques recommandés par l'OMS [6] sont les suivants :

- **Pour les adultes :** Le fumarate de ténofovir disoproxil (TDF) associé à la lamivudine (3TC) ou à l'emtricitabine (FTC) comme médicaments de base préférés. Le troisième médicament recommandé est le dolutégravir (DTG).
- **Pour les enfants :** La zidovudine (AZT) et la lamivudine (3TC) comme médicaments de base pour les enfants âgés de 10 ans ou moins, avec le dolutégravir (DTG) recommandé comme troisième choix de médicament.

Les prestataires devraient assurer l'adoption de la PPE en vantant ses avantages lors du conseil auprès de personnes à haut risque. Après une évaluation des risques et le consentement du/de la client·e, le traitement PPE sur ordonnance de 28 jours de médicaments antirétroviraux doit être amorcé dès que possible dans la période de 72 heures suivant l'exposition. Les prestataires doivent savoir vers quels services orienter les clients s'ils n'offrent pas eux-mêmes la PPE.

Quelques recommandations à observer pour simplifier la prescription et favoriser l'observance :

- **Prescription :** Pour améliorer l'adoption de la PPE et le suivi complet du traitement, l'OMS recommande de fournir le traitement complet de 28 jours à la première consultation, plutôt que d'exiger que le retour du/de la client·e à plusieurs reprises.
- **Appui à l'observance :** Pour améliorer les taux d'observance et de suivi, l'OMS suggère que les programmes renforcent le conseil en matière d'observance.

Il est essentiel d'indiquer à la personne concernée de prendre le traitement complet de 28 jours de TAR pour que l'intervention soit efficace. Il faut l'avertir des possibles effets secondaires de la PPE, tels que nausées, vomissements, diarrhées, céphalées et léthargie, en insistant sur leur caractère non nocif et qu'ils ne constituent pas une raison d'arrêter la PPE.

Un suivi devrait être offert, y compris en cas de refus de PPE avec un conseil sur le risque d'acquisition future. Un test de dépistage du VIH doit également être offert à tous les clients à 3 et 6 mois.

Un conseil attentif doit être prodigué aux clients à qui une PPE a été prescrite et qui l'ont refusée, afin d'éviter une exposition supplémentaire pendant et après le traitement et les avantages de la PrEP devraient être discutés.



Soins supplémentaires :

- Un dépistage et un traitement des IST devraient être offerts à tous les clients qui viennent consulter.
- Les clientes qui ont été exposées à la possibilité d'une grossesse peuvent se voir offrir une contraception d'urgence (*Chapitre 4: Contraception*).
- Les clients qui ont été victimes d'agression sexuelle devraient se voir offrir d'autres services de conseil, de traitement et d'orientation (*Chapitre 10: Violences sexuelles et basées sur le genre*).

## 4.3 Circoncision médicale masculine volontaire pour la prévention du VIH

### 4.3.1 Principaux faits

- La circoncision médicale masculine volontaire (CMMV) devrait être préconisée comme une option supplémentaire efficace de prévention du VIH dans le cadre de la prévention combinée pour les adolescents de 15 ans et plus et les hommes adultes dans les régions d'épidémies généralisées afin de réduire le risque d'infection par le VIH contractée par voie hétérosexuelle [18].
- La circoncision médicale masculine présente d'autres avantages, notamment la réduction du risque de contracter d'autres IST telles que le HPV, qui provoque le cancer du col de l'utérus [19].

#### 4.3.1.1 Quel est le degré d'efficacité de la CMMV dans la réduction du VIH ?

- Lorsqu'elle est pratiquée par des prestataires de soins de santé qualifiés, la circoncision médicale masculine réduit de 60 % le risque de transmission du VIH de la femme à l'homme.
- Les preuves sur les effets sur la transmission par le sexe anal sont limitées et par conséquent la CMMV n'est pas recommandée pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. La circoncision n'empêche pas les hommes vivant avec le VIH de transmettre leur infection à VIH à leurs partenaires [20].
- La CMMV à elle seule n'est que partiellement efficace pour réduire la transmission du VIH. Elle doit être fournie comme s'inscrivant dans le cadre d'un ensemble complet de soins de prévention combinée du VIH, par exemple des préservatifs et du lubrifiant.

#### 4.3.1.2 À qui convient la CMMV ?

- La CMMV est adaptée dans les pays où la prévalence du VIH est élevée parmi la population générale (plus de 15 %) et où la majorité des hommes ne sont pas circoncis (80 %).
- La CMMV est également recommandée dans les pays où la prévalence du VIH se situe entre 3 % et 15 % de la population en général et où la transmission du VIH se fait principalement par des relations sexuelles entre le pénis et le vagin.
- Dans ces contextes, la CMMV est une option à préconiser pour les hommes et les adolescents qui ne sont pas circoncis, qui pour autant qu'ils le sachent ne vivent pas avec le VIH et qui sont à risque de transmission hétérosexuelle du VIH.
- L'âge des clients peut varier considérablement selon le lieu et les prestataires doivent connaître les lignes directrices locales pour obtenir le consentement juridique approprié.
- Dans les régions où la CMMV est fournie, il convient de ne pas exclure les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les hommes vivant avec le VIH.

#### 4.3.1.3 Qui peut pratiquer la CMMV ?

- La CMMV doit être pratiquée par des prestataires de soins de santé qualifiés, compétents pour fournir ces soins.
- Tous les prestataires de CMMV devraient avoir accès à une formation approuvée pour assurer la sécurité et la qualité de leur pratique, conformément aux lignes directrices nationales. Celles-ci prévoient notamment une liste standardisée de matériel, fournitures, appareils et médicaments de haute qualité.

#### 4.3.1.4 Ce que les prestataires doivent faire

Le prestataire doit donner des informations sur la CMMV et orienter le client vers d'autres prestataires de soins de santé s'il n'est pas en mesure de procéder à l'intervention chirurgicale.

##### Évaluer l'adéquation clinique

- Les antécédents complets doivent être pris et un examen réalisé (voir le *Chapitre 2: Conditions nécessaires relatives à l'établissement de santé, antécédents et examen des clients*).
- Le test de dépistage du VIH doit toujours être offert, à moins que le client ne connaisse déjà son statut VIH.
- Offrir un dépistage des IST et des informations supplémentaires sur la prévention du VIH (par ex. PrEP et PPE).



#### Obtenir le consentement éclairé

- S'assurer que le client donne son consentement volontaire éclairé à la procédure.
- Le formulaire de consentement doit être signé par le client qui fait l'objet d'une CMMV. Pour les clients analphabètes, le formulaire doit être lu à voix haute et expliqué et leur empreinte digitale ou marque peut remplacer la signature. La signature de témoins capables de lire et d'écrire est également recommandée.
- Le chirurgien doit lui aussi signer le formulaire de consentement, en indiquant qu'il a vérifié que la personne qui choisit la CMMV comprend et choisit volontairement de subir la procédure.

#### 4.3.1.5 Ce que le client doit savoir

Le client doit donner son consentement, sans aucune preuve de coercition, après avoir reçu un conseil sur les risques et les avantages dans une langue qu'il comprend. Des précisions sur le consentement éclairé figurent au [Chapitre 3 : Conseil](#).

L'intervention ne doit pas être programmée pendant une période de stress.

Quelques aspects à prendre en compte spécifiques à la circoncision pour veiller à la parfaite compréhension de la nature et des conséquences de l'intervention :

- il existe un faible risque d'infection (réduit par le respect des procédures strictes de contrôle de l'infection) et un risque de saignement et de dommages au pénis
- après l'intervention, le client devra attendre plusieurs semaines avant de reprendre son activité sexuelle afin d'éviter le risque de contracter le VIH et d'autres IST et de retarder la guérison
- une fois rétabli, l'intervention ne laisse aucune séquelle sur la libido et la fonction érectile et ne cause aucune douleur
- le client doit continuer à utiliser des méthodes barrière pour réduire davantage le risque de contracter le VIH

#### 4.3.1.6 Intervention de CMMV

La CMMV ne doit être effectuée que par des prestataires de soins de santé formés et compétents, avec du matériel et des fournitures appropriés, dans un cadre contrôlé contre les infections, quelle que soit la méthode utilisée.

#### Circoncision chirurgicale

- Il existe plusieurs procédures de *circoncision chirurgicale* : la méthode guidée par forceps, qui nécessite le moins de compétences chirurgicales, et les méthodes par fente dorsale et de résection de manchon, qui nécessitent des niveaux plus élevés de compétences chirurgicales mais qui sont plus adaptées lorsque la circoncision se fait sous indication médicale à (par exemple, un phimosis).
- *Avantages et inconvénients* : Les méthodes chirurgicales présentent des avantages par rapport à la circoncision avec des dispositifs, car le prépuce est retiré au moment de l'intervention et peut être moins susceptible d'entraîner une infection tétanique. L'inconvénient est qu'elles nécessitent l'infiltration d'un anesthésique local et pour les procédures par fente dorsale et de résection de manchon, la présence d'un assistant est nécessaire.
- *Avant de laisser sortir le client* : Conseillez-lui de rester attentif aux signes de complications et de revenir consulter immédiatement s'il constate une augmentation des saignements, des douleurs sévères dans le pénis ou la région génitale ou lors de la miction, au passage de l'urine, l'incapacité à uriner, du pus dans la plaie chirurgicale et un gonflement accru. Demandez au client de revenir pour un suivi après 7 jours, de préférence avec le même chirurgien [20].

#### Circoncision avec dispositifs

La circoncision avec des dispositifs (y compris PrePex et l'anneau Shang) constitue une alternative appropriée aux méthodes chirurgicales et peut être effectuée par un éventail de prestataires de niveau intermédiaire, augmentant ainsi l'accès à la CMMV [21].

Il est recommandé que ces procédures soient effectuées lorsque des installations chirurgicales de secours sont disponibles en cas de déplacement de dispositif ou d'échec de placement.

Si la procédure prend environ la moitié du temps requis pour la circoncision chirurgicale, il n'en reste pas moins que :

- le processus de cicatrisation est plus lent et peut être deux fois plus long qu'après une circoncision chirurgicale
- la cicatrisation par seconde intention peut également donner lieu à l'émanation d'odeurs nauséabondes du prépuce à mesure qu'il se nécrose
- le temps d'abstinence sexuelle après circoncision avec des dispositifs est plus long
- certains dispositifs (tels que PrePex) nécessitent une seconde consultation pour son retrait au bout d'1 semaine. Il existe également un risque accru de tétanos (voir l'[Encadré 4](#))



#### Conseils post-opératoires

- L'OMS recommande l'abstinence sexuelle (y compris l'absence de masturbation) pendant 6 semaines après la circoncision pour tous les clients.
- La consultation de suivi à 7 jours est importante car la détection précoce d'infection, de saignements et de sutures trop serrées peut nécessiter un suivi supplémentaire [20].

## 4.4 Réduction des risques pour les personnes qui consomment des drogues

L'OMS définit la réduction des risques comme « un ensemble de politiques, de programmes, de services et d'actions visant à réduire les méfaits pour les individus, les communautés et la société liés aux drogues, y compris l'infection par le VIH. La réduction des risques est essentielle à la prévention de l'infection par le VIH chez les consommateurs de drogues injectables et leurs partenaires sexuels » [5].

### 4.4.1 Ce que le prestataire doit savoir

- Les interventions de réduction des risques sont un élément important et efficace de la prévention du VIH et sont souvent axées autour des risques liés à la consommation de drogues.
- Les consommateurs de drogues injectables sont à risque de contracter l'hépatite B et l'hépatite C (voir le *Chapitre 6 : Infections sexuellement transmissibles*), ainsi que le VIH provenant de sources hématogènes par le partage de matériel d'injection.

- Un ensemble de réduction des risques prévoit une multitude d'interventions lors desquelles les prestataires peuvent donner des informations et des conseils.
- L'ensemble complet de réduction des risques comprend [5,22]:
  - des programmes relatifs aux aiguilles et aux seringues
  - la thérapie de substitution aux opiacés et d'autre traitement de la toxicomanie et de la pharmacodépendance fondé sur des bases factuelles
  - des programmes de distribution de préservatifs pour les consommateurs de drogues injectables et leurs partenaires sexuels
  - du matériel ciblé d'information, d'éducation et de communication pour les personnes qui consomment des drogues et leurs partenaires sexuels
  - la distribution au sein des communautés de naloxone pour la prise en charge des overdoses
- Les clients qui consomment d'autres drogues (telles que de l'alcool, la 3,4-méthylènedioxyamphétamine [MDMA], de la cocaïne et du nitrite d'amyle) qui diminuent les inhibitions et affectent la capacité de faire des choix plus sûrs peuvent également être à risque de contracter le VIH [23]. Certains présentent également des facteurs physiologiques qui peuvent faciliter la transmission du VIH. Par conséquent, en plus d'autres stratégies de prévention du VIH, les prestataires doivent connaître le type de ressources de réduction des risques qui sont disponibles localement.

### ENCADRÉ 4 : Circoncision : contrôle du tétanos et des infections

La circoncision avec le dispositif de compression à collier élastique présente un plus grand risque de contracter le tétanos que d'autres méthodes de circoncision qui retirent le prépuce au moment de l'intervention. Une circoncision au moyen d'un dispositif, où le prépuce est maintenu en place et retiré plusieurs jours après l'application, ne doit être effectuée que si le client est suffisamment protégé contre le tétanos par une vaccination avec un vaccin contre le tétanos [20].

Pour toutes les méthodes de circoncision, une approche d'hygiène de soin est à adopter [20]. Celle-ci inclut :

- Encourager l'hygiène personnelle, demander au client de se laver les parties génitales, y compris sous le prépuce, avant la circoncision et l'encourager à porter des sous-vêtements propres.
- Observer les protocoles chirurgicaux standard sur la préparation de la peau des parties génitales ; cette précaution s'applique à toutes les méthodes de circoncision.
- Améliorer l'éducation personnelle et dans la communauté sur l'hygiène du soin des plaies après la circoncision. Il s'agit pour cela de fournir des instructions claires et compréhensibles sur les soins des plaies et l'hygiène génitale, des pansements propres ou stériles à utiliser à domicile, des instructions claires sur le moment de revenir à l'établissement de santé pour des soins après l'intervention, une sensibilisation aux avantages de la vaccination contre le tétanos et une sensibilisation aux dangers d'appliquer sur les plaies des substances susceptibles de contenir *Clostridium tetani* (par exemple, des cataplasmes de fumier animal ou des remèdes à base de plantes).



#### 4.4.2 Ce que le prestataire doit faire

- Soutenir les clients en leur fournissant l'accès à des aiguilles et des seringues propres, un conseil sur la diminution de la consommation d'opiacés, un soutien pour passer à la méthadone ou son équivalent (avec orientations vers des services spécialisés et soutien au besoin), en se tenant au courant de la prise en charge des overdoses (fournir de la naloxone).
- Envisager d'autres interventions de réduction des risques telles que prodiguer une formation à des pratiques d'injection plus sûres et un conseil en réduction des risques.
- Fournir des informations fondées sur les droits à propos de drogues spécifiques et des risques associés pour donner les moyens aux clients de prendre des décisions éclairées et de faire des choix sains.
- Pour les clients qui ont des problèmes liés à la consommation d'alcool, offrir un dépistage et une brève intervention après une formation spécifique. Cette intervention courte et ciblée peut réduire la consommation d'alcool.
- Savoir où se trouvent localement les services d'assistance concernés pour permettre des liens ou une orientation, si nécessaire, mais vérifier que tout service approprié adopte une approche fondée sur les droits.
- Connaître les politiques locales et nationales de prévention du VIH pour ceux qui consomment des drogues et savoir où se trouvent les principaux liens d'orientation vers des services spécialisés s'ils ne sont pas fournis localement, y compris la disponibilité de PrEP pour les personnes qui s'injectent des drogues.

## 5. Traitement du VIH

- Un ensemble de soins de santé de soutien et de traitement est requis pour toutes les personnes vivant avec le VIH, y compris l'accès au TAR.
- À mesure que les clients sont de plus en plus nombreux à démarrer et poursuivre un traitement du VIH, l'importance des services de prévention et de prise en charge des comorbidités et de la fourniture de soins chroniques ne cesse de croître.
- Le soutien aux personnes vivant avec le VIH est multidisciplinaire et comprend des volets de conseil, de traitement, de diagnostic précoce et de traitement des complications liées au VIH, de santé mentale et de nutrition.

### 5.1 Interventions de conseil et de soutien pour les personnes diagnostiquées séropositives

Fournissez des interventions de soutien après un diagnostic de VIH, en assurant une prise de contact rapide avec des services de soins de santé pour toutes les personnes vivant avec le VIH :

- Aidez les personnes séropositives à se mettre en relation avec les services de soins de santé cliniques appropriés.
- Des consultations de conseil répétées peuvent maximiser la prise de contact avec des équipes multidisciplinaires.
- Dépistez les besoins en santé mentale tels que la dépression et l'anxiété (ou la démence sénile et le dysfonctionnement cognitif dans le cadre de la progression de la maladie) et fournissez des orientations vers les services spécialisés. Il est important de donner aux interventions en santé mentale le même poids que les besoins physiques et d'identifier des soins de santé qui s'intègrent facilement à d'autres interventions.
- Orientez les clients vers des groupes de soutien dans la mesure du possible.
- Conseillez les clients sur l'accès à d'autres soins sexuels et reproductifs, y compris la prévention et le dépistage des IST.
- Conseillez sur les risques/avantages de la divulgation du statut VIH aux partenaires, à la famille et aux employeurs, en tenant compte du risque de stigmatisation, de violence et d'isolement qu'elle peut entraîner. Les prestataires doivent être au courant de la législation en vigueur sur le plan national, car la divulgation en toute sécurité peut ne pas être autorisée.



- Avisez les clients qu'ils peuvent avoir une vie longue et de bonne qualité, continuer à entretenir des relations saines et heureuses et éviter la transmission du VIH à leurs partenaires sexuels (et pour les personnes enceintes, de façon périnatale), dès lors qu'ils suivent un traitement qui réduit le VIH à une charge virale indétectable.

## 5.2 Traitement antirétroviral

### 5.2.1 Principaux faits

- Toutes les personnes vivant avec le VIH devraient avoir accès à un TAR et bénéficier d'un soutien à cet égard, consistant en une association de médicaments antirétroviraux. Le TAR protège le système immunitaire et prévient la progression de la maladie et la transmission du VIH en réduisant la charge virale, ce qui réduit considérablement la morbidité et la mortalité.
- Pour toutes les personnes vivant avec le VIH, l'OMS recommande la prise d'un TAR dès que possible après le diagnostic, sans aucune restriction du taux de CD4. La priorité est de commencer le traitement le plus tôt possible.
- Les prestataires doivent être au courant des lignes directrices locales pour mettre en route le traitement du VIH.
- Les lignes directrices mondiales recommandent de mettre en route un TAR chez tous les enfants, les adolescents, les personnes enceintes et allaitantes et les adultes vivant avec le VIH, quel que soit le stade clinique de l'OMS et quel que soit leur taux de CD4 [24]. Si les ressources ne le permettent pas, la mise en route d'un TAR doit viser en priorité les personnes suivantes :
  - tous les enfants, les adolescents et les adultes atteints d'une maladie clinique grave ou avancée du VIH
  - les adultes dont le taux de CD4 est  $\leq 350$  cellules/mm<sup>3</sup>
  - les enfants de  $< 5$  ans présentant un stade clinique OMS III ou IV ou un taux de CD4  $\leq 750$  cellules/mm<sup>3</sup> [25].

### 5.2.2 Ce que le prestataire doit savoir

- Toutes les personnes vivant avec le VIH devraient prendre un TAR.
- Le prestataire doit prendre connaissance des lignes directrices locales en matière de thérapie.
- Il doit connaître les associations médicamenteuses de TAR disponibles localement et les méthodes d'approvisionnement conformément aux lignes

directrices nationales. Si le traitement n'est pas fourni sur place, il doit savoir où s'adresser pour l'obtenir.

- Le suivi de la charge virale est la méthode recommandée pour déterminer le degré d'efficacité du TAR. La charge virale peut être utilisée pour établir s'il y a échec du traitement ou sa non-observance. Lorsqu'une personne vivant avec le VIH a une charge virale inférieure au seuil de détection à l'aide de tests viraux, on parle de « suppression virale ». Lorsque le virus est indétectable, il est également non transmissible. La charge virale doit être mesurée et vérifiée au plus tard 6 mois après le début du traitement, et si elle est indétectable, au moins tous les 12 mois. Si une charge virale est détectable, fournir un soutien afin d'améliorer l'observance du traitement et répéter les tests dans 3 mois [26].
- Pour les personnes vivant avec le VIH dont la charge virale est mesurée et qui sont stables sous TAR, il n'y a pas de risque à arrêter les tests du taux de CD4 ce qui contribue à réduire les coûts. Les tests de charge virale au point de service ou les tests de la goutte de sang séché sont de plus en plus disponibles et peuvent améliorer l'accès et des soins rapides [25].
- Le succès du TAR dépend de l'observance du traitement. Les adolescents sont à haut risque d'être perdus de vue au cours du suivi et de faire preuve de manque d'observance. Plusieurs stratégies peuvent être déployées pour favoriser le maintien de l'observance chez tous les groupes : des conseillers pairs, des SMS sur leur téléphone mobile, des dispositifs de rappel et le soutien social.

### 5.2.3 Ce que le prestataire doit faire

- Fournir des informations et des conseils aux clients sur les raisons pour lesquelles le TAR est important, ses avantages, ce que le traitement impliquera, les effets secondaires possibles et planifier le suivi, même s'ils sont orientés vers des services spécialisés.
- Les clients doivent être informés que le TAR peut réduire considérablement la charge virale, qu'il ne s'agit que d'une des nombreuses interventions qui réduisent la transmission du VIH et qu'ils doivent continuer à se livrer à des pratiques sexuelles à moindre risque pour prévenir la grossesse et/ou d'autres IST.
- Établir le taux de CD4 avant le traitement, le cas échéant. Conseiller sur l'observance du traitement et orienter vers des services de soutien si nécessaire. Plusieurs stratégies de base peuvent être suggérées pour améliorer l'observance : réglage d'une alarme, prise des comprimés immédiatement après un repas ou après le brossage des dents.



- Surveiller les clients sous TAR pour encourager l'observance, vérifier que le traitement fonctionne et dépister d'autres infections. S'il est confirmé que l'association médicamenteuse initiale ne fonctionne pas, il convient de prescrire un autre schéma thérapeutique au client-e ou de l'orienter vers des services spécialisés pour se soumettre à un examen.
- Recommander le premier suivi avant 6 mois ou plus tôt.

### 5.2.3.1 Tests du taux de CD4 et de la charge virale

La charge virale est la quantité d'ARN du VIH dans un échantillon sanguin. Le taux de CD4 mesure les globules blancs (lymphocytes T) et est un marqueur de la fonction immunitaire. À mesure que la charge virale diminue, le taux de CD4 augmente.

Lorsqu'ils sont disponibles, les tests de numération des cellules CD4 sont recommandés pour :

- indiquer le niveau de référence de la maladie au moment du diagnostic pour tous les clients, qu'ils commencent un TAR ou non
- évaluer quels clients ont besoin d'une orientation urgente pour un TAR ou un traitement prophylactique (par ex. PPE)
- aider à diagnostiquer d'autres comorbidités telles que le type de pneumonie

En l'absence de tests du taux de CD4 disponibles :

- Personne ne devrait se voir refuser un traitement. Les clients peuvent faire l'objet d'un suivi clinique et d'un test de charge virale afin d'identifier ceux à haut risque de progression du VIH.
- Il appartient au prestataire de se tenir au courant de tout changement dans la disponibilité des tests du taux de CD4 dans sa localité, car il s'agit de la méthode optimale pour évaluer le risque de progression de la maladie.

### 5.2.4 Ce que les clients doivent savoir

- Le manque d'informations concernant le traitement du VIH est l'une des causes de la mauvaise observance, qui conduit à l'échec du traitement et à la résistance aux médicaments. Assurez-vous que les informations fournies aux clients sont compréhensibles, complètes, correctes et fournies d'une manière positive, sans stigmatisation et habilitante pour aider chacune et à chacun à décider personnellement de commencer ou non un traitement.

- Le TAR est efficace pour empêcher la progression de l'infection par le VIH en supprimant le virus et en protégeant le système immunitaire. Plus court est le délai entre le diagnostic du VIH et la mise en route du TAR, meilleurs sont les résultats. C'est particulièrement important pour les personnes enceintes et qui allaitent.
- La décision de commencer le TAR appartient au client-e. Il convient d'inciter les clients à poser des questions et à revenir consulter pour obtenir de plus amples conseils s'ils ne sont pas décidés ou s'ils changent d'avis.
- Il peut se produire un risque accru d'infections opportunistes au cours des 3 premiers mois de traitement, et celles-ci sont plus probables chez les clients dont la maladie à VIH est plus avancée.
- Les clients devront continuer de prendre un TAR pendant le restant de leur vie et de revenir pour des consultations de suivi si nécessaire.
- Pour rester en bonne santé, il est important de prendre son TAR de manière régulière, faute de quoi le risque d'échec du traitement et de résistance aux médicaments s'en trouve augmenté.
- Il est important aussi de discuter avec les clients des questions liées aux effets secondaires, aux interactions médicamenteuses et à la lassitude vis-à-vis du traitement, ainsi que la possibilité de recevoir un soutien à l'observance.

## 5.3 Évaluation et prise en charge des co-infections et des comorbidités courantes

Toutes sortes de co-infections, de comorbidités et d'autres problèmes de santé sont fréquentes chez les personnes vivant avec le VIH et ont des implications sur leur traitement et leurs soins, y compris le moment de la prise et le choix des médicaments antirétroviraux.

Les personnes vivant avec le VIH devraient avoir accès à la prévention, au dépistage et à la prise en charge de diverses co-infections, comorbidités et autres problèmes de santé concomitants (voir l'[Annexe 1](#)). Pour plus d'informations, voir également le [Chapitre 6: Infections sexuellement transmissibles](#) et le [Chapitre 8: Gynécologie et autres soins de santé reproductive](#). L'[Encadré 5](#) (page suivante) résume la prophylaxie au co-trimoxazole.





### ENCADRÉ 5 : Prophylaxie au co-trimoxazole

La prophylaxie au co-trimoxazole est une intervention faisable, bien tolérée et peu coûteuse pour réduire la morbidité et la mortalité liées au VIH chez les personnes vivant avec le VIH. Le co-trimoxazole est un médicament hors brevet qui est largement disponible dans les contextes à ressources limitées.

Il s'agit d'une association à dose fixe de deux agents antimicrobiens (sulfaméthoxazole et triméthoprime) utilisés pour traiter une variété d'infections bactériennes, fongiques et protozoaires.

La prophylaxie au co-trimoxazole doit être mise en œuvre en tant que partie intégrante des soins de santé liés au VIH. Cela comprend sa mise en route chez les adultes, les adolescents, les personnes enceintes et les enfants vivant avec le VIH pour la prévention de la pneumonie à pneumocystis, de la toxoplasmose et des infections bactériennes, et les avantages pour la prophylaxie du paludisme.

À mesure que le virus détruit et altère la fonction des cellules immunitaires, les personnes vivant avec le VIH deviennent progressivement immunodéprimées, ce qui accroît leur vulnérabilité à un large éventail d'infections, de cancers et d'autres maladies que les personnes pourvues d'un système immunitaire sain parviennent à combattre. Les principales interventions pour lutter contre le paludisme comprennent un diagnostic précoce, un traitement rapide et efficace avec des polythérapies à base d'artémisine et l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide et de pulvérisations d'insecticide résiduel à l'intérieur pour lutter contre les moustiques vecteurs.

Dans les contextes où le paludisme et/ou les infections bactériennes sévères sont très répandus, la prophylaxie au co-trimoxazole doit être mise en route indépendamment du taux de CD4 ou du stade de progression de la maladie.

Source : OMS [17].

#### 5.3.1 Maladies non transmissibles

Les prestataires doivent savoir ce qui suit :

- Le lien entre le VIH et des maladies non transmissibles est fortement influencé par les taux accrus de survie grâce à l'efficacité du TAR, par des facteurs liés au mode de vie et à l'environnement, par des pathologies associées à la vieillesse et, dans certains cas, par des complications à long terme du TAR.
- Par rapport aux personnes séronégatives, les personnes vivant avec le VIH courent un risque plus élevé de maladies cardiovasculaires, dont les causes sont multifactorielles, y compris un risque accru en raison du tabagisme et des effets de la vieillesse.
- Les personnes vivant avec le VIH sont également à risque d'autres pathologies liées à l'âge telles que le diabète, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, les maladies rénales et les cancers.
- Les prestataires de soins de santé sexuelle et reproductive ont un rôle à jouer dans l'identification de ces pathologies et l'orientation des clients vers des services appropriés, le cas échéant, afin d'améliorer la santé des personnes vivant avec le VIH [24].
- Dans la mesure du possible, fournissez des interventions intégrées telles qu'un conseil nutritionnel, le renoncement au tabac, le traitement de la toxicomanie, la promotion de l'exercice physique et la prise en charge des maladies non transmissibles (tension artérielle, cholestérol).



## 6. Prévention de la transmission périnatale

La transmission périnatale du VIH, également appelée transmission verticale, désigne la transmission du VIH d'une personne vivant avec le VIH à son bébé pendant la grossesse, le travail, l'accouchement ou l'allaitement. La prévention se concentre sur la mise en route précoce du TAR chez les personnes vivant avec le VIH et sur leur maintien en bonne santé.

La prévention de la transmission périnatale ne devrait pas viser exclusivement les personnes enceintes vivant avec le VIH. Un résumé des stratégies visant à réduire la transmission est présenté au *Tableau 1*.

**TABLEAU 1 : Quatre composantes d'une stratégie globale de prévention de la transmission périnatale**

<b>Prévention primaire de l'infection par le VIH chez les femmes en âge de procréer</b>	On entend par là les soins de santé tels que l'information/le conseil sur le VIH, le traitement comme prévention, le dépistage et la prise en charge des IST, la promotion du préservatif, la PrEP, le dépistage du VIH pour les femmes en âge de procréer, y compris les personnes enceintes et les femmes qui allaitent et qui ne vivent pas avec le VIH
<b>Prévention des grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH</b>	On entend par là les soins de santé tels que l'information et le conseil de soutien à la santé sexuelle et reproductive fondée sur les droits, y compris l'accès à un éventail d'options contraceptives et à des soins liés à l'avortement sécurisé
<b>Prévention de la transmission du VIH de la mère vivant avec le VIH à son enfant</b>	On entend par là les soins de santé tels que la mise en route du TAR chez toutes les personnes enceintes vivant avec le VIH (ou l'orientation vers des services spécialisés), les informations sur le traitement, le soutien à l'observance pendant la grossesse et l'allaitement, le soutien nutritionnel au tout début de la prise du traitement antirétroviral et de l'allaitement, des conseils sur l'allaitement et la nutrition, la prophylaxie du VIH pour les nourrissons exposés au VIH conformément aux lignes directrices, la facilitation ou la fourniture d'accouchements en établissement de santé
<b>Fourniture du traitement adapté, des soins et du soutien aux femmes vivant avec le VIH, leurs enfants et leurs familles</b>	<p>Pour les nourrissons exposés au VIH, on entend par là un test diagnostique précoce du nourrisson conformément aux lignes directrices, la mise en route du TAR pour les nourrissons diagnostiqués avec le VIH conformément aux lignes directrices.</p> <p>Pour les femmes et leurs partenaires séropositifs, on entend par là le conseil en couple sur la planification familiale et le soutien à l'observance tout au long du traitement.</p>

Source : OMS [27].

### 6.1 Considérations pour les personnes enceintes

- Les personnes enceintes courent un risque plus élevé de contracter le VIH et de transmettre le virus au bébé lors de l'accouchement et de l'allaitement. Les activités de prévention de la transmission périnatale du VIH sont des ensembles de services fondés sur les droits d'interventions centrées sur les clients qui réduisent les risques à cet égard.
- Les femmes vivant avec le VIH sont exposées à des VSBG et à un accès non équitable aux soins de santé.
- La prévention de la transmission périnatale comprend la fourniture de TAR aux personnes enceintes vivant avec le VIH.
- Un suivi et des tests réguliers du nourrisson pendant l'allaitement sont essentiels et doivent être organisés localement ou orientés vers des services spécialisés.



### Quels sont les avantages d'empêcher la transmission périnatale ?

- Une réduction du nombre de nourrissons séropositifs et une augmentation du nombre de nourrissons testés à la naissance (diagnostic précoce du nourrisson). À l'échelle mondiale, seulement 50 % des nourrissons exposés au VIH font l'objet d'un test de dépistage au cours des huit premières semaines de leur vie et seulement 30 % d'entre eux sont mis en rapport avec des services de soins de santé offrant des TAR.
- Dans ce contexte, la prévention de la transmission périnatale fournit un point d'entrée pour des soins de santé sexuelle et reproductive et d'autres soins médicaux plus larges pour les mères et leurs bébés, et les personnes non enceintes vivant avec le VIH. Il s'agit notamment du dépistage des IST, du dépistage du cancer du col de l'utérus, de la contraception, des soins liés à l'avortement sécurisé et de la prévention des VSBG.

### Qui peut fournir ces soins de santé ?

- Un large éventail de prestataires de soins de santé en fonction du partage des tâches et des lignes directrices locales.

Les recommandations pour les personnes enceintes sont résumées dans l'*Encadré 6*.

## 6.2 Choix contraceptifs pour les femmes à haut risque de VIH ou vivant avec le VIH

La prévention des grossesses non désirées fait également partie d'un ensemble de soins visant à réduire la transmission périnatale du VIH.

Pour les femmes à haut risque d'infection par le VIH :

- Le risque d'une personne de contracter une infection par le VIH ne limite pas son choix de méthode contraceptive.
- Les femmes à risque élevé de contracter le VIH remplissent les critères pour utiliser toutes les méthodes contraceptives sans aucune restriction (Critère de recevabilité médicale de Catégorie 1) dont la pilule de progestatif seul ; le contraceptif injectable à base d'acétate de médroxyprogestérone retard administré par voie intramusculaire ou sous-cutanée (AMPR-IM:SC) et le contraceptif injectable à la noréthistérone sous forme d'énanthate ; des implants de lévonogestrel et d'étonogestrel ; des dispositifs intra-utérins au cuivre et au lévonogestrel ; et des méthodes contraceptives hormonales combinées (contraceptifs oraux combinés, contraceptifs injectables combinés, patchs contraceptifs combinés et anneaux vaginaux combinés) [28] (voir le *Chapitre 4 : Contraception, Annexe 1*)

### ENCADRÉ 6 : Recommandations pour les personnes enceintes vivant avec le VIH

- L'OMS recommande de ne pas recommander systématiquement l'accouchement par césarienne chirurgical élective/programmée aux femmes vivant avec le VIH.
- Pour toutes les personnes enceintes, quel que soit le moment de la mise en route du TAR, il convient d'effectuer un test de charge virale à 34–36 semaines de grossesse (ou au plus tard à l'accouchement) pour détecter les personnes à risque d'échec du traitement et/ou susceptibles d'accoucher de nourrisson à risque plus élevé de transmission périnatale.
- Un clampage tardif du cordon (effectué environ 1 à 3 minutes après la naissance) est recommandé pour toutes les naissances tout en commençant simultanément les soins essentiels du nouveau-né.
- Le TAR doit être mis en route chez toutes les personnes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH, quel que soit le stade clinique de l'OMS et quel que soit le taux de CD4, et ce pour le restant de la vie.
- Pour toutes les personnes qui allaitent, indépendamment du moment où le TAR a été mis en route, effectuer un test de charge virale 3 mois après l'accouchement et tous les 6 mois par la suite pour déceler les épisodes de virémie pendant la période postnatale.
- Les femmes vivant avec le VIH devraient allaiter pendant au moins 12 mois et peuvent continuer à allaiter jusqu'à 2 ans ou plus tout en étant pleinement soutenues pour l'observance du TAR.

Source : OMS [26].



Pour les femmes vivant avec le VIH :

- L'utilisation de la contraception pour celles désireuses d'empêcher une grossesse devrait être offerte aux femmes vivant avec le VIH, sans toutefois que jamais son utilisation ne se fasse sous la contrainte. Pour les femmes désireuses de tomber enceintes, il convient de discuter avec elles des stratégies en vue de réduire le risque de transmission périnatale du VIH et les proposer.
- Les options contraceptives pour les femmes vivant avec le VIH sont résumées sous les Critères de recevabilité médicale pour l'utilisation de contraceptifs hormonaux (voir le [Chapitre 4: Contraception, Annexe 1](#)).
- En raison des interactions possibles entre certains contraceptifs hormonaux et certains médicaments antirétroviraux, les prestataires doivent se référer aux recommandations sur les interactions antirétrovirales (disponibles dans les Critères de recevabilité médicale – voir le [Chapitre 4: Contraception, Annexe 1](#)) lors de leur conseil aux clients vivant avec le VIH sur l'efficacité contraceptive. Toute personne vivant avec le VIH qui prend des médicaments antirétroviraux doit discuter avec son prestataire de leur impact potentiel sur l'efficacité de sa méthode contraceptive, car les recommandations diffèrent à différents stades du VIH.
- Cela souligne la nécessité de disposer d'une gamme complète de contraceptifs, de choix éclairés et de prestataires de soutien, afin que les femmes vivant avec le VIH sentent qu'elles peuvent explorer leurs options en profondeur. Selon les Critères de recevabilité médicale (voir le [Chapitre 4: Contraception, Annexe 1](#)), les femmes atteintes d'une infection asymptomatique par le VIH et les femmes atteintes du sida peuvent utiliser la plupart des méthodes de contraception de manière sûre et efficace.
- Le préservatif (masculin et féminin) demeure l'unique méthode contraceptive qui peut également réduire la transmission du VIH et d'autres IST.

### 6.2.1 Ce que le prestataire doit faire

Les prestataires qui travaillent dans un établissement de santé prénatale disposent d'une multitude d'opportunités pour fournir un ensemble d'interventions de prévention du VIH. Parmi elles :

- Empêcher l'infection à VIH chez les femmes à haut risque par un conseil sur le dépistage du VIH, l'utilisation de méthodes barrière, la PrEP et la PPE, et le dépistage et le traitement des IST chez les personnes vivant avec le VIH.
- Empêcher la transmission du VIH au fœtus en identifiant les femmes vivant avec le VIH et en les conseillant sur l'importance de la prise de TAR et de l'observance.

- Assurer un suivi et un soutien continu aux femmes vivant avec le VIH et à leurs familles et organiser et encourager des liens plus forts vers des soins de santé sexuelle et reproductive plus larges pour les personnes vivant avec le VIH.
- Conseiller sur la contraception après l'accouchement pour prévenir les grossesses non désirées (voir le [Chapitre 4: Contraception](#)).
- Fournir des informations sur les pratiques d'alimentation du nourrisson, le diagnostic précoce du nourrisson et l'orientation vers des services spécialisés pour un suivi et un soutien si ces services ne sont pas disponibles localement.

Il s'agit d'une parfaite occasion pour les prestataires de discuter de l'accouchement en milieu médicalisé, de conseiller sur les pratiques d'accouchement sans risque et de dépister les VSBG. Il est possible qu'il faille orienter des clientes vers des services spécialisés pour recevoir d'autres conseils et traitements.

Pour les femmes non enceintes, le prestataire doit :

- Conseiller toutes les adolescentes sur les bienfaits du TAR et de la contraception.
- Conseiller toutes les femmes vivant avec le VIH sur les avantages de la contraception.
- Conseiller toutes les femmes sur des mesures préventives plus larges telles que l'utilisation de méthodes barrière.

## 6.3 Santé mobile et numérique et prise en charge autonome dans la prévention et le traitement du VIH

### 6.3.1 Santé mobile et numérique

Les téléphones mobiles, Internet ou d'autres plateformes numériques (par exemple des SMS, des applications de médias sociaux, des applications/sites Web de rencontres) offrent une opportunité sans précédent de toucher et d'impliquer les communautés et les clients afin d'améliorer la santé sexuelle et reproductive, y compris la prévention et les soins liés aux IST et au VIH. Il existe de nombreuses stratégies pour concevoir et utiliser des outils technologiques en vue d'améliorer l'état de santé de la population, y compris la façon dont ces outils peuvent aider les établissements de santé à améliorer l'efficacité, la couverture et la qualité des soins, et à s'attaquer aux comportements à risque pour la santé parmi les populations clés.

Pour plus d'informations sur l'intégration de la santé mobile et numérique dans les programmes IST/VIH, voir le [Chapitre 6: Infections sexuellement transmissibles, Section 2.2.1](#).



### 6.3.2 Prise en charge autonome et autodépistage du VIH

L'autodépistage du VIH est un moyen sûr, précis et efficace d'atteindre les personnes qui, autrement, pourraient ne pas soumettre à un test de dépistage du VIH. Il a été démontré que l'autodépistage du VIH est une option habilitante, discrète et hautement acceptable pour de nombreux utilisateurs, y compris parmi les populations clés, telles que les jeunes, entre autres groupes. L'autodépistage du VIH contribue à accroître l'autonomie des clients, à décentraliser les soins de santé et à créer une demande de dépistage du VIH parmi les populations que n'atteignent pas les soins existants.

Avec l'autodépistage du VIH, la personne utilise un kit de test du VIH simple et rapide pour recueillir son propre échantillon, effectuer le test et interpréter son résultat, à un moment et à un endroit qui lui conviennent. Les personnes qui obtiennent un résultat de test réactif doivent demander un autre test à un prestataire de soins de santé. Si l'autotest suivant est négatif, un nouveau test n'est nécessaire que pour les personnes à risque continu et celles qui ont signalé une exposition potentielle au VIH au cours des 12 semaines précédentes.

L'OMS recommande que l'autodépistage du VIH soit proposé comme approche supplémentaire au dépistage du VIH [29,30].

## 6.4 Points à prendre en compte dans les situations de crise humanitaire

### 6.4.1 Prévention et traitement du VIH dans les situations humanitaires et de crise

La prévalence d'IST, y compris du VIH, peut augmenter dans des situations d'urgence dans les cas de manque de soins de santé pour la prévention, le dépistage et le traitement. Les IST peuvent avoir un impact sérieux sur la santé sexuelle et reproductive et certaines peuvent augmenter le risque d'infection à VIH.

Pour les personnes vivant avec le VIH qui ont déjà mis en route un TAR, la perturbation ou l'arrêt du traitement pourrait entraîner le développement d'une résistance aux médicaments antirétroviraux et augmenter considérablement la probabilité de maladie grave, voire de décès. Il est vital de faire en sorte que les personnes sous antirétroviraux poursuivent leur traitement.

Lors du déclenchement d'une crise, il n'est pas faisable de mettre en place une campagne de dépistage systématique du VIH pour l'ensemble de la population. La seule exception tient au dépistage du VIH et au conseil dans le contexte de la prévention des programmes de transmission périnatale, qu'il est impératif de poursuivre afin de réduire le risque d'infection par le VIH du fœtus et du nourrisson.

Il est indispensable de rétablir des moyens de dépistage du VIH dès que toutes les autres priorités au titre du Dispositif minimum d'urgence (DMU) auront été remplies. C'est ce qui permettra de faire en sorte de mettre en route un TAR rapidement pour les personnes séropositives. L'OMS recommande la mise en route du TAR chez toutes les personnes vivant avec le VIH, quel que soit le stade clinique de l'OMS et quel que soit leur taux de CD4 [25].

La prophylaxie au co-trimoxazole est un médicament simple et bien toléré pour prévenir les infections opportunistes chez les personnes vivant avec le VIH. Elle est recommandée pour les adultes (y compris les personnes enceintes), les nourrissons, les enfants et les adolescents infectés par le VIH, ainsi que pour les clients infectés par le VIH et atteints de tuberculose active [17].

### Objectif n° 3 du DMU : Empêcher la transmission et réduire la morbidité et la mortalité dues au VIH et à d'autres IST

- Établir une utilisation sûre et rationnelle des transfusions sanguines
- Assurer l'application des précautions standard
- Garantir la disponibilité de préservatifs masculins gratuits et, le cas échéant (par exemple s'ils sont déjà utilisés par la population) assurer la distribution de préservatifs féminins, ainsi que de lubrifiants compatibles avec les préservatifs
- Soutenir la fourniture d'antirétroviraux (ARV) pour permettre aux personnes qui étaient déjà sous traitement antirétroviral (TAR) avant la situation d'urgence de poursuivre leur traitement sans interruption, y compris les femmes qui étaient inscrites à des programmes de PTME
- Fournir une PPE aux victimes de violence sexuelle, le cas échéant, et en cas d'exposition dans le cadre professionnel
- Soutenir la fourniture d'une prophylaxie au co-trimoxazole pour prévenir les infections opportunistes chez les patients diagnostiqués avec le VIH ou déjà connus comme vivant avec le VIH
- Assurer la disponibilité dans les établissements de santé de la prise en charge syndromique des IST

Source : IAWG [31].



La PPE pour le VIH doit être mise à la disposition des survivant·e·s de VSBG et de celles et ceux qui peuvent avoir été accidentellement exposés à du sang (par exemple, un agent de santé ayant subi une blessure par piqûre d'aiguille).

Les mesures visant à réduire la transmission des IST et du VIH doivent prévoir la disponibilité et la distribution abondantes de préservatifs gratuits. Il est essentiel de s'assurer que des préservatifs masculins et féminins sont disponibles (lubrifiés ou avec des lubrifiants compatibles avec les préservatifs, selon les besoins) dans tous les lieux appropriés (sur site ou hors site), dès les premiers jours d'une intervention humanitaire, dans la mesure où ce sont les préservatifs qui offrent la meilleure protection contre les IST, y compris le VIH.

## 7. Bibliographie

- [1] Organisation mondiale de la Santé. VIH/sida. Principaux faits [site Internet]. Novembre 2021. Disponible à : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>. Site consulté le 12 décembre 2021.
- [2] Organisation mondiale de la Santé. VIH/sida. Thèmes de santé [site Internet]. Disponible à : <https://www.who.int/health-topics/hiv-aids>. Site consulté le 24 octobre 2021.
- [3] Organisation mondiale de la Santé. Global health sector strategy on HIV: 2016–2021. Genève: OMS; 2016. Disponible à : <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIV-2016.05>. Site consulté le 24 octobre 2021.
- [4] Fédération internationale pour la planification familiale. IPPF comprehensive HIV services package. Londres: IPPF; 2020. Disponible à : <https://www.ippf.org/sites/default/files/2020-07/IPPf%20-%20Comprehensive%20HIV%20Services%20Package.pdf>. Site consulté le 24 octobre 2021.
- [5] Organisation mondiale de la Santé. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Genève: OMS; 2016. Disponible à : <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511124>. Site consulté le 17 février 2020.
- [6] Organisation mondiale de la Santé. Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. Genève: OMS; 2021. Disponible à : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>. Site consulté le 12 décembre 2021.
- [7] Organisation mondiale de la Santé. Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH : 5C : consentement, confidentialité, conseil, résultats corrects et connexion. Genève: OMS; 2015. Disponible à : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/275413>. Site consulté le 12 février 2020.
- [8] Organisation mondiale de la Santé. Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH face à l'évolution de l'épidémie. Genève: OMS; 2019. Disponible à : <https://www.who.int/fr/publications/i/item/WHO-CDS-HIV-19.31>. Site consulté le 24 octobre 2021.
- [9] Organisation mondiale de la Santé. Guidance on couples HIV testing and counselling including antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples: recommendations for a public health approach. Genève: OMS; 2012. Disponible à : [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44646/9789241501972\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44646/9789241501972_eng.pdf). Site consulté le 3 mars 2020.
- [10] Organisation mondiale de la Santé. Recommandations de l'OMS pour garantir la qualité des tests de dépistage du VIH. Genève: OMS; 2015. Disponible à : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254671>. Site consulté le 24 octobre 2021.
- [11] Organisation mondiale de la Santé. Lignes directrices sur l'autodépistage du VIH et la notification aux partenaires: supplément aux lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH. Genève: OMS; 2016. Disponible à : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272938>. Site consulté le 17 février 2020.
- [12] Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. Guide de terminologie de l'ONUSIDA. Genève: UNAIDS; 2015. Disponible à : [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2015\\_terminology\\_guidelines\\_fr.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_terminology_guidelines_fr.pdf). Site consulté le 2 mars 2020.
- [13] UNFPA, OMS, ONUSIDA. Déclaration de position sur les préservatifs et la prévention du VIH, des autres infections sexuellement transmissibles et des grossesses non désirées. Juillet 2015. Disponible à : [https://www.unaids.org/fr/resources/presscentre/featurestories/2015/july/20150702\\_condoms\\_prevention](https://www.unaids.org/fr/resources/presscentre/featurestories/2015/july/20150702_condoms_prevention). Site consulté le 28 février 2018.
- [14] Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. Condom and lubricant programming in high HIV prevalence countries. New York: ONUSIDA; 2014. Disponible à : [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/condoms\\_guidancenote\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/condoms_guidancenote_en.pdf). Site consulté le 28 février 2018.
- [15] Grant RM, Pellegrini M, Defechereux PA, et al. Sex hormone therapy and tenofovir diphosphate concentration in dried blood spots: primary results of the interactions between antiretrovirals and transgender hormones study. *Clin Infect Dis*. 2021;73(7):e2117–e2123.



- [16] Organisation mondiale de la Santé. WHO implementation tool for pre-exposure prophylaxis of HIV infection. Genève : OMS ; 2017. Disponible à : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255889>. Site consulté le 19 février 2020.
- [17] Organisation mondiale de la Santé. Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of co-trimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children: Recommendations for a public health approach – December 2014 supplement to the 2013 consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Genève : OMS ; 2014. Disponible à : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/145719>. Site consulté le 20 février 2020.
- [18] Organisation mondiale de la Santé. Preventing HIV through safe voluntary medical male circumcision for adolescent boys and men in generalized HIV epidemics: recommendations and key considerations. Genève : OMS ; 2020. Disponible à : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/333841>. Site consulté le 24 octobre 2021.
- [19] Farley TM, Samuelson J, Grabowski MK, Ameyan W, Gray RH, Baggaley R. Impact of male circumcision on risk of HIV infection in men in a changing epidemic context-systematic review and meta-analysis. *J Int AIDS Soc.* 2020;23:e25490.
- [20] Organisation mondiale de la Santé. Manual for male circumcision under local anaesthesia and HIV prevention services for adolescent boys and men. Genève : OMS ; 2018. Disponible à : <https://www.who.int/publications/i/item/manual-for-male-circumcision-under-local-anaesthesia-and-hiv-prevention-services-for-adolescent-boys-and-men>. Site consulté le 20 février 2020.
- [21] Organisation mondiale de la Santé. Guideline on the use of devices for adult male circumcision for HIV prevention. Genève : OMS ; 2013. Disponible à : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/93178>. Site consulté le 28 février 2020.
- [22] Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, International Network of People Who Use Drugs, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), Programme des Nations Unies pour le développement, Fonds des Nations Unies pour la population, Organisation mondiale de la Santé, Agence des Etats-Unis pour le Développement International. Implementing comprehensive HIV and HCV programmes with people who inject drugs: practical guidance for collaborative interventions. Vienne : Office des Nations Unies contre la drogue et le crime ; 2017. Disponible à : [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2017\\_HIV-HCV-programmes-people-who-inject-drugs\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2017_HIV-HCV-programmes-people-who-inject-drugs_en.pdf). Site consulté le 24 octobre 2021.
- [23] Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. HIV Prevention, Treatment, Care and Support for People Who Use Stimulant Drugs. Technical Guide. Vienne : ONUDC ; 2019. Disponible à : [https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/People\\_who\\_use\\_drugs/19-04568\\_HIV\\_Prevention\\_Guide\\_ebook.pdf](https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/People_who_use_drugs/19-04568_HIV_Prevention_Guide_ebook.pdf). Site consulté le 26 juin 2020.
- [24] Organisation mondiale de la Santé. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: Recommendations for a public health approach, second edition. Genève : OMS ; 2016. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549684>. Site consulté le 12 février 2020.
- [25] Organisation mondiale de la Santé. What's new in treatment monitoring: viral load and CD4 testing. Genève : OMS ; 2017. Disponible à : <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIV-2017.22>. Site consulté le 24 octobre 2021.
- [26] Organisation mondiale de la Santé. Updated recommendations on HIV prevention, infant diagnosis, antiretroviral initiation and monitoring. Genève : OMS ; 2021. Disponible à : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022232>. Site consulté le 24 octobre 2021.
- [27] Organisation mondiale de la Santé. Lignes directrices unifiées relatives à la santé et aux droits en matière de sexualité et de reproduction des femmes vivant avec le VIH. Genève : OMS ; 2019. Disponible à : <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789241549998>. Site consulté le 15 avril 2022.



- [28] Organisation mondiale de la Santé. Contraceptifs appropriés pour les femmes à risque élevé d'infection par le VIH. Manuel d'orientation – Recommandations concernant l'utilisation de méthodes contraceptives par les femmes exposées à un risque élevé d'infection par le VIH. Genève : OMS ; 2019. Disponible à : <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789241550574>. Site consulté le 2 mars 2020.
- [29] Organisation mondiale de la Santé. Lignes directrices consolidées sur les interventions d'autoprise en charge en matière : Santé sexuelle et reproductive et droits connexes. Genève : OMS ; 2019. Disponible à : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325721/WHO-RHR-19.14-fre.pdf?ua=1>. Site consulté le 24 octobre 2021.
- [30] Organisation mondiale de la Santé. L'OMS recommande l'autodépistage du VIH. Document de politique. Décembre 2016. Disponible à : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/251549/1/WHO-HIV-2016.21-eng.pdf>. Site consulté le 24 octobre 2021.
- [31] Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire. Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire. New York : IAWG ; 2018. Disponible à : <https://www.medbox.org/pdf/5e148832db60a2044c2d20ad>. Site consulté le 24 octobre 2021.





## 8. Annexes

### Annexe 1: Résumé des principales co-infections et comorbidités chez les personnes vivant avec le VIH

Infection	Principaux faits	Caractéristiques cliniques	Dépistage et diagnostic	Prophylaxie et traitement
<b>Tuberculose (TB) et cryptococcose</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infections opportunistes plus fréquentes et potentiellement mortelles pour les personnes vivant avec le VIH. L'une des principales causes de décès</li> <li>• La mise en route rapide d'un traitement antirétroviral (TAR) et la mise en œuvre des « 3 i » pour la lutte contre le VIH/la TB (intensification du dépistage de la tuberculose, traitement préventif à l'isoniazide (TPI) et contrôle des infections) sont essentielles pour prévenir la tuberculose et la mortalité due à la tuberculose associée au VIH</li> <li>• Les prestataires doivent être attentifs aux signes et traiter la personne ou l'orienter vers un centre spécialisé sans délai s'ils suspectent une infection ou si celle-ci a été diagnostiquée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fièvre</li> <li>• Toux de quelque durée que ce soit</li> <li>• Perte de poids</li> <li>• Sueurs nocturnes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépistage systématique avec l'algorithme contenant les caractéristiques cliniques</li> <li>• Identifier les clients référés en urgence pour le diagnostic de la tuberculose ou sous traitement préventif de la tuberculose</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'utilisation combinée du TPI et du TAR s'est avérée bénéfique à la fois pour la prévention de la tuberculose et de lutte contre la mortalité, y compris chez les personnes ayant un taux de CD4 élevé</li> <li>• Il est recommandé d'exclure la tuberculose au stade du test de dépistage du VIH</li> </ul>
<b>Méningite cryptococcique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infection opportuniste fréquente et principale cause de décès chez les personnes vivant avec le VIH avant et après le début du TAR, en particulier en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud-Est</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nécessite le diagnostic, le dépistage et la prévention de l'infection cryptococcique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schémas de mise en route, de consolidation et d'entretien</li> <li>• Contrôle et prise en charge des toxicités</li> </ul>



Infection	Principaux faits	Caractéristiques cliniques	Dépistage et diagnostic	Prophylaxie et traitement
<b>Infections sexuellement transmissibles (IST)</b>				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les IST peuvent causer des complications, être transmises à des partenaires sexuels et favoriser la transmission du VIH. Leur incidence est accrue chez les personnes vivant avec le VIH en raison de l'effet immunosuppresseur</li> <li>L'infection par le VIH peut également modifier le cours naturel d'IST, telles que l'infection par le virus de l'herpès simplex</li> <li>De plus, le HPV, la syphilis et d'autres IST sont observés chez les personnes atteintes d'une maladie à VIH avancée</li> <li>Il est nécessaire de bien dépister, diagnostiquer et traiter les IST, car la plupart des infections sont asymptomatiques, en particulier chez les femmes</li> <li>La présence d'une IST (symptomatique ou non) peut être un « signal d'alerte » pour un risque plus élevé de transmission du VIH, en particulier chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les travailleur-se-s du sexe</li> <li>Aviser les clients fréquentant les établissements de santé sexuelle et reproductive que les IST telles que la syphilis ou la gonorrhée augmentent de deux ou trois fois le risque d'acquisition ou de transmission du VIH</li> </ul>			
<b>Cancers de l'appareil reproducteur, y compris le cancer du col de l'utérus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Causés par la transmission sexuelle du HPV à haut risque (communément sous-types 16, 18)</li> <li>Curables en cas de diagnostic et de traitement précoces</li> <li>Les femmes vivant avec le VIH ont un risque plus élevé de précancer et de cancer invasif du col de l'utérus</li> <li>Le risque et la persistance de l'infection à HPV augmentent avec un taux de CD4 faible et une charge virale élevée en VIH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Au stade précancéreux, pas de symptômes</li> <li>Le cancer se manifeste par des saignements et un écoulement vaginaux anormaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avec cytologie ou inspection visuelle à l'acide acétique selon les protocoles locaux, indépendamment de la prise d'un TAR, du taux de CD4 ou de la charge virale</li> <li>Nécessite un dépistage plus fréquent que les femmes sans VIH et à tous les âges</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avec cryothérapie ou excision à l'anse large</li> <li>Vaccination contre le HPV recommandée avant le début d'une vie sexuelle active pour prévenir les cancers génitaux et les verrues génitales</li> </ul>
<b>Verrues génitales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Causées par la transmission sexuelle du HPV à faible risque (communément sous-types 16, 11)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Grosseurs de couleur chair, parfois en forme de chou-fleur</li> <li>Parfois douloureuses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Examen clinique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Excision</li> <li>Vaccination contre le HPV comme visée plus haut</li> </ul>



Infection	Principaux faits	Caractéristiques cliniques	Dépistage et diagnostic	Prophylaxie et traitement
<b>Hépatite virale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cause croissante de morbidité et de mortalité chez les personnes vivant avec le VIH dans certaines régions, y compris chez les personnes sous TAR</li> <li>• Une approche globale comprend la prévention, le dépistage du virus de l'hépatite B (VHB) et du virus de l'hépatite C (VHC), la vaccination contre l'hépatite B et le traitement et les soins pour les personnes vivant avec le VIH qui sont co-infectées par l'hépatite B et/ou l'hépatite C</li> </ul>			
<b>Hépatite B</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une infection chronique par le VHB touche 5 % à 20 % des personnes vivant avec le VIH dans le monde entier</li> <li>• Virus hématogène et transmis par le sperme et d'autres liquides organiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Signes de maladie aiguë et chronique (cirrhose du foie ou cancer du foie) – ictère de la peau et des yeux</li> <li>• Perte de poids</li> <li>• Douleurs abdominales</li> <li>• Démangeaisons cutanées</li> <li>• Coloration plus sombre des urines et selles claires/saignantes/foncées</li> <li>• Fatigue chronique</li> <li>• Nausées ou vomissements</li> <li>• Jambes et chevilles enflées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le diagnostic de l'hépatite B se fait par des prises de sang</li> <li>• Après le diagnostic, une évaluation du degré de dommages au foie est nécessaire</li> <li>• Depuis 2015, l'OMS recommande un traitement pour toutes les personnes ayant reçu un diagnostic d'infection par le VHB et le VIH, quel que soit le stade de la maladie du foie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les traitements par voie orale sont recommandés (ténofovir, entécavir) car ils sont les plus puissants à lutter contre le VHB</li> <li>• Prévention par la vaccination contre l'hépatite B</li> </ul>
<b>Hépatite C</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le VHC touche 5 % à 15 %, et jusqu'à 90 % des consommateurs de drogues injectables</li> <li>• Cause croissante de morbidité et de mortalité chez les personnes vivant avec le VIH dans certaines régions, y compris chez les personnes sous TAR et chez les consommateurs de drogues injectables par le partage de matériel d'injection</li> <li>• Transmission hématogène</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comme pour le VHB</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnostiqué par une recherche d'anticorps anti-VHC avec une prise de sang. Si le test est positif pour les anticorps anti-VHC, un test d'acide nucléique pour l'ARN du VHC est nécessaire pour confirmer l'infection chronique par le VHC (certaines personnes infectées par le VHC ont une réponse immunitaire forte et éliminent l'infection sans avoir besoin de traitement)</li> <li>• Après le diagnostic, une évaluation du degré de dommages au foie est nécessaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les médicaments antiviraux, appelés antiviraux à action directe (AAD), sont les traitements les plus récents et les plus efficaces</li> <li>• Il n'existe pas de vaccin pour l'hépatite C</li> </ul>

Source : Organisation mondiale de la Santé. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: Recommendations for a public health approach, second edition. Genève : OMS ; 2016. Organisation mondiale de la Santé. Guidelines for the prevention, care and treatment of people with chronic hepatitis B infection. Genève : OMS ; 2015. Organisation mondiale de la Santé. Guidelines for the care and treatment of persons diagnosed with chronic hepatitis C virus infection. Genève : OMS ; 2018. Organisation mondiale de la Santé [site Internet]. Hépatite B. Principaux repères. Juin 2022. Disponible à : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>. Site consulté le 27 juin 2022.

# Chapitre 8 :

## Gynécologie et autres soins de santé reproductive

# sommaire

<b>1. Introduction</b>	<b>286</b>
<b>2. Puberté</b>	<b>286</b>
<b>3. Prise en charge des pathologies gynécologiques courantes</b>	<b>287</b>
3.1 Saignements utérins anormaux	287
3.2 Fibromes utérins	289
3.3 Douleurs pelviennes	290
3.4 Ménopause	294
<b>4. Prise en charge des pathologies andrologiques courantes</b>	<b>295</b>
4.1 Hyperplasie bénigne de la prostate	295
4.2 Hydrocèle	296
4.3 Torsion testiculaire	296
4.4 Dysfonction érectile	297
<b>5. Groupes transgenres</b>	<b>298</b>
5.1 Anamnèse et examen physique	298
5.2 Thérapie chirurgicale et traitement médicamenteux	298
5.3 Maintien de routine de la santé	299



# sommaire (suite)

<b>6. Infertilité</b>	<b>299</b>
6.1 Causes et facteurs de risque	299
6.2 Évaluation en couple	300
6.3 Conseil et avis médicaux pour les couples vivant avec l'infertilité	300
6.4 Prise en charge et traitement	301
<b>7. Cancers de l'appareil reproducteur les plus courants</b>	<b>301</b>
7.1 Cancer du col de l'utérus	301
7.2 Cancer du sein	303
7.3 Cancer de la prostate	305
7.4 Autres cancers de l'appareil reproducteur	306
<b>8. Bibliographie</b>	<b>307</b>
<b>9. Annexes</b>	<b>310</b>
Annexe 1 : Options de traitement pour les clients transgenres et surveillance de l'hormonothérapie transgenre	310
Annexe 2 : Inspection visuelle avec l'acide acétique (IVA)	312
Annexe 3 : Description de la cryothérapie et de la résection à l'anse diathermique (RAD)	314
Annexe 4 : Résumé du risque de cancer du sein	316
Annexe 5 : Étapes pour l'auto-examen des seins	317



## 1. Introduction

La gynécologie fait référence au domaine de la médecine traitant du système reproducteur féminin, tandis que l'androgologie traite du système reproducteur masculin. Les personnes intersexuées, transgenres et transsexuelles peuvent avoir une combinaison d'organes reproducteurs féminins et masculins et de caractéristiques sexuelles, qu'ils soient présents à la naissance ou à la suite d'une ou plusieurs interventions médicales ou chirurgicales.

La santé reproductive fait référence à la santé du système reproducteur et des processus et fonctions de reproduction d'un individu, à tous les stades de sa vie. Une bonne santé reproductive sous-entend que chaque individu est en mesure d'avoir « une vie sexuelle satisfaisante et sûre », qu'il « a la capacité de se reproduire et la liberté de décider si, quand et combien d'enfants il souhaite avoir » [1].

Ce chapitre décrit les éléments essentiels de l'évaluation de la santé reproductive (dépistage, analyses, diagnostic) et de la prise en charge (traitement et/ou orientation) et couvre les pathologies gynécologiques et andrologiques courantes, les cancers de l'appareil reproducteur et l'infertilité. Pour plus d'informations sur l'évaluation initiale des clients, voir le [Chapitre 2 : Conditions nécessaires relatives à l'établissement de santé, antécédents et examen des clients](#).

### Sigles et abréviations

<b>AINS</b>	médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens
<b>DIU-LNG</b>	dispositif intra-utérin au lévonogestrel
<b>HBP</b>	hyperplasie bénigne de la prostate
<b>HPV</b>	papillomavirus humain
<b>IST</b>	infection sexuellement transmissible
<b>IVA</b>	inspection visuelle avec l'acide acétique
<b>MPI</b>	maladie pelvienne inflammatoire
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la Santé
<b>PDE5</b>	phosphodiesterase type 5
<b>PSA</b>	antigène prostatique spécifique
<b>SOPK</b>	syndrome des ovaires polykystiques
<b>SUA</b>	saignements utérins anormaux

## 2. Puberté

La puberté est l'étape de la vie à laquelle se produit la maturité sexuelle. La puberté se manifeste généralement plus tôt chez les filles que chez les garçons. Cette évolution se produit généralement entre l'âge de 8 et 13 ans pour les filles et de 9 et 14 ans pour les garçons. Elle provoque des changements physiques et affecte les garçons et les filles différemment. La puberté entraîne une série de transformations biologiques et physiques, y compris le développement de caractères sexuels secondaires et l'arrivée de la fécondité ([Tableau 1](#)). Les stades de Tanner sont couramment utilisés pour décrire l'apparition et l'évolution de la maturation pubertaire [2]. Les garçons et les filles sont évalués sur une échelle de cinq points. Le stade 1 correspond à la préadolescence, tandis que le stade 5 signifie que les organes génitaux ont atteint leur forme adulte finale par la taille et la forme. L'évolution

**TABLEAU 1 : Signes et symptômes de puberté**

	Garçons (9–14 ans)	Filles (8–13 ans)
<b>Signes et symptômes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Augmentation de volume des testicules (scrotum) et de la taille du pénis</li> <li>• Apparition des poils pubiens et sous les aisselles</li> <li>• Apparition de pilosité faciale</li> <li>• Développement des muscles, mue de la voix</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développement des seins (certains peuvent utiliser le terme « bourgeons mammaires »)</li> <li>• Apparition des poils pubiens et sous les aisselles</li> <li>• Augmentation de l'ampleur des hanches et des cuisses (accumulation de graisse)</li> <li>• Menstruations (arrivent généralement en dernier)</li> </ul>
	Garçons et filles peuvent avoir de l'acné et connaître une poussée de croissance	



se produit généralement de façon naturelle. En plus des changements physiques, la puberté peut se répercuter sur la santé mentale et émotionnelle de l'adolescent-e et certains adolescents peuvent faire état de dépression, d'anxiété et de comportements de prise de risque, tels que la consommation de substances et les rapports sexuels non protégés.

La puberté précoce, qui se caractérise par un début de maturité sexuelle plus tôt que la normale, commence avant l'âge de 8 ans pour les filles et avant l'âge de 9 ans pour les garçons. Les enfants atteints de puberté précoce peuvent ne pas atteindre leur pleine taille et éprouver des problèmes psychologiques et sociaux liés à leur apparence. Le terme de puberté tardive se caractérise par le déclenchement de la maturité sexuelle du corps plus tardivement qu'à l'âge normal (>14 ans). Tant la puberté précoce que la puberté tardive peuvent être la manifestation d'un trouble de la production hormonale et de troubles génétiques. Une prise d'antécédents, des examens et des analyses plus détaillés sont nécessaires pour en confirmer les causes sous-jacentes. Un conseil et un soutien mental devraient également être offerts aux clients et à leur famille au cours de ce processus. En plus de traiter les maladies sous-jacentes, des produits hormonaux peuvent être utilisés pour ralentir ou accroître le développement sexuel. Au besoin, les clients peuvent être orientés vers des services spécialisés.

## 3. Prise en charge des pathologies gynécologiques courantes

Les clientes peuvent présenter des symptômes qui nécessitent un examen gynécologique, une évaluation, des analyses et un traitement. Les procédures d'examen et d'évaluation sont décrites au *Chapitre 2: Conditions nécessaires relatives à l'établissement de santé, antécédents et examen des clients*. Cette section fournit plus d'informations sur les pathologies gynécologiques courantes que sont des saignements utérins anormaux, des fibromes utérins, des douleurs pelviennes, les troubles de la ménopause et l'infertilité.

### 3.1 Saignements utérins anormaux

Les saignements menstruels normaux surviennent tous les 24 à 38 jours à un débit variable et durent généralement moins de 8 jours, sans saignement entre les règles. On entend par saignements utérins anormaux (SUA) tout écart par rapport au cycle menstruel normal, classé selon le système PALM-COEIN (*Tableau 2*).

Les termes diagnostiques, tels que ménorragie, métrorragie, oligoménorrhée et saignements utérins dysfonctionnels, ont été abandonnés car leur signification ou leur définition ne faisaient pas l'unanimité. Les SUA chroniques se caractérisent par la présence de SUA pendant la majeure partie des 6 mois précédents [3,4,5].

#### 3.1.1 Causes et facteurs de risque

Les causes de SUA sont multiples et chaque cliente peut présenter plusieurs pathologies sous-jacentes à la fois. Il arrive que dans certains cas, aucune cause ne soit trouvée. Les causes potentielles de SUA sont classées dans le système de classification PALM COEIN selon qu'il s'agit de causes structurelles ou de causes non structurelles (*Tableau 2*). Les causes les plus courantes de SUA comprennent les causes structurelles telles que les polypes (SUA-P), les fibromes (SUA-L) et les cancers de l'utérus ou du col de l'utérus (SUA-M); et les causes non structurelles comprennent les dysfonctionnements ovulatoires (SUA-O), les effets des méthodes contraceptives, telles que les dispositifs intra-utérins ou les pilules contraceptives orales (SUA-I) et les troubles hémorragiques (SUA-C). Ce système ne couvre pas les saignements vaginaux pendant la grossesse, tels que la grossesse extra-utérine ou l'avortement incomplet (voir *Chapitre 9: Santé maternelle*) ou les saignements liés à des causes infectieuses (voir *Chapitre 6: Infections sexuellement transmissibles*).

TABLEAU 2: Système de classification PALM-COEIN des saignements utérins anormaux

PALM (causes structurelles)	COEIN (causes non structurelles)
Polype (SUA-P)	Coagulopathie (SUA-C)
Adénomyose (SUA-A)	Ovulatoire – Dysfonctionnement ovulatoire (SUA-O)
Léiomyome (SUA-L)	Endométriose (SUA-E)
Malignité et hyperplasie (SUA-M)	Iatrogène (SUA-I)
	Non classé ailleurs (SUA-N)

Source : Munro et al. [5].



### 3.1.2 Évaluation et prise en charge des SUA chroniques (symptômes présents depuis $\geq 6$ mois)

#### 3.1.2.1 Anamnèse

En plus d'une anamnèse de base, les questions pour exclure des SUA chroniques devraient se concentrer sur l'exclusion de la grossesse, d'infections et de cancers de l'appareil reproducteur, et chercher à établir dans quelle mesure les symptômes sont gênants pour la personne concernée.

#### 3.1.2.2 Examen

Après examen physique général, procédez à l'examen de l'appareil reproducteur féminin comme décrit au *Chapitre 2 : Conditions nécessaires relatives à l'établissement de santé, antécédents et examen des clients*. Il est crucial de détecter s'il existe des signes cliniques d'anémie, des causes hormonales des SUA telles que l'hypothyroïdie ou des résultats pathologiques suspects tels que des polypes et le cancer.

En fonction du résultat de l'examen, effectuez d'autres examens tels que des prises de sang, des tests de la fonction thyroïdienne, des échographies, une biopsie d'endomètre ou un dépistage du cancer du col de l'utérus pour confirmer le diagnostic.

#### 3.1.2.3 Prise en charge de SUA chroniques

La prise en charge de SUA chroniques dépend de la cause sous-jacente. Lorsque des causes structurelles sont détectées, telles que des fibromes ou des tumeurs malignes, des interventions chirurgicales peuvent être nécessaires (voir la *Section 3.2.2* pour plus de détails sur les options de prise en charge des fibromes utérins). Lorsque la cause sous-jacente n'est pas structurelle, le traitement devrait s'attacher à remédier à tout effet préjudiciable sur la qualité de vie (vie sociale, emploi, bien-être psychologique et vie sexuelle) plutôt que sur la perte de sang menstruelle. Discutez avec la cliente de la panoplie des options de traitement disponibles. Si nécessaire, proposez-lui un contact de suivi pour procéder à une réévaluation.

Si la méthode par dilatation et curetage peut être utilisée pour évaluer l'endomètre à la recherche d'une hyperplasie ou d'une tumeur maligne, il ne s'agit pas d'un traitement efficace pour les SUA. La méthode d'aspiration manuelle intra-utérine peut être utilisée pour prélever des échantillons du tissu endométrial à des fins de biopsie.

L'hystérectomie n'est pas un traitement de première intention des SUA et n'est pas recommandée à moins que d'autres traitements n'aient échoué et que la cliente ne la souhaite à l'issue d'un conseil approprié.

Chez les adolescentes, les SUA surviennent le plus souvent en raison d'une anovulation persistante due à l'immaturité ou au dérèglement de l'axe hypothalamo-hypophysio-ovarien.

Les SUA chez les adolescentes peuvent être dues aussi à la prise de contraceptifs hormonaux, à une grossesse, à une infection pelvienne, à une coagulopathie ou à une tumeur. Jusqu'à 19 % des adolescentes atteintes de SUA qui nécessitent une hospitalisation peuvent avoir une coagulopathie sous-jacente, d'où l'importance du dépistage des troubles de la coagulation chez ces clientes [6].

Des SUA se manifestent le plus souvent chez les femmes âgées de 19 à 39 ans comme la conséquence d'une grossesse, de lésions structurelles (par ex. léiomyomes ou polypes), de cycles anovulatoires (par ex. syndrome des ovaires polykystiques [SOPK]), de la prise d'une contraception hormonale et d'une hyperplasie atypique de l'endomètre. Le cancer de l'endomètre est moins fréquent mais peut survenir chez ce groupe d'âge. Chez les femmes âgées à partir de 40 ans jusqu'à la ménopause, les SUA peuvent être dus à des saignements anovulatoires, ce qui constitue une physiologie normale en réponse à une baisse de la fonction ovarienne. Ils peuvent être dus aussi à une hyperplasie atypique de l'endomètre ou à un carcinome de l'endomètre, à une atrophie de l'endomètre et à des léiomyomes [6].

**Traitements de première intention des SUA chroniques chez les clientes non enceintes sans cause structurelle sous-jacente** (pour les saignements pendant la grossesse, voir le *Chapitre 9 : Santé maternelle*)

Pour les clientes qui ne veulent pas devenir enceintes :

- Le dispositif intra-utérin qui libère du lévonorgestrel (DIU au LNG) réduit les saignements, bien qu'il puisse mettre jusqu'à 12 mois avant d'atteindre son effet maximal [7].
- Si un DIU au LNG n'est pas une option acceptable, la prise par voie orale de noréthistérone et d'acétate de médroxyprogestérone peut diminuer le volume de saignements.

Pour les clientes dont le cycle menstruel est régulier, qui souhaitent devenir enceintes et ne souhaitent pas prendre d'hormones ou chez qui le traitement hormonal est contre-indiqué, proposez les traitements suivants pendant les règles comme traitements de première intention :

- Des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), tels que l'acide méfénamique et l'ibuprofène, si les clientes ne sont pas allergiques aux AINS.
- Des antifibrinolytiques, tels que l'acide tranexamique.
- Orientez les clientes qui souhaitent devenir enceintes mais qui ont des cycles irréguliers indicatifs d'une anovulation vers des services spécialisés pour une évaluation plus approfondie, tout en leur offrant un traitement temporaire parmi les options visées plus haut.





### Traitements de seconde intention

- Les traitements combinés à base d'œstrogènes et de progestatifs, tels que les pilules contraceptives orales combinées, sont efficaces lorsque des progestatifs seuls (par exemple, les DIU au LNG) n'ont pas eu d'effet ou ne sont pas acceptables pour la cliente.
- La cliente peut préférer des traitements chirurgicaux moins invasifs sous forme d'ablation et de résection de l'endomètre, qui sont de plus en plus largement disponibles dans les établissements de santé de niveau supérieur.

### 3.1.3 Évaluation et prise en charge de SUA aigus

Un petit nombre de clientes présentent des SUA aigus, qu'il s'agisse soit d'un nouvel épisode de saignement, soit d'un épisode qui s'ajoute à des antécédents connus de SUA chroniques.

La prise en charge immédiate dépend de la stabilité clinique de la cliente (à l'exclusion des signes de choc hypovolémique) et de son taux d'hémoglobine. La réduction immédiate des saignements peut être obtenue par l'association de noréthistérone ou d'acétate de médroxyprogestérone et d'acide tranexamique par voie orale. Un DIU au LNG ne constitue pas la première option pour des SUA aigus. En cas de saignements excessifs, des centres spécialisés peuvent envisager la prise d'œstrogènes par voie intraveineuse ou d'hormones de libération des gonadotrophines (GnRH).

## 3.2 Fibromes utérins

Les fibromes, également appelés léiomyomes, sont des tumeurs bénignes courantes de l'utérus constituées de cellules musculaires lisses et de fibroblastes, dont la taille varie de quelques millimètres à 30 cm voire plus. Ils se développent généralement lentement et persistent jusqu'à la ménopause, après quoi ils rétrécissent généralement. Leur prévalence est inconnue car ils sont souvent asymptomatiques.

Les fibromes peuvent causer des saignements menstruels abondants, des douleurs pelviennes, une dysménorrhée secondaire, des problèmes des voies urinaires (fréquence, urgence, incontinence urinaire ou hydronéphrose) et des problèmes intestinaux non spécifiques (ballonnements, constipation). Les fibromes peuvent également être associés à une sous-fécondité et, rarement, à des problèmes liés à une grossesse, tels que la nécessité d'une césarienne ou un accouchement prématuré, une mauvaise présentation, une fausse couche ou des douleurs aiguës causées par des changements dégénératifs lorsqu'un fibrome croît rapidement en présence de taux élevés d'hormones sexuelles pendant la grossesse, dépassant son apport sanguin [8].

### 3.2.1 Causes et facteurs de risque

Les fibromes se développent chez les femmes en âge de procréer et sont « favorisés et maintenus par l'exposition à l'œstrogène et au progestatif » [8]. Les facteurs de risque comprennent le vieillissement (de la puberté à la ménopause), la puberté précoce, l'obésité, l'ethnicité noire et des antécédents familiaux [8], tandis qu'une augmentation de la parité et la prise de contraception hormonale orale ou injectable diminuent le risque [9].

### 3.2.2 Prise en charge et traitement

Les prestataires de soins de santé doivent prendre les antécédents complets de la cliente et effectuer l'examen pertinent. L'évaluation diagnostique devrait exclure d'autres causes de SUA et de masses pelviennes [6]. Évaluez comment les fibromes affectent la qualité de vie de la cliente et si la cliente souhaite tomber enceinte. Si une intervention chirurgicale est envisagée, évaluez l'adéquation chirurgicale (par exemple, obésité, présence de comorbidités multiples ou chirurgie abdominale antérieure).

Il existe trois voies pour la prise en charge d'un fibrome utérin [10]:

- *La prise en charge expectative* convient aux clientes asymptomatiques ou dont les SUA ne provoquent pas d'anémie et qui souhaitent adopter une attitude d'attente sous surveillance.
- *La prise en charge médicale* de SUA associés à des fibromes est la même que pour les autres causes de SUA.
- *La prise en charge chirurgicale* peut être nécessaire pour traiter les complications des fibromes qui nuisent à la qualité de vie. Orientez la cliente vers des soins spécialisés pour une consultation en vue d'une intervention chirurgicale.
  - Une myomectomie ne procède qu'à l'élimination des fibromes et il s'agit de la méthode préférée pour les clients qui souhaitent préserver leur fécondité.

Une hystérectomie ou une ablation peut être appropriée pour les clientes qui ne souhaitent plus avoir d'enfants. Les clientes devraient être conseillées sur toutes les options de traitement disponibles et accessibles, avec une discussion sur les risques et les avantages des options de traitement pour guider le conseil et la prise de décision partagée [11].



### 3.3 Douleurs pelviennes

Les douleurs pelviennes peuvent être aiguës ou chroniques et peuvent provenir de l'appareil digestif, urinaire ou reproducteur. Cette section se concentre sur les conditions et les causes gynécologiques, mais pour les douleurs pelviennes aiguës et chroniques, il est important de considérer les causes non gynécologiques dans le cadre de l'évaluation.

#### 3.3.1 Douleurs pelviennes aiguës

##### 3.3.1.1 Causes

Les douleurs pelviennes aiguës peuvent être dues à une maladie pelvienne inflammatoire (MPI), une grossesse extra-utérine, une fausse couche, la mort du fœtus in utero, des crampes menstruelles (dysménorrhée), une torsion ovarienne, des kystes ovariens rompus ou d'autres causes, y compris des causes non gynécologiques [12].

##### 3.3.1.2 Anamnèse, examen et analyses

En plus d'une anamnèse dans ses grandes lignes, il est essentiel d'évaluer la gravité, l'emplacement, la fréquence et la durée des douleurs et les symptômes associés, tels que la dyspareunie, la dysurie et les nausées/vomissements. Les prestataires de soins de santé doivent garder à l'esprit que d'autres causes non gynécologiques, y compris l'appendicite, peuvent également causer des douleurs abdominales aiguës. Le *Tableau 3* montre les diagnostics différentiels de douleurs pelviennes aiguës.

Effectuer un examen et les tests pertinents pour confirmer le diagnostic, comme un test de grossesse et un examen pelvien bimanuel. L'absence d'une masse palpable n'exclut pas la présence de kystes ovariens ou d'une grossesse extra-utérine comme cause des douleurs. Le *Tableau 4* (page suivante) fournit des indices cliniques tirés de l'anamnèse et de l'examen de la cliente pour faciliter le diagnostic de douleurs pelviennes aiguës.

##### 3.3.1.3 Prise en charge

Lorsqu'une cliente présente des douleurs pelviennes aiguës, les prestataires de soins de santé doivent être attentifs à l'urgence possible d'une intervention chirurgicale (par exemple en cas de torsion ovarienne ou de grossesse extra-utérine). Lorsqu'il y a de fortes suspicions de complications graves et qu'une intervention chirurgicale n'est pas disponible dans l'établissement de santé, préparez la cliente et organisez son orientation vers des services spécialisés ou son transfert dès que possible.

#### 3.3.2 Douleurs pelviennes chroniques

Les douleurs pelviennes chroniques sont un symptôme, défini comme « des douleurs intermittentes ou constantes du bas-ventre ou du pelvis le bassin d'une femme qui durent depuis au moins 6 mois, ne se produisant pas exclusivement avec les menstruations ou les rapports sexuels et n'étant pas associées à une grossesse » [13].

**TABLEAU 3 : Diagnostic différentiel de douleurs pelviennes aiguës**

<b>Femmes en âge de procréer</b>
<b>Gastro-intestinales :</b> Appendicite ; obstruction intestinale ; diverticulite ; gastrite ; hernie inguinale ; syndrome du côlon irritable ; thrombose veineuse mésentérique ; abcès périrectal
<b>Gynécologiques :</b> Adénomyose ; fibrome utérin en dégénérescence ; grossesse extra-utérine ; endométriose ; syndrome intermenstruel ; torsion ovarienne ; maladie pelvienne inflammatoire ; kyste ovarien rompu ; abcès tubo-ovarien
<b>Urinaires :</b> Cystite ; pyélonéphrite ; urétérolithiase
<b>Autres :</b> Anévrisme aortique disséquant ; saturnisme ; simulation de maladie ; en quête de stupéfiants ; porphyrie ; crise de drépanocytose ; trouble de somatisation
<b>Femmes enceintes</b>
Hématome du corps jaune ; grossesse extra-utérine, endométrite (post-partum) ; torsion ovarienne ; thrombose de la veine ovarienne (post-partum) ; abruption placentaire ; impaction de l'utérus
<b>Adolescentes</b>
Similaires aux femmes en âge de procréer, avec ajout de l'hymen non perforé et du septum vaginal transversal
<b>Femmes ménopausées</b>
Similaires aux femmes en âge de procréer, moins la grossesse extra-utérine et la torsion ovarienne

Source : Reproduit/traduit avec la permission de Kruszka PS, Kruszka SJ. Evaluation of acute pelvic pain in women. Am Fam Physician. 2010;82(2):141-7.



**TABEAU 4 : Antécédents et indices d'examen physique pour le diagnostic de douleurs pelviennes aiguës**

Indices cliniques	Diagnostic possible
<b>Antécédents</b>	
Douleurs pelviennes bilatérales	MPI
Dysménorrhée	Endométriose, fibrome utérin
Dyspareunie	Endométriose, kyste ovarien
Dysurie	MPI, IVU
Hématurie grossière	Calcul rénal, IVU
Douleurs pelviennes du côté gauche	Diverticulite, calcul rénal, kyste ovarien rompu
Douleurs en milieu de cycle	Syndrome intermenstruel
Nausées et vomissements	Appendicite, torsion ovarienne
Migration de la douleur de la zone pérumbilicale dans le quadrant inférieur droit de l'abdomen	Appendicite
Rayonnement des douleurs vers l'aîne	Calcul rénal, torsion ovarienne
Douleurs pelviennes du côté droit	Appendicite, calcul rénal, torsion ovarienne, rupture d'un kyste ovarien
Fréquence urinaire	IVU
Saignements vaginaux	Grossesse extra-utérine, fibrome utérin
Écoulement vaginal	MPI
<b>Examen physique</b>	
Masse annexielle	Kyste lutéal du corpus, diverticulite du côlon, grossesse extra-utérine, endométriose, kyste folliculaire, MPI, fibromes utérins
Sensibilité abdominale bilatérale	MPI
Sensibilité à la mobilisation du col de l'utérus, utérine ou annexielle	MPI
Fièvre	Appendicite, MPI, pyélonéphrite
Hypotension	Grossesse extra-utérine, rupture de kyste ovarien hémorragique
Sensibilité abdominale du quadrant inférieur gauche	Diverticulite
Sensibilité abdominale du quadrant inférieur droit	Appendicite
Écoulement mucopurulent vaginal	MPI

MPI = maladie pelvienne inflammatoire, IVU = infection des voies urinaires.

Source : Reproduit/traduit avec la permission de Kruszka PS, Kruszka SJ. Evaluation of acute pelvic pain in women. Am Fam Physician. 2010;82(2):141-7.



### 3.3.2.1 Causes

Il existe souvent plusieurs composantes ou plusieurs facteurs contributifs à des douleurs pelviennes chroniques et la ou les causes peuvent ne pas être décelables lors de l'évaluation initiale. Parmi les causes de douleurs pelviennes chroniques, on compte l'endométriose, une MPI chronique, des fibromes, le syndrome de congestion pelvienne et des facteurs psychologiques [14].

### 3.3.2.2 Anamnèse, examen et analyses

Les prestataires de soins de santé doivent demander à la cliente de décrire la manifestation des douleurs et leur association avec d'autres problèmes, y compris des symptômes psychologiques, vésicaux et intestinaux, l'effet du mouvement et de la posture sur les douleurs, leur éventuel effet rayonnant, et les possibles causes de leur atténuation ou aggravation.

Procédez aux examens et analyses nécessaires pour confirmer le diagnostic, y compris par une échographie. Une laparoscopie diagnostique comporte des risques et ne doit être utilisée qu'en deuxième intention.

### 3.3.2.3 Prise en charge et traitement

Traitez les conditions sous-jacentes. Même si aucune explication des douleurs n'est décelable au départ, des tentatives doivent être faites pour les traiter de manière empirique et pour élaborer un plan de gestion en partenariat avec la cliente, y compris par des moyens de contrôle de la douleur.

## 3.3.3 Maladie pelvienne inflammatoire

### 3.3.3.1 Causes et facteurs de risque

La maladie pelvienne inflammatoire (MPI) fait référence à une infection de la partie supérieure de l'appareil reproducteur causée par une infection ascendante venant du col de l'utérus ou du vagin. S'ajoute à cela un risque de formation d'abcès tubo-ovarien conduisant à des cicatrices et des déformations des trompes de Fallope, qui peuvent à leur tour entraîner une infertilité tubaire et un risque accru de grossesse extra-utérine, ainsi que des douleurs pelviennes chroniques. Une MPI est le plus souvent causée par l'infection sexuellement transmissible (IST) du col de l'utérus *Chlamydia trachomatis* (chlamydia), mais elle peut également être causée par *Neisseria gonorrhoeae* (gonorrhée), *Mycoplasma genitalium*, *Gardnerella vaginalis*, *Haemophilus influenzae* et *Ureaplasma urealyticum* (voir le [Chapitre 6 : Infections sexuellement transmissibles](#)) [15]. Les facteurs de risque de MPI comprennent l'âge de moins de 25 ans, des partenaires sexuels nouveaux ou multiples,

des rapports sexuels non protégés, des rapports sexuels avec un partenaire symptomatique et le début d'une vie sexuelle active avant l'âge de 15 ans [16].

### 3.3.3.2 Anamnèse

Les prestataires de soins de santé doivent être vigilants dans l'évaluation des clientes présentant un degré quelconque de douleur dans le bas-ventre, car les symptômes peuvent ne pas être sévères. Renseignez-vous sur les antécédents d'IST et/ou de MPI. La prise approfondie des antécédents sexuels permettra d'évaluer les facteurs de risque les plus courants de MPI. Elle nécessite pour cela d'adopter des techniques d'interrogation qui font preuve de sensibilité (voir [Chapitre 3 : Conseil](#) et le [Chapitre 6 : Infections sexuellement transmissibles](#)).

### 3.3.3.3 Examen et analyses

Un examen physique et gynécologique généralisé approfondi est essentiel pour exclure d'autres causes de douleurs dans le bas-ventre, telles que l'endométriose, la rupture d'un kyste ovarien et la torsion. Il convient d'exclure la possibilité de grossesse car les symptômes peuvent être dus à une grossesse extra-utérine.

### 3.3.3.4 Prise en charge et traitement

Traitez une MPI légère à modérée avec des antibiotiques par voie orale, sans hospitalisation. Il n'y a aucun avantage supplémentaire à administrer des antibiotiques par voie intraveineuse si la cliente est en mesure de les prendre par voie orale. Les protocoles antibiotiques parentéraux recommandés pour la MPI sont résumés dans l'[Encadré 1](#) (page suivante). Cependant, consultez et respectez les lignes directrices locales pour le traitement antibiotique.

Points de conseil à aborder avec la cliente lors de la mise en route du traitement :

- Les avantages d'informer son partenaire de la présence d'une IST et des risques encourus si son partenaire n'est pas lui aussi dépisté ou traité.
- Les risques à long terme d'une infection pelvienne (effets possibles sur la fécondité, risque de grossesse extra-utérine, douleurs pelviennes chroniques) et les risques accrus de réinfection.
- Des rapports sexuels non protégés sont à éviter tant que le traitement de la cliente et de son partenaire n'est pas terminé.



### ENCADRÉ 1 : Lignes directrices mondiales pour le traitement parentéral de maladie pelvienne inflammatoire aiguë

#### Options du régime parentéral de base (l'une des options suivantes) :

1. Cefotetan 2 g par voie I.V. toutes les 12 heures	<b>PLUS</b>	Doxycycline 100 mg par voie orale <sup>a</sup> ou par voie I.V. toutes les 12 heures
2. Céfoxitine 2 g par voie I.V. toutes les 12 heures	<b>PLUS</b>	Doxycycline 100 mg par voie orale <sup>a</sup> ou par voie I.V. toutes les 12 heures
3. Clindamycine 900 mg par voie I.V. toutes les 8 heures	<b>PLUS</b>	Dose de charge de gentamicine par voie I.V. ou par voie IM (2 mg/kg), suivie d'une dose d'entretien (1,5 mg/kg) toutes les 8 heures ; remplacement possible par une dose quotidienne unique (3–5 mg/kg)

#### Régime parentéral alternatif :

Ampicilline/sulbactam 3 g par voie I.V. toutes les 6 heures	<b>PLUS</b>	Doxycycline 100 mg par voie orale <sup>a</sup> ou par voie I.V. toutes les 12 heures
---	-------------	--

Abréviations : I.V., intraveineuse ; IM, intramusculaire.

<sup>a</sup> La doxycycline doit être administrée par voie orale si possible pour éviter la perfusion intraveineuse douloureuse.

Source : Workowski et al. [17].

### 3.3.4 Endométriose et adénomyose

L'endométriose est une maladie où un tissu similaire à celui qui tapisse l'utérus se développe à l'extérieur de l'utérus, causant des douleurs et/ou l'infertilité [18]. L'adénomyose se caractérise par la croissance du tissu endométrial dans la paroi musculaire de l'utérus (myomètre), qui entraîne des saignements menstruels abondants ou prolongés, une dysménorrhée, une dyspareunie, des saignements entre les menstruations, l'infertilité, ou elle peut être asymptomatique [18].

#### 3.3.4.1 Anamnèse

Lors de l'anamnèse, le prestataire doit suspecter ces pathologies chez les clientes qui présentent un ou plusieurs des symptômes suivants :

- endométriose : douleurs pelviennes cycliques/chroniques, règles douloureuses, douleurs lors des rapports sexuels, douleurs au passage des selles, miction douloureuse, ballonnements abdominaux et infertilité
- adénomyose : saignements menstruels abondants, règles douloureuses, douleurs lors des rapports sexuels et ballonnements abdominaux [19,20]

#### 3.3.4.2 Examen et analyses

Le prestataire doit effectuer un examen physique général, un examen abdominal et un examen de l'appareil reproducteur, y compris un examen pelvien bimanuel. Une échographie pelvienne peut être réalisée si elle est indiquée [19,20].

#### 3.3.4.3 Diagnostic

Le diagnostic peut être retardé pendant de nombreuses années parce que l'examen et les analyses peuvent sembler normaux, or des résultats normaux n'excluent pas ces pathologies.

La prise méticuleuse des antécédents des symptômes menstruels et des douleurs pelviennes chroniques fournit la base pour suspecter une endométriose ou une adénomyose. Bien que plusieurs outils et tests de dépistage de l'endométriose aient été proposés et testés, aucun n'est actuellement validé pour détecter ou prédire avec précision les personnes ou les populations les plus susceptibles d'être atteintes par la maladie. Une suspicion précoce d'endométriose est décisive pour un diagnostic précoce, car l'endométriose peut souvent présenter des symptômes qui imitent d'autres pathologies et contribuent à en retarder le diagnostic. En plus de l'anamnèse, il est possible qu'il soit nécessaire d'orienter la patiente d'un établissement de niveau des soins primaires vers un établissement de niveau secondaire où des analyses supplémentaires (tels que l'échographie pelvienne) peuvent être effectuées [19,20]. Des analyses d'imagerie, telles que l'échographie, l'imagerie par résonance magnétique et la tomодensitométrie, ne sont utiles qu'en présence d'une masse pelvienne ou annexielle [21].

Un examen histologique, généralement après visualisation chirurgicale, confirme le diagnostic d'endométriose, en particulier pour les lésions superficielles les plus courantes. La nécessité d'analyses supplémentaires ou d'une confirmation histologique ne doit pas retarder la mise en route d'un traitement médicamenteux empirique.



#### 3.3.4.4 Prise en charge et traitement

Le traitement de première intention pour une endométriose ou une endométriose suspectée est un analgésique simple, comme le paracétamol et/ou les AINS. Des traitements hormonaux tels que des contraceptifs oraux combinés ou des contraceptifs de progestatif seul, y compris le DIU au LNG, peuvent être proposés à toutes les clientes atteintes d'endométriose suspectée ou confirmée, dès lors que celles-ci n'essaient pas de tomber enceintes. Ces options de traitement ne sont pas un remède pour l'endométriose, mais contribuent plutôt à gérer les symptômes et à améliorer la qualité de vie. Ces traitements peuvent être mis en route en l'absence d'un diagnostic catégorique d'endométriose.

Si les symptômes ne répondent pas aux thérapies médicales, une intervention chirurgicale peut être une solution, auquel cas la visualisation directe des lésions endométriotiques sur les organes ou les parois pelviennes ainsi que la confirmation histologique constituent un diagnostic définitif d'endométriose. L'intervention chirurgicale peut révéler la présence d'adhérences (tissu cicatriciel) et/ou de kystes ovariens, qui peuvent être traités par excision des kystes ou ovariectomie. Cette intervention doit avoir lieu dans un établissement de santé bien équipé, avec une équipe de chirurgiens formés. La prise en charge chirurgicale comporte des risques, y compris celui de formation d'adhérences supplémentaires qui peut aggraver les douleurs pelviennes.

Une prise en charge similaire, y compris la prise en charge des clientes enceintes, médicale et chirurgicale (telle que l'hystérectomie), peut être adoptée pour traiter les clientes atteintes d'adénomyose.

Dans les deux cas, il est souvent nécessaire d'adopter une approche de traitement multidisciplinaire traitant différents symptômes et l'état de santé global de la cliente et d'orienter celle-ci vers plusieurs différents spécialistes, tels que des physiothérapeutes et des psychologues, en plus de gynécologues/spécialistes de l'infertilité.

*Endométriose/adénomyose et infertilité* : Orientez les clientes atteintes d'une endométriose ou d'une adénomyose confirmée qui souhaitent devenir enceintes vers un établissement de santé spécialisé, si nécessaire. Des informations supplémentaires figurent à la [Section 6 : Infertilité](#).

## 3.4 Ménopause

La ménopause est l'arrêt naturel et permanent des règles attribuable à la perte d'activité folliculaire ovarienne. Elle peut être diagnostiquée après 12 mois d'aménorrhée, après quoi l'individu entre dans l'état post-ménopausique. La ménopause, ou les dernières règles, survient habituellement peu après le passage de la cinquantaine. Si elle survient avant l'âge de 40 ans, elle est définie comme une ménopause prématurée.

La périménopause fait référence aux années précédant le diagnostic de ménopause, caractérisées par des cycles d'ovulation et de menstruation de plus en plus irréguliers, des épisodes prolongés d'aménorrhée, pour aboutir à l'arrêt total des règles.

Les clientes atteintes de périménopause précoce ou de ménopause prématurée courent un risque accru de mortalité et de morbidité grave, y compris des maladies cardiovasculaires, un déclin cognitif, la démence, le parkinsonisme et l'ostéoporose en raison de la diminution des niveaux d'œstrogènes. La post-ménopause entraîne également un risque plus élevé d'ostéoporose, de maladie cardiovasculaire, d'accident vasculaire cérébral et de modifications atrophiques du vagin et de la vessie, en raison de la diminution des œstrogènes et d'autres effets du vieillissement [22,23].

### 3.4.1 Anamnèse, examen, analyses et diagnostic

Le diagnostic de ménopause est clinique et rétrospectif, basé sur l'absence de règles depuis 12 mois. Les femmes n'ont pas toutes des symptômes, mais certaines peuvent ressentir des bouffées de chaleur, des sueurs nocturnes, des changements d'humeur, des troubles sexuels et des troubles du sommeil. Les prestataires doivent évaluer la gravité des symptômes et dans quelle mesure ils se répercutent sur la qualité de vie du client.

Une analyse de sang, comme l'hormone folliculo-stimulante, n'est pas toujours nécessaire, mais peut confirmer le diagnostic de ménopause si nécessaire.

Des examens et analyses ne sont généralement nécessaires que pour exclure d'autres causes possibles des symptômes (par exemple, grossesse, maladie thyroïdienne, SOPK) [22,23].

### 3.4.2 Prise en charge et traitement

Les soins aux clientes qui présentent des symptômes de la ménopause doivent être individualisés en fonction de la nature de leurs symptômes et de leurs préférences.

Le traitement hormonal de substitution sous forme de formulations combinées d'œstrogènes et de progestatifs,



s'il est disponible, peut réduire les bouffées de chaleur de 80 % à 90 % et augmenter le sentiment de bien-être du client. Envisagez des antidépresseurs si les symptômes sont psychologiques et liés à l'humeur.

Fournissez des conseils généraux sur les stades et les symptômes de la ménopause, les traitements disponibles et les risques associés, des conseils sur la santé des os et les coordonnées de groupes de soutien.

Offrez des conseils non médicaux d'ordre général sur la gestion des bouffées de chaleur/sueurs nocturnes avec des mesures d'autogestion et des changements de comportement, y compris éviter l'alcool, la caféine, les vêtements chauds et le stress [22,23].

### 3.4.3 Contraception aux alentours de la ménopause

Les clientes peuvent être informées qu'elles peuvent arrêter la contraception à 55 ans car, passé cet âge, une conception spontanée est très rare [24]. Informez la cliente que, bien que la fécondité diminue naturellement, une contraception efficace est toujours nécessaire avant la ménopause si elle souhaite éviter une grossesse.

Les clientes utilisant une contraception hormonale combinée peuvent constater que leurs symptômes de périménopause sont masqués et peuvent ne se manifester que si la méthode est arrêtée. Une contraception hormonale combinée peut être utilisée comme solution de rechange au traitement hormonal de substitution pour contrôler les symptômes vasomoteurs et empêcher la perte de densité minérale osseuse. L'utilisation d'antidépresseurs (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la norépinéphrine) peut également avoir un certain effet dans le traitement des symptômes vasomoteurs associés à la ménopause [25].

### 3.4.4 Saignements après la ménopause

Tous saignements après la ménopause (12 mois ou plus après les dernières règles) doivent être considérés comme anormaux. La cause la plus fréquente de saignements légers ou peu abondants après la ménopause est l'atrophie du tractus génital inférieur et l'ovulation irrégulière. Moins souvent, des saignements post-ménopausiques peuvent être causés par une hyperplasie atypique de l'endomètre et un cancer de l'endomètre.

L'évaluation initiale doit inclure les antécédents complets des saignements (notamment par l'étude d'un journal des saignements si disponible) et un examen gynécologique, y compris un examen au spéculum et un examen pelvien bimanuel pour évaluer le vagin, le col de l'utérus et l'utérus. Si les saignements persistent et/ou si aucune cause n'est

détectée par les antécédents et un examen physique, une biopsie de l'endomètre ou une dilatation et un curetage peuvent être nécessaires pour évaluer la possibilité d'une hyperplasie atypique de l'endomètre ou un cancer de l'endomètre.

## 4. Prise en charge des pathologies andrologiques courantes

L'andrologie est la spécialité médicale qui se concentre sur la santé masculine, y compris l'appareil reproducteur et le système urologique masculins. Contrairement à la gynécologie, l'andrologie n'est étudiée à titre de spécialité distincte que depuis la fin des années 1960. L'andrologie couvre un grand nombre de pathologies et de fonctions, y compris les problèmes péniliens, les troubles génito-urinaires et la fécondité masculine. Les procédures courantes sont la vasectomie, la circoncision et la prostatectomie. Cette section couvre l'hyperplasie bénigne de la prostate (HBP), l'hydrocèle, la torsion testiculaire et la dysfonction érectile. Le cancer de la prostate est discuté avec d'autres cancers des organes de la reproduction. Pour l'infection par les IST, voir le [Chapitre 6 : Infections sexuellement transmissibles](#).

### 4.1 Hyperplasie bénigne de la prostate

L'hyperplasie bénigne de la prostate (HBP) est également appelée hypertrophie bénigne de la prostate. Il s'agit d'une condition courante quand les hommes vieillissent. Elle peut causer des problèmes urinaires, urétéraux ou même rénaux. Les facteurs de risque comprennent le vieillissement, les antécédents familiaux, l'obésité et des maladies sous-jacentes (par ex. le diabète) [26].

#### 4.1.1 Anamnèse, examen, analyses et diagnostic

Les signes et symptômes courants comprennent la fréquence et l'urgence de miction, la nycturie et la difficulté à commencer à uriner. La taille de la prostate n'est pas corrélée à la gravité des symptômes. Il est essentiel d'exclure d'autres causes possibles, telles que des infections des voies urinaires, des calculs rénaux et des cancers lors de l'anamnèse et de l'évaluation.

Les prestataires de soins de santé peuvent effectuer un examen rectal ou une échographie pour vérifier l'élargissement de la prostate. Un test antigénique spécifique de la prostate et une biopsie de la prostate peuvent évaluer le cancer de la prostate [26].



### 4.1.2 Traitements médicaux et chirurgicaux

Une variété de traitements est disponible pour la HBP. L'objectif visé est de soulager les symptômes. En l'absence de symptômes ou si les symptômes sont tolérables, le traitement n'est pas nécessaire.

Le traitement médicamenteux est l'option la plus courante pour la HBP légère à modérée. Parmi les options, on compte les alpha-bloquants, les inhibiteurs de la 5-alpha réductase et le tadalafil. En plus de la HBP, le tadalafil peut également traiter la dysfonction érectile. Pour les clients présentant des symptômes modérés à sévères, des approches chirurgicales et peu invasives, telles que la résection transurétrale de la prostate et un traitement au laser, peuvent être envisagées.

Les soins de suite sont essentiels, que les clients choisissent d'observer leurs symptômes ou d'opter pour des traitements médicaux ou chirurgicaux. Il appartient aux prestataires de soins de santé d'examiner la gravité des symptômes et de formuler la suggestion la plus appropriée en fonction de la qualité de vie du client.

## 4.2 Hydrocèle

Une hydrocèle est une collection de liquide séreux entre les deux feuillets de la membrane qui entoure le testicule ou le long du cordon spermatique. Elle se produit fréquemment chez les garçons nourrissons et les nouveau-nés. Dans la plupart des cas, la situation se résorbe spontanément au cours de la première année de vie. Chez les adolescents et les adultes, l'hydrocèle est généralement liée à des antécédents de traumatisme, d'infection, de chirurgie et de tumeur. Les hydrocèles n'affectent généralement pas la fécondité [27].

### 4.2.1 Examen et diagnostic

La manifestation clinique est un ou les deux scrotums indolores et gonflés. Le diagnostic peut être établi par examen physique. Une échographie n'est pas toujours nécessaire, mais peut être utile pour corroborer le diagnostic. Il existe deux types d'hydrocèles : l'hydrocèle communicante et l'hydrocèle non communicante. Une hydrocèle non communicante reste généralement de taille similaire, alors qu'une hydrocèle communicante est en contact avec le liquide abdominal, ce qui entraîne un changement de taille et l'apparition potentielle d'une hernie [27].

### 4.2.2 Traitement

Le traitement dépend de l'âge du client et des symptômes causés par l'hydrocèle. Généralement, elle peut disparaître lorsque la pathologie sous-jacente s'améliore. Des médicaments peuvent traiter la pathologie sous-jacente, mais pas une hydrocèle. Si les symptômes persistent, le prestataire de soins de santé doit discuter avec le client d'une réparation chirurgicale. Celle-ci peut prévenir d'autres complications, telles qu'une hernie [27].

## 4.3 Torsion testiculaire

Une torsion testiculaire, à savoir la rotation du cordon spermatique et de son contenu, constitue une urgence chirurgicale. Elle est fréquente chez les garçons et les adolescents. Une torsion doit être exclue lorsque les clients présentent des douleurs scrotales aiguës. La détection et le traitement en temps opportun sont nécessaires pour le sauvetage du testicule [28].

### 4.3.1 Anamnèse, examen et diagnostic

Les clients atteints d'une torsion testiculaire présentent généralement des douleurs scrotales aiguës, des nausées et des vomissements. Parmi les autres symptômes non spécifiques, on compte la fièvre ou des troubles urinaires. L'examen physique peut révéler un testicule haut placé avec un réflexe crémasterien absent. Le testicule affecté peut être aussi d'une orientation horizontale anormale. La torsion testiculaire est un diagnostic clinique, par conséquent des moyens d'imagerie, telles qu'une échographie, ne sont pas nécessaires. Le créneau de traitement n'est que de 4 à 8 heures pour le sauvetage du testicule. Lorsqu'une torsion est suspectée, les prestataires de soins de santé doivent organiser une exploration chirurgicale dès que possible pour éviter des dommages ischémiques permanents. Une exploration chirurgicale négative est préférable à un diagnostic manqué. Orientez les clients vers des services spécialisés le cas échéant [28].

### 4.3.2 Prise en charge

Une détorsion manuelle doit être tentée si une intervention chirurgicale immédiate n'est pas disponible, celle-ci ne doit toutefois pas remplacer ni retarder l'intervention chirurgicale. La détorsion du cordon spermatique affecté est effectuée jusqu'à ce qu'il ne reste plus de torsion. Une orchidectomie doit être envisagée lorsque le testicule atteint semble nécrosé. L'orchidopexie controlatérale doit être réalisée indépendamment de la viabilité du testicule affecté [28].



## 4.4 Dysfonction érectile

La dysfonction érectile est l'incapacité à obtenir ou à maintenir une érection. L'érection masculine se produit de façon réflexive ou psychogène. Cela signifie que la dysfonction érectile peut être un trouble psychogène, endocrinien, non endocrinien ou mixte. Quelles qu'en soient les causes, la dysfonction érectile a des répercussions négatives sur les relations interpersonnelles, l'humeur et la qualité de vie. La dysfonction érectile est plus fréquente chez les personnes plus âgées : plus de la moitié des hommes âgés de 40 à 70 ans ont une dysfonction érectile légère à modérée [29].

### 4.4.1 Anamnèse, examen et diagnostic

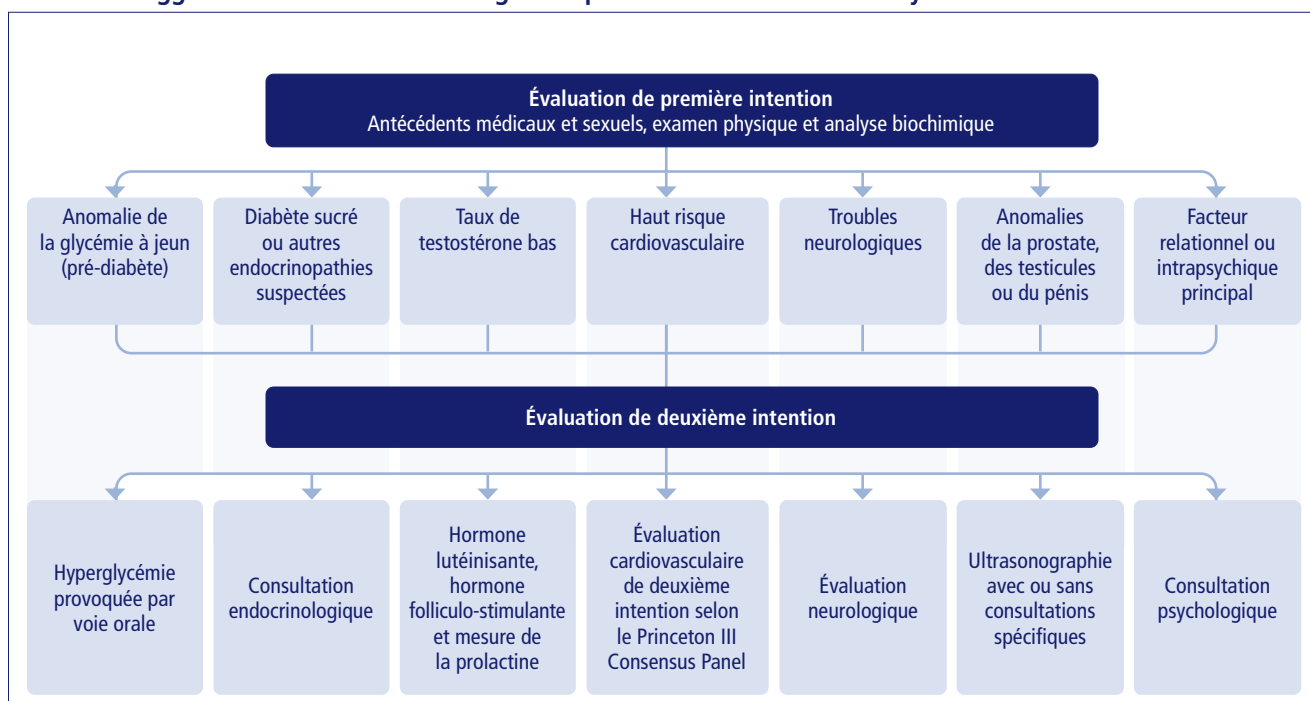
De nombreux facteurs peuvent entraîner une dysfonction érectile. Les prestataires de soins de santé doivent prendre des antécédents détaillés afin d'en cerner la cause sous-jacente et de proposer un traitement approprié. L'alcool, le tabagisme, le surpoids/l'obésité et des habitudes alimentaires malsaines peuvent affecter la fonction érectile. Les autres facteurs de risque comprennent le diabète, les maladies cardiovasculaires, la HBP, des médicaments et des raisons psychogéniques. Les prestataires de soins de santé doivent être conscients que tous les troubles sexuels sont source de stress et peuvent entraîner des troubles psychologiques. La *Figure 1* présente une suggestion d'élaboration de diagnostic pour les clients atteints de dysfonction érectile [29].

### 4.4.2 Prise en charge

Si une étiologie spécifique est détectée, traitez la pathologie sous-jacente. Dans la plupart des cas, la prise en charge de la dysfonction érectile est empirique. Les prestataires de soins de santé peuvent commencer par recommander au client de modifier son mode de vie, passer en revue les médicaments qu'il prend et y ajouter des traitements de première intention à l'aide d'inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5 (PDE5) ou suggérer des dispositifs d'érection sous vide pour améliorer la qualité de vie du client. Les différents inhibiteurs de la PDE5 ont des puissances différentes. Le *Tableau 5* compare différents inhibiteurs de la PDE5. Les prestataires de soins de santé doivent expliquer les effets et les effets secondaires des inhibiteurs de la PDE5 et laisser le client choisir le médicament qui lui convient. Les dispositifs d'érection sous vide sont une option non pharmacologique, qui crée un vide à pression négative pour attirer le sang dans le pénis. Ils sont à utiliser avec précaution, car une mauvaise utilisation peut provoquer des hématomes et des pétéchies. Les autres options comprennent une injection intracaverneuse et des interventions chirurgicales, telles qu'un implant pénien, qui nécessitent les soins d'un spécialiste.

Beaucoup de personnes souffrant de dysfonction érectile éprouvent des symptômes dépressifs et de l'anxiété. Le dysfonctionnement sexuel n'est pas seulement un problème pour l'individu, mais aussi pour son ou

**FIGURE 1 : Suggestion d'élaboration de diagnostic pour les clients atteints de dysfonction érectile**



Source : Reproduit/traduit avec la permission de Yafi FA, Jenkins L, Albersen M, et al. [29] : Erectile dysfunction. Nat Rev Dis Primers. 2016;2:16003.



**TABLEAU 5 : Propriétés des inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5 disponibles**

Nom du médicament	Nom commercial (société)	Absorption maximale post ingestion (heures)	Demi-vie plasmatique (heures)	Prise à jeun ?
Sildénafil*	Viagra (Pfizer)	1–2	3–5	Oui
Vardénafil*	Levitra (GlaxoSmithKline)	1–2	3–5	Oui
Tadalafil	Cialis (Lilly)	2–4	18	Non
Avanafil	Stendra (Mitsubishi Tanabe)	0,5	6	Non

\* Envisager une prise 1 à 2 heures avant un repas.

Source : Reproduit/traduit avec la permission de Yafi FA, Jenkins L, Albersen M, et al. [29] : Erectile dysfunction. Nat Rev Dis Primers. 2016;2:16003.

ses partenaires. L'amélioration de la fonction sexuelle est d'une grande pertinence pour les réponses au traitement chez leur partenaire. Les prestataires de soins de santé devraient fournir un soutien aux deux personnes, si nécessaire [29].

## 5. Groupes transgenres

Le genre est une construction sociale alors que le sexe est généralement attribué à la naissance en fonction des caractéristiques des organes génitaux. L'identité de genre reflète le sentiment intime du moi de l'individu. Le terme transgenre fait référence à une personne dont l'identité de genre qu'elle se donne diffère du sexe qui lui a été attribué à la naissance. Par exemple, une femme transgenre ou une personne transgenre d'homme à femme est une personne qui a été désignée comme un homme à la naissance mais qui s'identifie comme une femme. Les prestataires de soins de santé doivent prendre conscience de l'importance des questions de santé transgenre, y compris le soutien en santé mentale, la disponibilité de l'hormonothérapie et de la thérapie chirurgicale, et le suivi. Il serait bénéfique que les prestataires de soins de santé qui s'occupent de clients transgenres suivent une formation de sensibilisation au genre pour le conseil, l'anamnèse, l'examen physique et le traitement. En général, on constate des lacunes dans les connaissances des prestataires de soins de santé sur les options de reproduction parmi la communauté transgenre. Une grossesse est possible après la transition, de sorte que le conseil en contraception est un élément crucial des soins de santé [30,31,32].

### 5.1 Anamnèse et examen physique

Les prestataires de soins de santé doivent s'adresser aux clients transgenres en utilisant le nom, le pronom et l'identité de genre que les clients préfèrent. L'examen physique doit porter sur l'anatomie présente plutôt que sur la manifestation du genre. Un examen de la poitrine et des parties génitales

peut être pénible pour les clients. Les prestataires de soins de santé doivent expliquer l'importance de l'examen avant de procéder à tout examen.

### 5.2 Thérapie chirurgicale et traitement médicamenteux

Un traitement médical et une thérapie chirurgicale ne sont pas essentiels pour les personnes transgenres. Cependant, pour certains clients, ces soutiens supplémentaires peuvent les aider à adapter leur apparence pour mieux correspondre à l'identité de genre qu'ils se donnent à eux-mêmes. Avant le traitement, les prestataires de soins de santé doivent s'assurer que les clients comprennent les effets qui sont réversibles et ceux qui ne le sont pas. Les options de préservation de la fécondité devraient également être discutées pendant le conseil. Par exemple, certains clients transgenres masculins peuvent envisager de préserver leur utérus et leurs ovaires.

Un traitement médicamenteux est utilisé pour réduire le taux d'hormones endogènes et le remplacer par d'autres hormones. Les clients qui décident d'accepter une thérapie hormonale substitutive doivent faire l'objet d'une surveillance régulière (voir l'*Annexe 1* pour les schémas et la surveillance de l'hormonothérapie). Pour les hommes transgenres, des changements physiques, tels que l'arrêt des règles, peuvent se produire pendant les 6 premiers mois du traitement par la testostérone. La mue de la voix et la clitoromégalie sont irréversibles avec l'arrêt de l'hormonothérapie. Chez les femmes transgenres, une diminution des érections spontanées et une augmentation de la croissance des tissus mammaires sont fréquentes au cours de la première année de traitement par œstrogènes et anti-androgènes. Cependant, l'hormonothérapie ne peut pas changer la voix, d'où la nécessité pour certaines personnes de suivre une orthophonie supplémentaire si elles le souhaitent.



Les hommes et les femmes transgenres peuvent demander différentes interventions chirurgicales afin de changer leur apparence physique : chirurgie thoracique/mammaire, chirurgie génitale ou interventions non génitales et non mammaires. Par exemple, une femme transgenre peut subir une mammoplastie d'augmentation, une pénectomie, une vaginoplastie, une chirurgie de féminisation faciale, etc. Ces interventions chirurgicales sont généralement effectuées dans des établissements de santé de niveau supérieur plutôt qu'au niveau des soins primaires. Cependant, les prestataires de soins de santé doivent être conscients de la possible nécessité d'un soutien en santé mentale, d'une évaluation préopératoire et de soins postopératoires.

### 5.3 Maintien de routine de la santé

L'hormonothérapie peut avoir des effets secondaires, d'où la nécessité que les prestataires de soins de santé s'assurent que les clients prennent conscience de l'importance d'un suivi régulier. Par exemple, les femmes transgenres exposées à des œstrogènes endogènes doivent être soumises à un dépistage régulier du cancer du sein. Les frottis de Pap d'hommes transgenres peuvent présenter une cytologie inadéquate s'ils sont traités par testostérone, qui provoque une atrophie cervicale. En outre, l'hormonothérapie par œstrogènes peut accroître le risque de thrombo-embolie veineuse et de thrombose veineuse profonde, en particulier chez les clients qui fument.

Outre les soins de santé sexuelle et reproductive liés aux hormones, les prestataires doivent être conscients que les personnes transgenres sont vulnérables aux IST, y compris le VIH et les violences sexuelles et basées sur le genre, et devraient fournir un soutien et des conseils pertinents en cas de besoin. Certaines manifestations d'IST, y compris le VIH, peuvent être atypiques du fait d'interventions chirurgicales, de traitement médicamenteux et de pratiques sexuelles.

## 6. Infertilité

L'infertilité est définie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) comme « une affection du système reproducteur masculin ou féminin définie par l'impossibilité d'aboutir à une grossesse après 12 mois ou plus de rapports sexuels non protégés réguliers » [33].

L'infertilité primaire est l'absence de première grossesse. L'infertilité secondaire est l'infertilité après au moins une grossesse antérieure [34].

Certaines personnes ou certains couples peuvent demander des soins de fécondité pour des raisons autres que l'infertilité, par exemple, chez les partenaires de même sexe, les couples hétérosexuels sérodiscordants pour le VIH, ou avant ou après un traitement anti-cancéreux [34].

### 6.1 Causes et facteurs de risque

Bien que les résultats se manifestent chez la femme, il est important de souligner que l'infertilité est un problème pour les deux membres d'un couple et les causes peuvent se rapporter à l'un ou l'autre ou aux deux partenaires. Les facteurs de risque qui peuvent affecter la fécondité tant chez l'homme que chez la femme comprennent l'âge, le tabagisme, la consommation d'alcool, l'obésité et l'exposition à des polluants environnementaux et des toxines.

#### 6.1.1 Causes de l'infertilité chez la femme

- Facteurs tubaires : obstruction des trompes de Fallope causée par des IST non traitées, complications d'avortement non sécurisé, septicémie post-partum, endométriose ou chirurgie abdominale/pelvienne.
- Facteurs utérins : malformations utérines, fibromes, endométriose.
- Facteurs ovariens : anovulation ou ovulation irrégulière due à un SOPK ou à d'autres troubles ovulatoires tels que des changements hormonaux périménopausiques.
- Facteurs endocriniens : tumeurs hypophysaires, hypothyroïdie ou hyperthyroïdie [34].

#### 6.1.2 Causes de l'infertilité chez l'homme

Chez l'homme, l'infertilité peut être liée à des facteurs endogènes (internes) ou exogènes (externes). On compte notamment :

- Obstruction de l'appareil reproducteur (canaux éjaculateurs et vésicules séminales) généralement due à des blessures ou des infections.

- Troubles hormonaux: tumeur de l'hypophyse, cancers des testicules ou hypogonadisme (faible taux de testostérone).
- Varicocèles conduisant à la réduction ou à l'échec de la production de sperme.
- Fonction et qualité anormales des spermatozoïdes qui peuvent être dues à des médicaments (c.-à-d. des stéroïdes anabolisants) ou à des expositions environnementales [34].

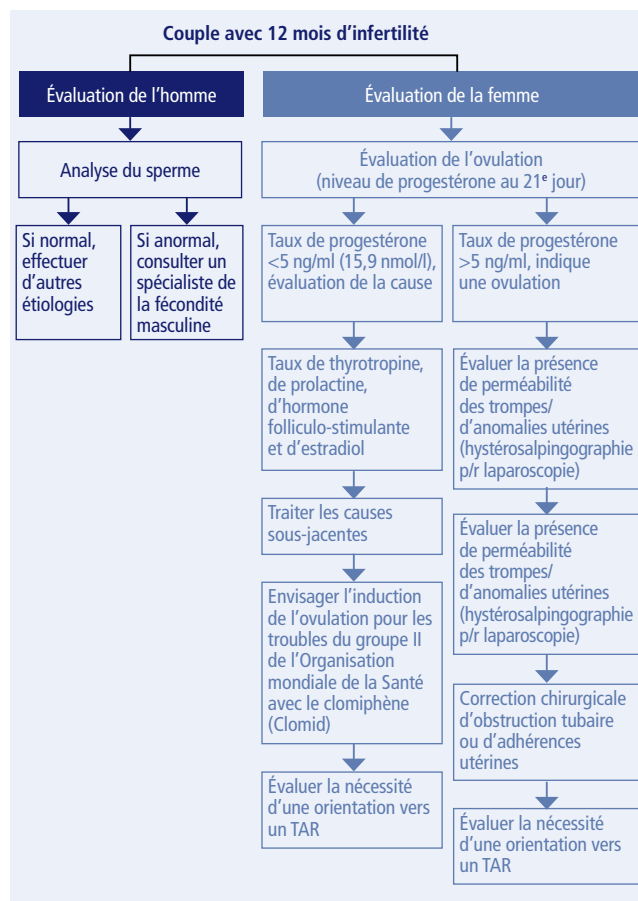
## 6.2 Évaluation en couple

Il est impératif que chaque cas d'infertilité fasse l'objet d'analyses et soit géré en couple. Le couple doit être vu ensemble car l'un comme l'autre sera affecté par les analyses. La première étape pour le prestataire de soins de santé est de prendre les antécédents complets, y compris toutes les grossesses antérieures obtenues pour chacun des deux partenaires et leurs résultats, les antécédents médicaux et chirurgicaux, les antécédents menstruels et gynécologiques pour la femme (l'infertilité peut être le symptôme par lequel l'endométriose se manifeste) et la profession actuelle (évaluation des expositions professionnelles/ environnementales). Sur la base des antécédents et de l'examen physique, le prestataire de soins de santé peut établir quels tests simples peuvent être effectués, s'il existe localement des traitements qui peuvent être mis en route et évaluer la pertinence d'une orientation vers des services spécialisés, si disponibles.

## 6.3 Conseil et avis médicaux pour les couples vivant avec l'infertilité

Le conseil est essentiel tout au long du processus et peut être initialement nécessaire pour corriger les conceptions erronées sur la cause de l'infertilité, comme l'utilisation antérieure de contraceptifs ou les antécédents sexuels, et pour réduire la stigmatisation associée à l'infertilité que les clients peuvent éprouver.

FIGURE 2 : Évaluation de l'infertilité



Source : Reproduit/traduit avec la permission de Lindsay TJ, Vitrikas KR [35]: Evaluation and treatment of infertility. Am Fam Physician. 2015;91(5):308-14.

La Figure 2 résume l'évaluation initiale de l'infertilité masculine et féminine.

Après l'anamnèse, un examen de base et des analyses telles que le dépistage des IST devraient être effectués pour exclure certaines causes possibles d'infertilité. Traitez les pathologies sous-jacentes, le cas échéant. Il peut être plus efficace sur le plan financier de commencer par évaluer les facteurs masculins (par l'analyse du sperme) avant d'entreprendre des analyses plus coûteuses sur les facteurs féminins. Les autres options d'analyses couramment utilisées pour les facteurs féminins comprennent l'échographie, l'hystérosalpingogramme (radiographie pour déceler la perméabilité des trompes de Fallope) et la coelioscopie exploratoire.



Le stress résultant de l'infertilité peut nuire à la relation du couple, augmentant ainsi les difficultés de fécondité. Il peut être utile de prodiguer des conseils d'ordre général sur le mode de vie et le bien-être, tels que le contrôle de son poids, des exercices physiques réguliers et l'évitement de la consommation de substances nocives pendant les analyses et le traitement de l'infertilité.

## 6.4 Prise en charge et traitement

Le traitement dépend de l'étiologie. Certains traitements peuvent être effectués au niveau des soins primaires, tandis que d'autres peuvent nécessiter l'orientation vers des services spécialisés. Tous les prestataires de soins de santé peuvent conseiller les clients et leur partenaire au début du processus d'analyses quant à la période optimale pour des rapports sexuels en vue de la procréation pendant le cycle menstruel et insister sur l'importance d'un changement du mode de vie avant, pendant et après le traitement, y compris l'arrêt du tabac et le maintien d'un poids corporel sain.

Il existe trois grands types de traitement pour la fécondité :

- **Traitement médicamenteux :** Traitement courant pour les clientes présentant un dysfonctionnement ovulatoire, prescrit par voie orale ou intramusculaire. Le clomifène, administré par voie orale pour stimuler l'ovulation, est un médicament couramment utilisé. La metformine ou le létrozole sont fréquents chez les clientes atteintes de SOPK.
- **Traitement chirurgical :** Différentes étiologies ou maladies peuvent être prises en charge par divers traitements chirurgicaux, y compris la myomectomie, la résection des lésions endométriales ou la lyse des adhérences/obstructions de l'appareil reproducteur.
- **Procréation médicalement assistée :** Les options de procréation médicalement assistée ne sont pas toutes compliquées et coûteuses. L'insémination intra-utérine est une intervention simple qui consiste à introduire des spermatozoïdes préparés de qualité directement dans la cavité utérine. La fécondation in vitro est plus compliquée : des ovocytes matures sont prélevés de l'ovaire et fécondés par le sperme dans un laboratoire de qualité contrôlée. Les ovocytes fécondés sont ensuite transférés dans l'utérus. Le processus de fécondation in vitro est généralement coûteux et est effectué par des spécialistes.

# 7. Cancers de l'appareil reproducteur les plus courants

Le contrôle complet de tout cancer comprend la prévention, la détection précoce, le diagnostic et le traitement en temps opportun, et l'accès à des soins palliatifs. Les prestataires de soins de santé doivent parfaitement connaître les protocoles nationaux de prévention et de contrôle du cancer et les voies d'orientation locales pour les clients qui ont besoin d'un traitement supplémentaire ou de soins palliatifs.

## 7.1 Cancer du col de l'utérus

Bien qu'il s'agisse d'une maladie évitable, le cancer du col de l'utérus est le quatrième cancer le plus fréquent chez les femmes. Parmi les décès estimés dus au cancer du col de l'utérus en 2020, environ 90 % de ceux-ci se sont produits dans les pays à revenu faible et intermédiaire. La plupart des cancers du col de l'utérus (95 %) sont causés par le papillomavirus humain (HPV), qui est l'infection virale la plus fréquente de l'appareil reproducteur [36] (voir le *Chapitre 6 : Infections sexuellement transmissibles*). Les types 16 et 18 du HPV sont à l'origine de plus de 70 % des cas de cancer du col de l'utérus. Dans la plupart des cas, l'infection par le HPV (y compris les types à risque élevé) finit par disparaître sans traitement. Dans une minorité d'entre eux, le HPV ne disparaît pas et l'infection chronique par un type de HPV à haut risque peut entraîner l'apparition de lésions précancéreuses et d'un cancer. Les personnes immunodéprimées, comme celles qui vivent avec le VIH, sont plus susceptibles de contracter des infections à HPV qui évoluent rapidement en lésions précancéreuses et en cancer. Les autres facteurs de risque comprennent le type de HPV, la co-infection avec d'autres IST, une parité plus élevée, le jeune âge à la première naissance et le tabagisme [37].

### 7.1.1 Vaccination contre le HPV

La vaccination précoce contre le HPV protège contre des types particuliers d'infection par le HPV avant l'exposition. L'OMS recommande la vaccination contre le HPV chez les filles âgées de 9 à 14 ans, à mettre en œuvre sur la base des lignes directrices nationales [36].

Le dépistage du cancer du col de l'utérus reste nécessaire pour les personnes vaccinées parce que les vaccins ne protègent pas contre tous les types de HPV qui peuvent causer le cancer du col de l'utérus.



### 7.1.2 Dépistage du cancer du col de l'utérus et traitement

L'OMS recommande d'effectuer le dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes âgées entre 30 et 49 ans (entre 25 et 49 ans pour celles vivant avec le VIH). Il est possible d'arrêter le dépistage à l'âge de 50 ans au bout de deux résultats négatifs consécutifs. Si des ressources sont disponibles, un dépistage peut également être offert aux femmes âgées de 50 à 65 ans qui n'ont jamais fait l'objet d'un dépistage [38].

Les tests de dépistage à utiliser pour détecter des lésions précancéreuses du col de l'utérus sont les tests ADN du HPV, l'inspection visuelle avec l'acide acétique (IVA) et la cytologie. L'OMS recommande le test HPV à ADN comme méthode de dépistage préférée, sous réserve de sa disponibilité.

Pour que la prévention du cancer du col de l'utérus ait un impact maximal, le dépistage doit être rattaché à un traitement et à un suivi post-traitement. Afin de limiter les consultations dans les établissements de santé et d'éviter la perte de vue au cours du suivi, il est recommandé d'adopter une **approche à visite unique** pour faire en sorte que les personnes concernées fassent l'objet d'un service de dépistage du cancer du col de l'utérus et de traitement qui soit de qualité et rapide lors de la même visite. Si une approche à visite unique n'est pas réalisable, les établissements de santé doivent développer et maximiser les canaux de communication, y compris les interventions de santé numérique, telles que via les médias sociaux ou les lignes d'assistance, pour communiquer les résultats de dépistage, planifier le traitement le cas échéant et organiser l'orientation nécessaire vers les services spécialisés pour le traitement du cancer, le cas échéant [39].

Il existe deux options pour combiner le dépistage et le traitement : Dépistage et traitement, ou dépistage, tri et traitement.

Approches de dépistage et traitement :

- Test HPV à ADN (autoprélèvement ou prélèvement par le clinicien) comme test de dépistage primaire suivi d'un traitement.
- IVA comme test de dépistage primaire suivi d'un traitement.

Approches de dépistage, tri et traitement :

- Test HPV à ADN comme test de dépistage primaire, suivi du tri du HPV 16/18, suivi du traitement et de l'utilisation du tri IVA pour celles qui obtiennent un résultat négatif au HPV 16/18.
- Test HPV à ADN comme test de dépistage primaire suivi du tri IVA, suivi du traitement.

- Test HPV à ADN à haut risque comme test de dépistage primaire, suivi du tri par colposcopie, suivi du traitement.
- Test HPV à ADN comme test de dépistage primaire, suivi d'un tri cytologique, suivi d'une colposcopie et d'un traitement.
- Cytologie comme test de dépistage primaire, suivi du tri par colposcopie, suivi du traitement.

Les sept algorithmes décrivant les approches de dépistage et de traitement énumérées ci-dessus figurent dans les lignes directrices de l'OMS pour le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus [38].

#### ENCADRÉ 2 : Prise en charge autonome du dépistage du cancer du col de l'utérus

L'auto-prélèvement d'échantillons de HPV procure aux individus la possibilité de prélever leurs propres échantillons quand ils le souhaitent et en toute confidentialité pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, qu'ils soumettent au système de santé pour en examiner les résultats, les interpréter et prendre les mesures nécessaires, y compris en donnant accès au traitement, le cas échéant. Si ce service est disponible dans le pays, les prestataires de soins de santé, y compris les associations membres de l'IPPF, doivent aider les clients à disposer des informations adéquates, à faire des choix éclairés et à recevoir les soins de santé et le suivi si nécessaire.

Source : IPPF [39].

#### 7.1.2.1 Dépistage du HPV

Ce test utilise des méthodes de test moléculaire pour déceler l'ADN des types de HPV à haut risque dans les échantillons vaginaux et/ou cervicaux. Si le dépistage du HPV chez les jeunes femmes est susceptible de déceler des infections transitoires à HPV qui seront éliminées spontanément, un test positif chez une femme âgée de plus de 30 ans est plus susceptible d'indiquer une infection persistante ou chronique à HPV qui pourrait causer des lésions précancéreuses et un cancer du col de l'utérus.

Le test peut être effectué par tout prestataire de soins de santé formé ou être autoprélevé par la cliente (*Encadré 2*) [38].

#### 7.1.2.2 Inspection visuelle avec l'acide acétique (IVA)

Une IVA peut être réalisée par des prestataires qualifiés de niveau intermédiaire tels que des infirmières et des sages-femmes. Celle-ci consiste à observer à l'œil nu des



modifications cellulaires précoces sur le col de l'utérus, après la mise en place d'un spéculum et le badigeonnage du col avec de l'acide acétique dilué. Les résultats sont immédiats et par conséquent le traitement des lésions précancéreuses (voir la [Section 7.1.3](#)) peut être effectué en même temps. Le processus et la façon d'évaluer les résultats sont décrits à l'[Annexe 2](#).

L'OMS recommande de procéder sans tarder à l'abandon de l'IVA comme test de dépistage primaire en raison des problèmes intrinsèques d'assurance qualité qu'il présente [38].

### 7.1.2.3 Cytologie

Un échantillon de cellules est prélevé du col de l'utérus et soit fixé sur une lame (frottis de Pap), soit placé dans un milieu de transport (cytologie en milieu liquide) et envoyé pour être examiné au microscope afin d'y déceler des cellules anormales.

La cytologie nécessite plus de ressources que les autres méthodes de dépistage du cancer du col de l'utérus en raison des coûts de laboratoire, du transport, des fournitures et de l'expertise nécessaires qu'elle induit.

Bien que le test HPV à ADN soit la méthode préférée pour le dépistage primaire, l'OMS recommande de poursuivre les programmes existants qui emploient une cytologie de qualité assurée comme test de dépistage primaire en attendant que le test HPV à ADN devienne opérationnel [38].

### 7.1.3 Options de traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus

Une fois qu'une décision de traitement est prise, il est de bonne pratique de procéder au traitement le plus tôt possible, dans les 6 mois, afin de réduire le risque de perte de vue au cours du suivi. Passé ce délai, il est recommandé de réévaluer la cliente avant le traitement. Pour les clientes enceintes, la bonne pratique consiste à reporter le traitement après la grossesse [38].

Les options de traitement comprennent les traitements ablatifs (cryothérapie, ablation thermique) et les traitements par excision (procédure d'excision électrochirurgicale à l'anse thermique également connue sous le nom de résection à l'anse diathermique de la zone de remaniement [RAD], conisation à froid) [38,40] (voir l'[Annexe 3](#)). Pour les clientes qui remplissent les critères pour recevoir des traitements ablatifs (voir l'[encadré 3](#)), ou dans des contextes où la RAD est disponible pour celles qui ne remplissent pas les critères pour recevoir un traitement ablatif, une approche de dépistage et de traitement en une seule visite est préférable.

Le choix du traitement peut être limité par le coût et les ressources nécessaires pour fournir le traitement, tandis que le traitement à proprement parler peut être limité par les

ressources disponibles en matière de faisabilité, de formation et d'assurance de la qualité [38].

La prise en charge des résultats de dépistage anormaux/positifs pour les clientes vivant avec le VIH est la même que dans la population générale locale.

Orientez dès que possible toute cliente suspectée de cancer vers des services spécialisés.

### ENCADRÉ 3 : Critères à remplir pour un traitement ablatif

- Aucun cancer invasif et aucune pathologie glandulaire ne sont suspectées (c.-à-d. adénocarcinome ou adénocarcinome in situ).
- La zone de remaniement est entièrement visible, la lésion est visible dans sa totalité et elle ne se prolonge pas dans l'endocol.
- La lésion est une zone de remaniement de type 1 (la zone de remaniement est entièrement visible et seulement ectocervicale).

Source : OMS [38].

### 7.1.4 Conseils de suivi relatifs au dépistage du cancer du col de l'utérus

Les intervalles recommandés entre les tests de dépistage dépendent du test de dépistage utilisé. Pour les tests HPV à ADN, l'intervalle recommandé après un dépistage négatif pour les femmes âgées de 30 à 49 ans dans la population en général est tous les 5 à 10 ans. Pour l'IVA ou la cytologie, l'intervalle recommandé est tous les 3 ans. Les clientes infectées par le VIH doivent faire l'objet d'un dépistage du cancer du col de l'utérus à partir de l'âge de 25 ans, puis tous les 3 à 5 ans après un dépistage négatif avec un test HPV à ADN et tous les 3 ans avec IVA ou cytologie [38].

## 7.2 Cancer du sein

Le cancer du sein est la principale cause de décès par cancer chez les femmes dans le monde. La détection précoce du cancer du sein est la clé de la lutte contre le cancer du sein. Moins de 1 % de tous les cas de cancer du sein surviennent chez les hommes [41]. La plupart des clients atteintes d'un cancer du sein ne présentent pas de facteurs de risque précis et identifiables (voir l'[Annexe 4](#)). Une faible proportion des cas de cancer du sein peuvent être rattachés à des antécédents familiaux et à des mutations génétiques spécifiques (BRCA1, BRCA2 et protéine tumorale) qui exposent ces personnes à un risque élevé de cancer du sein [42]. La consultation peut être l'occasion de déterminer



les principaux facteurs de risque et d'en discuter, tels qu'une exposition prolongée aux œstrogènes (ménarche précoce/ ménopause tardive), des antécédents familiaux de cancer du sein ou de l'ovaire ou d'autres syndromes héréditaires du sein ou de l'ovaire, la nulliparité, un indice de masse corporelle élevé, le tabagisme ou une consommation nocive d'alcool.

### 7.2.1 Dépistage et détection précoce

L'inspection mammaire comprend l'observation de la peau, des mamelons et des aréoles. Parmi les signes avant-coureurs, on compte des symptômes de la maladie de Paget (eczéma sur un mamelon), une rétraction asymétrique du mamelon et un écoulement inexplicable du mamelon [43]. L'examen clinique du sein est une méthode peu coûteuse de dépistage du cancer du sein, qui correspond à la même procédure pour examiner les clientes présentant des symptômes mammaires (voir le *Chapitre 2: Conditions nécessaires relatives à l'établissement de santé, antécédents et examen des clients, Section 4.4*).

L'auto-examen des seins (voir l'*Annexe 5*) n'a pas été évalué comme méthode de dépistage systématique, mais il est recommandé pour sensibiliser les personnes à risque.

La mammographie et l'échographie peuvent être utilisées pour le dépistage systématique du cancer du sein, mais la mammographie exige beaucoup de ressources et n'est donc utilisée que dans les programmes de dépistage des contextes à ressources élevées.

Les programmes de diagnostic précoce fondés sur la connaissance des signes et symptômes précoces et l'orientation rapide pour un diagnostic et un traitement ont un rôle important à jouer dans la lutte contre le cancer du sein [42].

### 7.2.2 Diagnostic et prise en charge des anomalies décelées à l'examen mammaire

La présentation des principales pathologies, leurs antécédents, la manifestation clinique et les tests diagnostiques sont résumés au *Tableau 6*. Les lésions mammaires ne sont pas toutes malignes. En cas d'incertitude ou d'impossibilité de poser un diagnostic, les prestataires de soins de santé doivent orienter la cliente vers des services spécialisés. Orientez dès que possible toute cliente suspectée de cancer vers des services spécialisés.

Chez les hommes, le cancer se développe généralement dans la petite quantité de tissu mammaire derrière le mamelon [44]. La manifestation et l'examen clinique sont similaires au cancer du sein chez les femmes, les mamelons étant affectés en premier lieu.

**TABLEAU 6 : Diagnostic différentiel des pathologies mammaires**

Pathologie	Antécédents et manifestation	Tests diagnostiques et signes à rechercher
<b>Fibroadénome</b>	<i>Antécédents</i> : absence possible de tout élément significatif dans les antécédents de la cliente <i>Examen</i> : masse mobile caoutchouteuse lisse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Mammographie</i> : ovale ou rond, circonscrit, présence éventuelle de calcifications grossières</li> <li>• <i>Échographie mammaire</i> : plein, ovale ou rond, circonscrit, lobulé, plus grand en largeur qu'en hauteur</li> </ul>
<b>Changements fibrokystiques</b>	<i>Antécédents</i> : souvent accompagnés de douleurs mammaires; les symptômes (douleurs) fluctuent généralement en suivant les cycles menstruels <i>Examen</i> : masses mobiles caoutchouteuses, bien circonscrites	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Échographie mammaire</i> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• kystes simples : bien circonscrits aux contours nets, pas d'échos internes</li> <li>• kystes complexes : composants kystiques et solides</li> </ul> </li> <li>• <i>Mammographie</i> : distinction impossible entre des masses kystiques et des masses solides, mais peut être indiquée après une échographie</li> <li>• <i>Aspiration mammaire</i> : pour confirmer que la masse est un kyste et peut conduire à la disparition du kyste</li> </ul>
<b>Nécrose graisseuse</b>	<i>Antécédents</i> : Traumatisme mammaire antérieur, réduction mammaire ou augmentation des seins par intervention chirurgicale <i>Examen</i> : masse ferme, contour irrégulier	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Échographie mammaire</i> : contours indistincts, solide</li> <li>• <i>Mammographie</i> : contours indistincts, parfois avec calcifications</li> <li>• <i>Biopsie</i> : nécrose graisseuse</li> </ul>





**TABLEAU 6 : Diagnostic différentiel des pathologies mammaires suite**

Pathologie	Antécédents et manifestation	Tests diagnostiques et signes à rechercher
<b>Papillome intracanaulaire</b>	<i>Antécédents</i> : écoulement sanguin du mamelon <i>Examen</i> : la masse, généralement petite, peut ne pas être palpable	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Mammographie</i> : peut être négative</li> <li>• <i>Échographie mammaire</i> : canal dilaté avec masse ovale</li> <li>• <i>Ductogramme du sein</i> : défaut de garnissage du conduit</li> <li>• <i>Biopsie</i> : croissance papillaire; papillome intracanaulaire bénin, papillome à l'atypie (papillome atypique), papillome avec carcinome canalaire in situ (CCIS), CCIS papillaire, ou carcinome papillaire invasif</li> </ul>
<b>Abcès mammaire</b>	<i>Antécédents</i> : douleurs mammaires, fièvre, hypertrophie alarmante et rapide <i>Examen</i> : grosseur du sein fluctuante et sensible, érythème cutané, mastite	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Échographie mammaire</i> : poche de liquide contenant des débris</li> <li>• <i>Aspiration mammaire</i> : liquide purulent</li> </ul>
<b>Cancer du sein invasif</b>	<i>Antécédents</i> : élargissement progressif du sein noté, antécédents personnels ou familiaux de cancer du sein <i>Examen</i> : masse fixe dure, inversion du mamelon, écoulement du mamelon, rétraction cutanée, aspect « peau d'orange », adénopathie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Mammographie</i> : contours indistincts ou spiculés, de densité accrue, à fines calcifications pléomorphiques</li> <li>• <i>Échographie mammaire</i> : forme irrégulière, contours mal définis, hauteur supérieure à la largeur, calcifications ponctuelles, hypoéchogénicité</li> </ul>
<b>Carcinome canalaire in situ (CCIS)</b>	<i>Antécédents</i> : constatation habituellement fortuite chez une cliente asymptomatique <i>Examen</i> : il peut y avoir une masse mammaire et/ou un écoulement du mamelon, des seins endoloris, une fissuration de la peau	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Mammographie</i> : souvent associée à des microcalcifications</li> <li>• <i>Biopsie</i> : pour analyses histopathologiques afin de confirmer le diagnostic</li> </ul>

## 7.3 Cancer de la prostate

Le cancer de la prostate est le type de cancer le plus fréquent chez les hommes et la deuxième cause de décès par cancer chez les hommes au Royaume-Uni (après le cancer du poumon) [45].

Le cancer de la prostate évolue généralement lentement et se manifeste tardivement, les symptômes n'apparaissant que lorsque la prostate est suffisamment hypertrophiée pour affecter l'urètre, causant des problèmes de miction, ou lorsque le cancer a métastasé dans les os, causant des douleurs. L'hypertrophie de la prostate et les symptômes de miction qui en découlent sont fréquents avec une hypertrophie bénigne de la prostate et ne sont donc pas toujours révélateurs d'un cancer [45].

La plupart des cas de cancer de la prostate sont détectés chez les hommes âgés de 50 ans ou plus et l'incidence augmente avec l'âge. Les facteurs de risque de cancer de la prostate comprennent l'origine ethnique noire et des causes génétiques/antécédents familiaux de cancer de la prostate (chez le père ou le frère).

### 7.3.1 Anamnèse

Le diagnostic du cancer de la prostate basé sur l'anamnèse est difficile. La plupart des symptômes ne sont pas spécifiques et comptent parmi eux des problèmes de miction, de dysfonction érectile, d'hématurie (sang dans les urines) ou de douleur osseuse, en particulier dans le bas du dos.



### 7.3.2 Examen et analyses

Il est possible d'avoir recours à un examen par toucher rectal pour évaluer le cancer de la prostate chez les clients présentant des symptômes inexplicables (énumérés plus haut) et/ou chez ceux présentant des niveaux élevés ou croissants d'antigène prostatique spécifique (PSA) (voir le *Chapitre 2 : Conditions nécessaires relatives à l'établissement de santé, antécédents et examen des clients, Section 4.5*).

Un test PSA mesure les niveaux de PSA dans le sang, qui peuvent être présents à des niveaux croissants en présence de cancer de la prostate. Cependant, le test PSA peut être affecté par d'autres pathologies (par exemple l'élargissement de la prostate) et donner un résultat faux-négatif ou faux-positif. Les tests PSA ne devraient pas être offerts systématiquement aux clients asymptomatiques.

Reportez-vous aux lignes directrices nationales sur l'utilisation du test PSA, de l'examen par toucher rectal et d'autres tests pour le dépistage et/ou des analyses des symptômes du cancer de la prostate, tels qu'une biopsie et une échographie.

### 7.3.3 Prise en charge et traitement

Les clients suspectés de cancer de la prostate peuvent se voir offrir une biopsie de la prostate pour confirmer le diagnostic et une imagerie pour déterminer le stade du cancer de la prostate. Si un établissement de santé ne dispose pas des moyens nécessaires pour poser un diagnostic et/ou fournir les soins thérapeutiques appropriés, les prestataires doivent orienter le client vers un spécialiste.

## 7.4 Autres cancers de l'appareil reproducteur

Les signes et symptômes cliniques ainsi que les analyses pour d'autres cancers de l'appareil reproducteur sont résumés au *Tableau 7*.

Il est probable que les analyses devront avoir lieu dans des établissements de niveau supérieur ou spécialisés. Après évaluation par un spécialiste et diagnostic histologique (si disponible), pour tous les cancers, le traitement peut impliquer une combinaison de chirurgie, de chimiothérapie et de radiothérapie, en fonction du stade de la maladie, de l'état de santé du client et de la disponibilité de l'expertise, du matériel et des installations nécessaires.

**TABLEAU 7 : Signes cliniques et analyses pour d'autres cancers de l'appareil reproducteur**

Lieu	Facteurs de risque, signes et symptômes	Analyses
<b>Endomètre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plus de 50 ans, nulliparité, obésité, utilisation d'œstrogènes non opposée, utilisation de tamoxifène</li> <li>Saignements intermenstruels, métrorragies post-ménopausiques</li> <li>À un stade précoce, il peut n'y avoir aucun signe</li> <li>À un stade plus tardif, un utérus de grande taille et de forme irrégulière peut être palpable</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'échographie peut montrer un épaississement de l'endomètre, en particulier chez les clientes ménopausées ; masse utérine à un stade avancé</li> <li>Biopsie d'endomètre pour confirmation histologique du diagnostic</li> </ul>
<b>Ovaire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Antécédents familiaux de cancer de l'ovaire ou de cancer du sein</li> <li>Symptômes (souvent vagues) : gênes dans le bas-ventre, changements dans les habitudes intestinales, ballonnements, nausées, dyspepsie ou distension ; à mesure que la maladie progresse, il y a perte de poids et anorexie</li> <li>À un stade précoce, il se peut qu'aucun signe ne soit décelé lors de l'examen ; possibilité de détection d'une masse annexielle lors d'un examen bimanuel</li> <li>À un stade avancé de la maladie, présence d'ascite et abdomen tendu et distendu</li> <li>Possibilité d'apparence cachectique (émaciée) de la cliente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Une échographie permet de révéler la présence d'une masse complexe avec un mélange d'éléments kystiques solides</li> </ul>



Lieu	Facteurs de risque, signes et symptômes	Analyses
Vagin	<ul style="list-style-type: none"><li>• Saignements vaginaux irréguliers surtout après les rapports sexuels</li><li>• L'examen au spéculum peut révéler une lésion suspecte, qui est susceptible d'être irrégulière, très vasculaire et de saigner facilement au toucher ; il faut veiller à ne pas provoquer de saignement</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Une colposcopie permet de révéler la présence de vaisseaux anormaux</li><li>• Une biopsie est nécessaire pour poser un diagnostic spécifique</li></ul>
Testicules	<ul style="list-style-type: none"><li>• Âge 15 à 55 ans</li><li>• Gonflement testiculaire ou douleur latente/lourdeur scrotale</li><li>• Grosseur testiculaire bien circonscrite</li><li>• Une manifestation tardive renvoie à la présence de métastases – toux ou essoufflement en cas de propagation aux ganglions lymphatiques pulmonaires, douleur dans l'abdomen due à la propagation des ganglions abdominaux</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Échographie</li><li>• Prises de sang pour les marqueurs tumoraux tels que l'alpha-foetoprotéine ; si disponible, permet de distinguer le type de cancer (séminome ou non)</li><li>• Biopsie et histologie</li></ul>
Pénis	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hommes de plus de 50 ans, fumeurs, hommes atteints de phimosis, associés à une infection par le HPV</li><li>• Des croissances péniennes, changements de couleur, saignements, pertes et phimosis</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Biopsie de zones anormales pour poser un diagnostic et établir le stade</li><li>• Le traitement dépend du stade et couvrir un vaste éventail, de la thérapie topique jusqu'à la chirurgie et la radiothérapie</li></ul>
Anus	<ul style="list-style-type: none"><li>• Légèrement plus fréquent chez les femmes que chez les hommes ; associé à une infection par le HPV</li><li>• Douleur ou pression dans l'anus ou le rectum, changement d'habitudes intestinales, grosseur à proximité de l'anus, saignement rectal, démangeaisons et/ou écoulement</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Évaluation anoscopique et biopsie</li><li>• Frottis de Pap anal lorsqu'une colposcopie anale est disponible, pour la détection précoce du cancer de l'anus chez les individus à haut risque</li></ul>

## 8. Bibliographie

- [1] Organisation mondiale de la Santé Pacifique occidentale [site Internet]. Reproductive health. Disponible à : <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/reproductive-health>. Site consulté le 30 juin 2022.
- [2] Emmanuel M, Bokor BR. Tanner stages. Décembre 2021. StatPearls. Disponible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470280/>. Site consulté le 15 avril 2022.
- [3] American College of Obstetricians and Gynecologists, Committee on Gynecologic Practice. Management of Acute Abnormal Uterine Bleeding in Nonpregnant Reproductive-Aged Women. Avis du Comité n° 557, avril 2013 (réaffirmée en 2020). Disponible à : <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2013/04/management-of-acute-abnormal-uterine-bleeding-in-nonpregnant-reproductive-aged-women>. Site consulté le 2 juin 2020.
- [4] American College of Obstetricians and Gynecologists [site Internet]. Abnormal uterine bleeding: Frequently Asked Questions. Disponible à : <https://www.acog.org/patient-resources/faqs/gynecologic-problems/abnormal-uterine-bleeding>. Site consulté le 5 février 2020.
- [5] Munro MG, Critchley HOD, Fraser IS; FIGO Menstrual Disorders Committee. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions. *Int J Gynecol Obstet* 2018;143(3):393–408.
- [6] American College of Obstetricians and Gynecologists, Committee on Practice Bulletins—Gynecology. Practice bulletin no. 128: Diagnosis of abnormal uterine bleeding in reproductive-aged women. *Obstet Gynecol.* 2012;120(1):197–206.



- [7] Mahapatra PC, Kapur A, Baxi A, Kekre A, Mediratta G, Gajjaraj J. Levonorgestrel intrauterine system: A first line medical therapy for idiopathic heavy menstrual bleeding. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*. 2015;4(5):1257–1263.
- [8] National Institute for Health and Care Excellence [site Internet]. Clinical Knowledge Summaries: Fibroids. Mai 2022. Disponible à : <https://cks.nice.org.uk/fibroids#>. Site consulté le 13 juillet 2022.
- [9] Stewart EA, Cookson CL, Gandolfo RA, Schulze-Rath R. Epidemiology of uterine fibroids: a systematic review. *BJOG*. 2017;124(10):1501–1512.
- [10] De La Cruz MS, Buchanan EM. Uterine fibroids: diagnosis and treatment. *Am Fam Physician*. 2017;95(2):100–107.
- [11] Stewart EA, Lytle BL, Thomas L, et al. The Comparing Options for Management: Patient-centered Results for Uterine Fibroids (COMPARE-UF) registry: rationale and design. *Am J Obstet Gynecol*. 2018;219(1):95.e1–95.e10.
- [12] Mayo Clinic [site Internet]. Symptoms: Pelvic pain. Disponible à : <https://www.mayoclinic.org/symptoms/pelvic-pain/basics/causes/sym-20050898>. Site consulté le 6 février 2020.
- [13] Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The Initial Management of Chronic Pelvic Pain. Green-top Guideline No. 41. Mai 2012. London: RCOG; 2012. Disponible à : [https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg\\_41.pdf](https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_41.pdf). Site consulté le 29 janvier 2020.
- [14] Mayo Clinic [site Internet]. Chronic pelvic pain in women. Disponible à : <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/chronic-pelvic-pain/symptoms-causes/syc-20354368>. Site consulté le 7 février 2020.
- [15] National Institute for Health and Care Excellence [site Internet]. Clinical Knowledge Summaries: Pelvic inflammatory disease. Avril 2022. Disponible à : <https://cks.nice.org.uk/pelvic-inflammatory-disease#>. Site consulté le 13 juillet 2022.
- [16] Curry A, Williams T, Penny ML. Pelvic Inflammatory Disease: Diagnosis, Management, and Prevention. *Am Fam Physician*. 2019;100(6):357–364.
- [17] Workowski KA, Bolan GA; Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep*. 2015;64(RR-03):1–137.
- [18] Organisation mondiale de la Santé. Classification internationale des maladies, 11<sup>e</sup> révision (CIM-11) Genève : OMS; 2018.
- [19] National Institute for Health and Care Excellence [site Internet]. Clinical Knowledge Summaries: Endometriosis. Février 2020. Disponible à : <https://cks.nice.org.uk/endometriosis>. Site consulté le 7 février 2020.
- [20] Mayo Clinic [site Internet]. Adenomyosis. Juin 2020. Disponible à : <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/adenomyosis/symptoms-causes/syc-20369138>. Site consulté le 3 juin 2020.
- [21] Stratton P, Winkel C, Premkumar A, et al. Diagnostic accuracy of laparoscopy, magnetic resonance imaging, and histopathologic examination for the detection of endometriosis. *Fertil Steril* 2003;79(5):1078–85.
- [22] National Institute for Health and Care Excellence. Menopause: diagnosis and management. NICE Guideline [NG23]. Novembre 2015 (mis à jour en décembre 2019). Disponible à : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng23>. Site consulté le 15 avril 2022.
- [23] National Institute for Health and Care Excellence [site Internet]. Clinical Knowledge Summaries: Menopause. Mars 2022. Disponible à : <https://cks.nice.org.uk/menopause>. Site consulté le 15 avril 2022.
- [24] Shifren JL, Gass ML; NAMS Recommendations for Clinical Care of Midlife Women Working Group. The North American Menopause Society recommendations for clinical care of midlife women. *Menopause*. 2014;21(10):1038–62.
- [25] Freedman RR, Kruger ML, Tancer ME. Escitalopram treatment of menopausal hot flashes. *Menopause*. 2011;18(8):893–6.
- [26] Mayo Clinic [site Internet]. Benign prostatic hyperplasia (BPH). Avril 2021. Disponible à : <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/benign-prostatic-hyperplasia/symptoms-causes/syc-20370087>. Site consulté le 26 novembre 2021.
- [27] BMJ Best Practice [site Internet]. Hydrocele. Juin 2020. Disponible à : <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/1104>. Site consulté le 10 octobre 2021.
- [28] Sharp VJ, Kieran K, Arlen AM. Testicular torsion: diagnosis, evaluation, and management. *Am Fam Physician*. 2013;88(12):835–40.
- [29] Yafi FA, Jenkins L, Albersen M, et al. Erectile dysfunction. *Nat Rev Dis Primers*. 2016;2:16003.
- [30] Hashemi L, Weinreb J, Weimer AK, Weiss RL. Transgender Care in the Primary Care Setting: A Review of Guidelines and Literature. *Fed Pract*. 2018;35(7):30–37.
- [31] World Professional Association for Transgender Health. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People. 7th version. 2012. Disponible à : <https://www.wpath.org/publications/soc>. Site consulté le 26 novembre 2021.



- [32] American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee on Gynecologic Practice and Committee of Health Care for Underserved Women. Health care for transgender and gender diverse individuals. ACOG Committee Opinion, Number 823. *Obstet Gynecol*. 2021;137(3):e75–e88.
- [33] Organisation mondiale de la Santé. Classification internationale des maladies, 11<sup>e</sup> révision (CIM-11) Genève : OMS ; 2018.
- [34] Organisation mondiale de la Santé [site Internet]. Infertilité. Principaux faits. Septembre 2020. Disponible à : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/infertility>. Site consulté le 26 novembre 2021
- [35] Lindsay TJ, Vitrikas KR. Evaluation and treatment of infertility. *Am Fam Physician*. 2015;91(5):308–14. Erratum in: *Am Fam Physician*. 2015;92(6):437.
- [36] Organisation mondiale de la Santé [site Internet]. Cancer du col de l'utérus. Principaux faits. Février 2022. Disponible à : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>. Site consulté le 11 avril 2022.
- [37] American Cancer Society [site Internet]. Risk factors for cervical cancer. Janvier 2020. Disponible à : <https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer/causes-risks-prevention/risk-factors.html>. Site consulté le 15 avril 2022.
- [38] Organisation mondiale de la Santé. WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention. Second edition. Genève : OMS ; 2021. Disponible à : <https://www.who.int/publications/item/9789240030824>. Site consulté le 26 novembre 2021
- [39] Fédération internationale pour la planification familiale. Cervical cancer strategy 2020–2024. Londres : IPPF ; 2020. Disponible à : <https://www.ippf.org/sites/default/files/2020-08/IPPf%20Cervical%20Cancer%20Strategy%202020-2024.pdf>. Site consulté le 26 novembre 2021
- [40] Fédération internationale pour la planification familiale. A How-to-Guide to Cervical Cancer Screening and Treatment Programmes. Londres : IPPF ; 2018. Disponible à : <https://www.ippf.org/resource/field-world-ippfs-cervical-cancer-prevention-journey>. Site consulté le 2 juin 2020.
- [41] National Cancer Institute. Male Breast Cancer Treatment (PDQ®) – Health Professional Version. Washington, DC : U.S. Department of Health and Human Services; 2020. Disponible à : <https://www.cancer.gov/types/breast/hp/male-breast-treatment-pdq>. Site consulté le 4 février 2020.
- [42] Organisation mondiale de la Santé [site Internet]. Cancer du sein. Mars 2021. Disponible à : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>. Site consulté le 11 avril 2022.
- [43] Oxford Medical Education [site Internet]. Breast examination. Disponible à : <http://www.oxfordmedicaleducation.com/clinical-examinations/breast-examination/>. Site consulté le 3 janvier 2020.
- [44] National Health Service [site Internet]. Breast cancer in men. Mars 2020. Disponible à : <https://www.nhs.uk/conditions/breast-cancer-in-men/>. Site consulté le 4 février 2021.
- [45] National Institute for Health and Care Excellence [site Internet]. Clinical Knowledge Summaries: Prostate cancer. Février 2022. Disponible à : <https://cks.nice.org.uk/prostate-cancer>. Site consulté le 11 avril 2022.



## 9. Annexes

### Annexe 1 : Options de traitement pour les clients transgenres et surveillance de l'hormonothérapie transgenre

TABLEAU 1 : Options de traitement pour les clients transgenres

Type	Dose	Commentaires
<b>Homme à femme</b>		
<b>Œstrogène</b>		
Estradiol par voie orale	2,0–6,0 mg/j	Envisager une prise sublinguale pour éviter l'effet de premier passage
Dispositif transdermique à base d'estradiol	0,025–0,4 mg/j deux fois par semaine	Préféré à la prise par voie orale pour empêcher la survenue d'un événement thrombotique
Valérate ou cypionate d'estradiol parentéral	5–30 mg par voie IM toutes les 2 semaines	
2–10 mg par voie IM toutes les semaines	Préféré à la prise par voie orale pour empêcher la survenue d'un événement thrombotique	
<b>Anti-androgène</b>		
Spirolactone	100–300 mg/j	Vérifier le potassium 1 à 2 semaines après la mise en route
Acétate de cyprotérone	25–100 mg/j	Non disponible aux États-Unis
Agonistes de la GnRH (leuprolide)	3,75–7,5 mg par voie IM mo	Souvent à ne pas utiliser
<b>Femme à homme</b>		
<b>Testostérone</b>		
Testostérone parentérale Enanthate ou cypionate	100–200 mg par voie IM (ou SQ) toutes les 2 semaines	Si la testostérone sérique est dans la plage normale inférieure mais que la libido du patient continue d'être faible, la dose peut être ajustée lentement tout en surveillant les EI
Gel de testostérone transdermique	2,5–10 g/j	Donne des niveaux plus lisses mais peut être transféré au partenaire ou aux enfants
Undécanoate de testostérone	1 000 mg toutes les 12 semaines	Non disponible aux États-Unis

Abréviations : EI, effets indésirables ; GnRH, agonistes de l'hormone de libération des gonadotrophines ; IM, intramusculaire ; SQ, sous-cutané.

Source : Reproduit avec la permission de Frontline Medical Communications Inc. Transgender Care in the Primary Care Setting : A Review of Guidelines and Literature. Californie : Hashemi et al ; 2018.



**TABLEAU 2 : Surveillance de l'hormonothérapie transgenre**

Homme à femme	Femme à homme
Évaluer le patient tous les 2 à 3 mois la première année, puis 1 à 2 fois par an	Évaluer le patient tous les 2 à 3 mois la première année, puis 1 à 2 fois par an
Mesurer la testostérone sérique et l'estradiol tous les 3 mois au cours de la première année, puis tous les 6 mois au cours de la deuxième année, puis une fois par an; le taux de testostérone total cible doit être < 50 ng/dl et celui d'estradiol < 200 pg/ml; le taux de prolactine doit être vérifié au départ, puis au moins une fois par an pendant la transition, puis tous les 2 ans	Mesurer la testostérone tous les 2–3 mois jusqu'à ce que le niveau se situe dans la plage physiologique normale, puis tous les 6 mois la 2 <sup>e</sup> année, puis une fois par an; vérifier la prolactine si le patient présente des symptômes
Si sous spironolactone : vérifier les électrolytes sériques tous les 3 mois pendant la première année puis tous les ans	Mesurer le taux d'estradiol pendant les 6 premiers mois du traitement ou jusqu'à ce qu'il n'y ait pas de saignement pendant 6 mois
Vérifier NFS, TFH lors des consultations de référence et de suivi	Vérifier NFS, TFH lors des consultations de référence et de suivi
Panneau lipidique : basé sur les recommandations de l'USPSTF	Panneau lipidique : basé sur les recommandations de l'USPSTF
HbA <sub>1c</sub> : basé sur les recommandations de l'USPSTF	HbA <sub>1c</sub> : basé sur les recommandations de l'USPSTF

Abréviations : NFS, numération formule sanguine; HbA<sub>1c</sub>, hémoglobine A1c; TFH, test de la fonction hépatique; USPSTF, US Preventive Services Task Force.

Source : Reproduit avec la permission de Frontline Medical Communications Inc. Transgender Care in the Primary Care Setting : A Review of Guidelines and Literature. Californie : Hashemi et al; 2018.



## Annexe 2 : Inspection visuelle avec l'acide acétique (IVA)

### A. Avant d'appliquer l'acide acétique

- Une fois le spéculum en place, observez la taille et la forme du col de l'utérus.
- Identifiez l'orifice externe. Notez toutes les caractéristiques normales (non pathologiques) ainsi que toutes les caractéristiques pathologiques du col de l'utérus : l'épithélium cylindrique (rouge), l'épithélium squameux (rose), la jonction pavimento-cylindrique (JPC), la zone de remaniement.
- Évaluez les caractéristiques de l'écoulement : quantité, couleur, odeur et épaisseur.

**TABLEAU 1 : Résultats de l'inspection visuelle AVANT l'application d'acide acétique**

<p><b>Résultats normaux (caractéristiques non pathologiques du col de l'utérus)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Post-ménopause</b> : amincissement et atrophie de l'épithélium squameux ; le col de l'utérus apparaît pâle et fragile</li> <li>• <b>Ectropion</b> : grande surface d'aspect rouge autour de l'orifice externe, avec la JPC très éloignée de celui-ci</li> <li>• <b>Kystes nabothiens</b> : nodules bleu-blanc ou jaune-blanc saillants, d'aspect lisse et délicate avec des vaisseaux sanguins ramifiés ; peuvent être de grosse taille et déformer la forme du col de l'utérus</li> <li>• <b>Lacération cicatrisée</b> des lèvres cervicales, orifice externe</li> </ul>
<p><b>Résultats pathologiques</b></p>	<p><b>Non cancéreux :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Condylomes (verrues génitales)</b> : renflements blancs-gris à l'intérieur ou à l'extérieur de la zone de remaniement de l'épithélium squameux, lésions similaires dans le vagin et la vulve</li> <li>• <b>Cervicite</b> : zones rouges érosives étendues se prolongeant jusqu'au vagin en cas d'infection/inflammation sévère ; saignements du col de l'utérus ; saignements par contact ; petits ulcères multiples ; signes de petites ampoules contenant du liquide</li> <li>• <b>Polype cervical</b> : masse lisse faisant saillie du canal cervical qui dépasse l'orifice externe, d'aspect rouge foncé ou blanc-rose ; un polype nécrotique ressemble à un cancer du col de l'utérus</li> <li>• <b>Leucoplasie</b> : lésions blanches et lisses sur le col de l'utérus qui ne peuvent pas être enlevées ou grattées</li> </ul> <p><b>Cancer invasif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cancer invasif très précoce : zone rugueuse, rougeâtre, granulaire, saignements par contact possibles</li> <li>• Cancer invasif avancé : saignements par contact et nécrose et <ul style="list-style-type: none"> <li>• grosse excroissance exophytique avec une masse ulcéro-proliférative protubérante avec des excroissances polypoïdes ou papillaires, provenant du col de l'utérus ou</li> <li>• une excroissance principalement ulcérate remplaçant la majeure partie du col de l'utérus</li> <li>• écoulement nauséabond provenant d'une infection secondaire</li> </ul> </li> <li>• Se manifeste occasionnellement comme une lésion infiltrante avec un col de l'utérus irrégulier grossièrement hypertrophié</li> </ul>





## B. Après application d'acide acétique

Appliquer l'acide acétique dilué (3 % à 5 %) à l'aide d'un écouvillon et essuyer toutes les sécrétions. Attendre 1 minute et observer les caractéristiques de la ou des lésions acidophiles :

- **Nombre de lésions.**
- **Taille, étendue, dimensions :** couverture de tout ou partie de la zone de remaniement ; couverture de l'intégralité du col de l'utérus.
- **Emplacement :** à l'intérieur, près ou loin de la zone de remaniement touchant la JPC.
- **Intensité et uniformité de la couleur blanche :** blanc brillant, blanc laiteux, blanc pâle, blanc terne.
- **Contours et démarcations :** contours clairs et nets ou diffus et indistincts ; contours surélevés ou plats ; contours réguliers ou irréguliers ; zones d'érosion à l'intérieur de la lésion.
- **Extension :** dans le canal endocervical.

TABLEAU 2 : Résultats de l'IVA 1 minute APRÈS l'application de l'acide acétique

<b>IVA négative (-) (résultats normaux)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• L'absence de lésions acidophiles sur le col</li><li>• La présence de polypes faisant saillie à l'extérieur du col avec des zones acidophiles d'un blanc opalescent bleuté</li><li>• La présence de kystes de Naboth ayant l'aspect de papules blanchâtres ou de « boutons »</li><li>• La présence dans l'endocol de zones acidophiles semées de petits points traduisant la présence d'un épithélium cylindrique qui réagit à l'acide acétique en prenant un aspect en grains de raisin</li><li>• La présence de lésions brillantes d'un blanc rosé, bleuté ou trouble, légèrement inégales, ou encore de lésions aux contours flous, mal définis, se confondant avec le reste du col</li><li>• Lésions acidophiles anguleuses, irrégulières, digitiformes, semblables à des régions géographiques, éloignées (détachées) de la JPC (lésions satellites)</li><li>• L'observation d'un discret liseré blanc ou d'une réaction acidophile peu intense, au niveau de la jonction pavimento-cylindrique</li><li>• L'observation d'un blanchiment acidophile à l'aspect strié dans l'épithélium cylindrique</li><li>• La présence de plages acidophiles, mal définies, inégales, pâles, discontinues, et dispersées</li></ul>
<b>IVA positive (+)</b>	<p><b>IVA + pour l'état précancéreux</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• La présence de zones acidophiles, distinctes, bien définies, denses (blanc opaque, blanc terne ou blanc d'huître) avec des marges régulières ou irrégulières dans la zone de remaniement, proches ou accolées à la JPC, ou proches de l'orifice externe si la JPC n'est pas visible</li><li>• La présence de zones acidophiles très denses dans l'épithélium cylindrique</li><li>• Le col tout entier blanchit sous l'effet de l'acide acétique</li><li>• La présence d'un condylome et d'une leucoplasie proches de la JPC, qui blanchissent intensément après l'application d'acide acétique</li></ul> <p><b>IVA + pour le cancer invasif</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• La présence, sur le col, d'une tumeur ulcéro-proliférative qui blanchit fortement sous l'effet de l'acide acétique et saigne au toucher</li></ul>

Source : Adapté de Sankaranarayanan R, Wesley RS. Guide pratique pour le dépistage des néoplasies cervicales. Publication technique du CIRC n° 41. Lyon : Centre international de Recherche sur le Cancer (CIRC) ; 2003. Disponible à : <https://screening.iarc.fr/viavilichap2.php?lang=2>. Site consulté le 3 janvier 2020.



## Annexe 3 : Description de la cryothérapie et de la résection à l'anse diathermique (RAD)

	Cryothérapie	Résection à l'anse diathermique
<b>Description</b>	<p>La cryothérapie élimine les lésions précancéreuses sur le col de l'utérus en les congelant (méthode de traitement par destruction). Elle consiste à appliquer à leur surface un disque de métal porté à très basse température (sonde cryogénique) et à congeler les zones anormales (ainsi que les zones normales) couvertes par la sonde. La congélation par la sonde cryogénique se fait en utilisant de la neige carbonique (CO<sub>2</sub>) ou de l'azote liquide (N<sub>2</sub>O) contenu dans un réservoir comprimé</p>	<p>La RAD consiste à retirer les zones précancéreuses/anormales du col de l'utérus (et à éliminer la zone de remaniement dans sa totalité) à l'aide d'une fine anse métallique reliée à un générateur électrochirurgical. Cette anse permet de couper les tissus et d'assurer l'hémostase dans le même temps, l'hémostase étant ensuite complétée à l'aide d'une électrode à boule</p> <p>La RAD a un double objectif : elle permet d'enlever la lésion (et de traiter ainsi les lésions précancéreuses) et aussi de prélever un échantillon de tissu à envoyer au laboratoire pour un examen histopathologique, afin d'évaluer l'étendue de la lésion. Cependant, les bords des échantillons peuvent être carbonisés, ce qui complique parfois l'analyse histologique des bords des lésions</p>
<b>Prestataire/installation</b>	<p>La cryothérapie peut être effectuée à n'importe quel niveau du système de santé, par un prestataire de soins de santé (médecin, infirmier, sage-femme) qui est qualifié à réaliser des examens pelviens et formé à la cryothérapie</p>	<p>Elle ne doit être réalisée que par un agent de santé dûment formé et compétent, par exemple un gynécologue, dans une structure de soins où des renforts sont disponibles pour la prise en charge des problèmes éventuels, à savoir dans des structures de soins du niveau secondaire (hôpitaux de district) ou d'un niveau supérieur</p>
<b>Critères à remplir</b>	<p>Les femmes chez qui le dépistage s'avère positif lors d'un test de HPV, dépistage par IVA ou par cytologie, ou les femmes qui présentent des lésions CIN2+ confirmées par l'examen histologique remplissent les critères pour être traitées par cryothérapie si la totalité de la lésion et de la JPC sont visibles, et que la lésion ne recouvre pas plus que les trois quarts de l'exocol. Si la lésion est plus large que la sonde cryogénique utilisée ou si elle s'étend à l'intérieur du canal endocervical, la patiente ne peut pas être traitée par cryothérapie. L'IVA peut permettre de déterminer si les critères sont remplis</p>	<p>Les femmes chez qui le dépistage s'avère positif (par exemple lors d'un test du HPV, un dépistage par IVA ou par cytologie) ou les femmes qui présentent des lésions CIN2+ confirmées par l'examen histologique remplissent les critères pour être traitées par RAD s'il n'y a pas de suspicion de cancer invasif</p>
<b>Anesthésie</b>	<p>Le traitement prend environ 15 minutes et n'est associé qu'à une gêne légère, donc aucune anesthésie n'est nécessaire</p>	<p>La procédure peut être réalisée en ambulatoire sous anesthésie locale et prend généralement moins de 30 minutes</p>



	Cryothérapie	Résection à l'anse diathermique
<b>Après l'intervention</b>	Après la cryothérapie, la zone congelée se régénère et met un mois à être remplacée par un épithélium normal. La cliente doit être avertie qu'elle peut pendant ce temps présenter des pertes aqueuses abondantes et doit éviter d'avoir des rapports sexuels jusqu'à la disparition de ces pertes, ou utiliser des préservatifs si elle n'est pas en mesure de respecter l'abstinence sexuelle	Après la RAD, la cliente doit rester à l'établissement de santé de soins ambulatoires pendant quelques heures pour s'assurer qu'il n'y a pas de saignement. La cliente doit être avertie de s'attendre à éprouver de légères crampes pendant quelques jours et présenter des pertes vaginales pendant un mois au maximum en attendant que le tissu cervical se régénère. Ces pertes pourront s'accompagner de saignements pendant 7 à 10 jours, puis prendre une couleur jaunâtre. La patiente doit donc aussi être avertie qu'elle doit éviter d'avoir des rapports sexuels pendant cette période, ou utiliser des préservatifs si elle n'est pas en mesure de respecter l'abstinence sexuelle

Source : Adapté de l'Organisation mondiale de la Santé. La lutte contre le cancer du col de l'utérus : guide des pratiques essentielles. Deuxième édition. Genève : OMS ; 2014. Disponible à : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254713/9789242548952-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Site consulté le 31 janvier 2020.



## Annexe 4 : Résumé du risque de cancer du sein

### Facteurs de risque inéluctables :

- **Viellissement.** Le risque de cancer du sein augmente avec l'âge ; la plupart des cancers du sein sont diagnostiqués après l'âge de 50 ans.
- **Mutations génétiques.** Variations héréditaires (mutations) de certains gènes, tels que BRCA1 et BRCA2. Les femmes porteuses de mutations héréditaires de ces gènes courent un risque plus élevé de cancer du sein et du cancer des ovaires. Les hommes qui en sont porteurs, en particulier du gène BRCA2, sont plus à risque de cancer du sein et du cancer de la prostate.
- **Ménarche précoce (avant l'âge de 12 ans) et ménopause tardive (après l'âge de 55 ans).** L'individu est exposé à des œstrogènes endogènes plus longtemps, ce qui induit une légère augmentation du risque de cancer du sein.
- **Des seins denses.** Des seins denses ont plus de tissu conjonctif que des tissus adipeux, ce qui peut parfois rendre les tumeurs difficiles à voir sur une mammographie. Les femmes aux seins denses ont plus de risques d'être atteintes d'un cancer du sein.
- **Antécédents personnels de cancer du sein.** Les personnes qui ont eu un cancer du sein sont plus susceptibles d'être atteintes d'un cancer du sein une deuxième fois.
- **Antécédents personnels de certaines maladies du sein non cancéreuses.** Certaines maladies du sein non cancéreuses, comme l'hyperplasie atypique ou le carcinome lobulaire in situ, sont associées à un risque plus élevé d'être atteintes d'un cancer du sein.
- **Antécédents familiaux de cancer du sein.** Le risque de cancer du sein d'une personne est plus élevé si elle a un parent au premier degré ou plusieurs membres de la famille du côté de sa mère ou de son père qui ont été atteints d'un cancer du sein. Avoir un parent de sexe masculin au premier degré atteint d'un cancer du sein accroît également le risque.
- **Traitement antérieur par radiothérapie.** Les personnes qui ont reçu une radiothérapie de la poitrine ou des seins (comme le traitement du lymphome de Hodgkin) avant l'âge de 30 ans ont un risque plus élevé d'être atteintes d'un cancer du sein plus tard dans la vie.
- **Hommes avec une pathologie qui accroît les œstrogènes systémiques :** Syndrome de Klinefelter et cirrhose du foie (ainsi que l'obésité).

### Facteurs de risque modifiables :

- **Absence d'activité physique.** Les femmes qui ne sont pas physiquement actives courent un risque plus élevé d'être atteintes d'un cancer du sein.
- **Surpoids ou obésité après la ménopause.** Facteur associé à un risque plus élevé de cancer du sein, par rapport aux personnes qui ne sont pas obèses. L'obésité est aussi un facteur de risque chez les hommes.
- **Prise d'hormonothérapie combinée.** La prise d'hormones pour remplacer les œstrogènes et la progestérone manquants pendant la ménopause pendant plus de 5 ans accroît le risque de cancer du sein. Les hormones ayant un facteur démontré d'augmentation du risque sont les œstrogènes et le progestatif en cas de prise combinée.
- **Prise de la pilule contraceptive orale.** Il a été constaté que certaines pilules contraceptives orales augmentent le risque de cancer du sein.
- **Grossesse tardive ou absence de grossesse.** Le fait d'avoir une première grossesse après l'âge de 30 ans et de ne jamais mener à terme une grossesse peut augmenter le risque de cancer du sein.
- **Consommation d'alcool.** Des études montrent que la consommation d'alcool augmente le risque du cancer du sein chez une femme. Il est possible qu'il en aille de même chez les hommes.

Sources : Adapté de Centers for Disease Control and Prevention [site Internet]. What Are the Risk Factors for Breast Cancer? Disponible à : [https://www.cdc.gov/cancer/breast/basic\\_info/risk\\_factors.htm](https://www.cdc.gov/cancer/breast/basic_info/risk_factors.htm). Site consulté le 4 février 2020 ; National Cancer Institute [site Internet]. BRCA Mutations: Cancer Risk and Genetic Testing. Disponible à : <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/genetics/brca-fact-sheet>. Site consulté le 4 février 2020 ; et National Health Service [site Internet]. Breast Cancer in Men. Disponible à : <https://www.nhs.uk/conditions/breast-cancer-in-men/>. Site consulté le 4 février 2020.



## Annexe 5 : Étapes pour l'auto-examen des seins

Procédez à un examen de vos seins une fois par mois, après les règles.

Pour toutes les étapes de l'auto-examen des seins, la cliente doit être informée que de chaque côté, le tissu mammaire s'étend de la clavicule jusqu'à la ligne de soutien-gorge sous les seins, et de l'axe du sternum jusque sous les aisselles à droite et à gauche.

### Étape 1 : Inspectez visuellement les seins dans un miroir

- Commencez en tenant vos bras le long du corps, puis levez les bras au-dessus de la tête, et enfin posez vos mains sur les hanches en appuyant fermement dessus. Voyez si vous décelez les signes suivants :
- grosseur ou épaissement dans les seins, de quelque taille que ce soit
- modification de l'aspect ou de la forme des seins
- modification de la position ou du niveau des mamelons
- plissement de la surface de la peau
- mamelons rétractés
- écoulement ou saignements inhabituels des mamelons
- capitonnage de la surface de la peau pareil à une *peau d'orange*

### Étape 2 : Examinez vos seins en position allongée

Placez un oreiller sous l'épaule gauche, le bras gauche replié sous la tête. Palpez le sein gauche avec les coussinets des trois doigts du milieu, en gardant la main à plat. Faites la même chose pour examiner le sein droit de la main gauche. Il s'agit de palper le sein légèrement mais fermement de manière systématique, par exemple en cercles concentriques ou en carrés.

### Étape 3 : Examinez vos seins en position debout

Procédez à une palpation systématique comme décrite à l'étape 2, mais debout, par exemple sous la douche.

# Chapitre 9 :

## Santé maternelle

# sommaire

<b>1. Introduction</b>	<b>320</b>
<b>2. Soins prénatals</b>	<b>320</b>
2.1 Objet des soins prénatals	320
2.2 Nombre et composants des contacts prénatals	321
2.3 Analyses systématiques et dépistage des facteurs de risque	321
2.4 Interventions de santé préventive	324
<b>3. Gestion du travail d'accouchement, de l'accouchement et de la période immédiate suivant l'accouchement</b>	<b>326</b>
3.1 Principes généraux et préparation aux situations d'urgence	326
3.2 Prise en charge de la rupture de membranes pendant le travail et avant	326
3.3 Gestion d'un travail d'accouchement normal	329
<b>4. Complications pendant la grossesse</b>	<b>332</b>
4.1 Hyperémèse gravidique	332
4.2 Désordres hypertensifs de la grossesse	333
4.3 Saignements pendant la grossesse	334
4.4 Travail prématuré	339
4.5 Prolapsus du cordon ombilical	339
4.6 Obstruction du travail	339
4.7 Septicémie maternelle	340
4.8 Complications fœtales	341



# sommaire (suite)

<b>5. Soins postnatals</b>	<b>341</b>
5.1 Soins postnatals pour le nouveau-né	342
5.2 Soins postnatals pour la cliente	343
<b>6. Bibliographie</b>	<b>344</b>
6.1 Ressources	346
<b>7. Annexes</b>	<b>348</b>
Annexe 1 : Calendrier d'interventions recommandé par l'Organisation mondiale de la Santé pour des soins prénatals	348
Annexe 2 : Diagnostic de grossesse	357
Annexe 3 : Plan d'accouchement et d'urgence	358
Annexe 4 : Triage pour les soins prénatals, intrapartum et postnatals	360
Annexe 5 : Évaluation initiale d'une personne se présentant en situation possible de travail d'accouchement ou avec des membranes rompues	361
Annexe 6 : Traitement de la prééclampsie sévère et de l'éclampsie	362
Annexe 7 : Réanimation néonatale de base	365



## 1. Introduction

La santé maternelle désigne la santé d'une personne pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-partum, appelée aussi période puerpérale, qui dure environ 6 semaines ou 42 jours après la naissance. Si les événements qui se produisent au cours de cette période sont souvent des expériences positives et enrichissantes, pour un trop grand nombre de personnes, cette période est associée à des souffrances, à un mauvais état de santé, voire à un décès.

Pour qu'une expérience de grossesse soit positive, il faut que les soins de maternité prodigués répondent aux valeurs, aux croyances et aux besoins de la personne concernée. Une revue systématique de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a conclu que trois facteurs comptent pour une femme par rapport à son accouchement : le caractère physique et psychosocial de la naissance en tant qu'expérience vécue dans sa chair, les normes familiales et socioculturelles locales qui légitiment ou recadrent les attentes concernant le travail et l'accouchement, et la façon dont les soins de maternité remplissent ou entravent leurs souhaits [1]. De nombreuses sources montrent à quel point il est impératif que les soins de maternité reconnaissent les avantages d'accéder aux souhaits de toutes les personnes enceintes (et les risques de ne pas le faire). Cette optique devrait devenir un élément central de la prestation de soins afin d'assurer l'adoption optimale de soins de maternité efficaces et respectueux et, par conséquent, la santé des femmes en âge de procréer, de leurs nourrissons et de leur famille, à court et à long terme [1,2].

Ce chapitre s'intéresse à quelques-unes des principales interventions pour la santé maternelle et néonatale qui sont essentielles pour sauver la vie de la femme et de son nourrisson et pour améliorer leur santé et leur bien-être, y compris la détection précoce des facteurs de risque et la fourniture en temps opportun d'interventions et de traitements préventifs pertinents pendant la grossesse, le travail et l'accouchement, et la période post-partum/postnatale immédiate et prolongée. Ce chapitre vise à fournir des orientations aux établissements de santé de niveau inférieur et à ceux qui ont des réseaux d'orientation qui prévoient des soins obstétricaux plus spécialisés pour les personnes à risque élevé ou présentant des complications.

### Sigles et abréviations

<b>DSG</b>	diabète sucré gestationnel
<b>HPP</b>	hémorragie du post-partum
<b>IMC</b>	indice de masse corporelle
<b>MGF</b>	mutilations génitales féminines
<b>MVZ</b>	maladie à virus Zika
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la Santé
<b>RMAT</b>	rupture des membranes avant le travail
<b>RPMAT</b>	rupture prématurée des membranes avant terme
<b>SONU</b>	soins obstétricaux et néonataux d'urgence
<b>SONUB</b>	soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base
<b>SONUC</b>	soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets
<b>VSBG</b>	violences sexuelles et basées sur le genre

## 2. Soins prénatals

### 2.1 Objet des soins prénatals

Les soins prénatals s'entendent comme les soins prodigués par des prestataires de soins de santé qualifiés à une personne enceinte afin d'assurer le meilleur état de santé pour elle et pour le fœtus pendant la grossesse. Les composantes des soins prénatals comprennent l'identification des risques, la prévention et la prise en charge des maladies liées à la grossesse ou concomitantes, ainsi que l'éducation et la promotion de la santé [3].

Des soins prénatals adéquats et appropriés sauvent des vies. Lorsqu'ils sont fournis avec d'autres soins de santé essentiels, les soins prénatals peuvent potentiellement être grandement bénéfiques pour les individus, les familles et les communautés. Pour les soins aux personnes enceintes qui ne souhaitent pas poursuivre une grossesse, voir le [Chapitre 5: Soins d'avortement](#).





## 2.2 Nombre et composants des contacts prénatals

L'OMS recommande un minimum de huit contacts de soins prénatals. Cette approche remplace le modèle de soins prénatals « ciblés » ou « de base » axé autour de quatre visites, dans le but de réduire la mortalité périnatale et d'améliorer les expériences de soins pendant la grossesse [3].

Chaque contact se concentre sur des évaluations et interventions en faveur d'issues positives de la grossesse. Chaque contact de soins prénatals doit impliquer les tâches suivantes (voir l'*Annexe 1* pour le calendrier d'interventions recommandé par l'OMS pour les visites de soins prénatals) :

1. Confirmer le diagnostic de grossesse (voir l'*Annexe 2*) et établir un âge gestationnel précis.
2. Élaborer ou revoir le plan d'accouchement, en tenant compte d'éventuels changements cliniques ou des difficultés de mobilité, de l'apparition de signes avant-coureurs ou des changements dans les souhaits de la cliente (voir l'*Annexe 3*).
3. Évaluer (détecter) les facteurs de risque (voir la *Section 2.3*), y compris la réévaluation de tout risque décelé lors de visites préalables.
4. Donner des conseils nutritionnels et promouvoir des comportements sains, le cas échéant (voir la *Section 2.4*).
5. Mettre à jour le dossier de la cliente, à savoir ses antécédents, les examens, les résultats d'analyses et les discussions, et planifier la prochaine visite de soins prénatals.

## 2.3 Analyses systématiques et dépistage des facteurs de risque

Les contacts de soins prénatals sont l'occasion d'évaluer les signes et symptômes et de déceler et traiter les complications de la grossesse sans tarder et de la manière appropriée. Une anamnèse approfondie au premier contact, retraçant les antécédents prénatals complets, y compris des pathologies (et la prise de médicaments), procure au prestataire de soins de santé la possibilité de détecter tout facteur de risque chez la personne enceinte, de la prendre en charge et de la réévaluer pendant la grossesse, et de procéder aux orientations vers des services spécialisés, le cas échéant.

### 2.3.1 Analyses systématiques

Les analyses suivantes sont **recommandées** pendant la grossesse [3] :

- Mesure régulière de la tension artérielle, du poids et de la présence de protéinurie.
- Numération formule sanguine complète (de préférence) ou taux d'hémoglobine (par hémoglobinomètre de préférence à la méthode de l'échelle de couleur de l'hémoglobine) aux visites 1, 3 et 6 (12, 26 et 36 semaines de grossesse).
- Mise en culture de l'urine du milieu du jet (méthode recommandée) ou de coloration de Gram (de préférence à l'utilisation de bandelettes réactives) aux visites 1, 3, et 5 (12, 26 et 34 semaines). Dépistage à l'instigation du prestataire et conseil pour le dépistage du VIH et de la syphilis (test rapide de la réagine plasmatique ou test VDRL) à la visite 1 (12 semaines). Un test de syphilis rapide sur place est recommandé en cas de faible couverture du dépistage de la syphilis, de capacité de laboratoire limitée ou de forte prévalence de la syphilis ( $\geq 5\%$ ) [4].
- Dépistage du diabète gestationnel (entre 24 et 28 semaines de grossesse) ou si une hyperglycémie est détectée pour la première fois au cours de la grossesse.
- Dépistage de tabagisme, de la consommation d'alcool et de substances psychoactives à chaque visite prénatale.
- Une échographie avant 24 semaines afin de déterminer l'âge gestationnel, d'améliorer la détection des anomalies fœtales et des grossesses multiples, de réduire le taux d'induction du travail pour les grossesses ayant dépassé le terme et d'améliorer le vécu de la grossesse par la femme.

Les analyses et interventions suivantes sont recommandées dans des contextes spécifiques et sont répétées lorsqu'elles sont cliniquement indiquées :

- Examens vaginaux systématiques, examen mammaire, pesée et échographie.
- Le dépistage de la tuberculose est recommandé lors de la première visite (12 semaines) dans les régions à forte prévalence.
- Il convient vivement d'envisager de procéder à une enquête clinique sur la possibilité de violences sexuelles et basées sur le genre (VSBG) lors des visites de soins prénatals, afin d'évaluer les affectations susceptibles d'être causées ou compliquées par des VSBG en vue d'améliorer le diagnostic clinique et les soins ultérieurs, dans les contextes où il existe la capacité de fournir une réponse de soutien (y compris l'orientation vers des services spécialisés le cas échéant, voir le *Chapitre 10: Violences sexuelles et basées sur le genre*).



- L'écoute de la fréquence cardiaque fœtale peut être rassurante pour la cliente et peut lui être proposée, tout en sachant qu'il ne s'agit pas là d'un prédicteur du bien-être du fœtus et qu'elle n'est pas recommandée comme analyse de routine.
- Bien que le comptage quotidien des mouvements du fœtus puisse être anxiogène, il peut s'agir là d'une option à suggérer à une cliente dans les contextes dépourvus d'autres installations pour l'évaluation du fœtus.

### 2.3.2 Dépistage des facteurs de risque

#### 2.3.2.1 Facteurs susceptibles d'accroître le risque d'accouchement par césarienne ou d'accouchement prématuré

*Accouchement par césarienne antérieure:* Les personnes enceintes sans aucun facteur de risque autre qu'un accouchement par césarienne précédent peuvent planifier d'accoucher dans une structure SONUC, où un essai d'accouchement par voie vaginale peut être tenté et une césarienne effectuée, si nécessaire. Ce souhait est à consigner dans le plan d'accouchement.

*Facteurs de risque élevés:* Les personnes enceintes chez qui ont été détectés des facteurs de risque élevés au cours de la période prénatale qui sont susceptibles de rendre difficile ou improbable un accouchement normal doivent être orientées vers une structure SONUC. L'accouchement devrait avoir lieu dans un établissement de santé capable d'effectuer une césarienne, si nécessaire. Il s'agit des facteurs de risque suivants :

- mauvaise présentation dans le mois qui précède l'accouchement prévu
- grossesse multiple
- déchirure antérieure du troisième ou du quatrième degré
- âge de moins de 14 ans

*Autres facteurs de risque:* Les personnes enceintes qui présentent d'autres facteurs de risque peuvent être avisées que l'accouchement doit se dérouler en présence de personnel de santé qualifié au sein d'un établissement de santé. Parmi ces facteurs de risque, on compte une mortinaissance précédente ou un décès néonatal précoce, des antécédents de complications de grossesse, comme des hémorragies ou la prééclampsie, un âge de moins de 16 ans, le diabète sucré, une maladie cardiaque, un bassin rétréci, des hémoglobinopathies et la première grossesse ou une grande multiparité. Pendant le travail et l'accouchement, certaines personnes handicapées peuvent avoir besoin de soins spécialisés qui doivent être organisés à l'avance pour s'assurer que le soutien approprié est disponible en cas de besoin. Identifier des prestataires qui sont bien informés

ou disposés à apprendre la manière d'apporter le meilleur soutien à ces clientes pendant les soins prénatals, le travail et l'accouchement, et pour les soins postnatals.

#### 2.3.2.2 Santé mentale

*Évaluation:* La période prénatale est l'occasion d'évaluer la santé mentale de la femme enceinte et son risque d'être atteinte d'une maladie mentale pendant la grossesse et après l'accouchement. Les principales questions de dépistage sont résumées dans l'*Encadré 1*.

#### ENCADRÉ 1 : Reconnaître les troubles de santé mentale dans le cadre des soins prénatals

Reconnaître que les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale peuvent :

- refuser de divulguer leur maladie ou d'en discuter par crainte de stigmatisation ou en raison d'une perception négative de leur famille ou de la communauté
- rechigner à suivre un traitement en raison de leur maladie mentale ou de leur dépendance à des substances psychoactives et/ou à l'alcool

Questions de dépistage à poser au premier contact de soins prénatals :

1. Au cours du mois dernier, avez-vous eu le moral bas, vous êtes-vous sentie déprimée ou au désespoir ?
2. Récemment, avez-vous trouvé peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses ?

En cas de réponse affirmative à l'une des deux questions ci-dessus, continuez en posant les questions suivantes :

3. Au cours des 2 dernières semaines, le fait de ne pas être en mesure de contrôler votre inquiétude ou votre degré d'anxiété vous a-t-il gênée ?
4. Avez-vous déjà souffert d'une maladie mentale grave ?
5. Votre mère/sœur/fille a-t-elle souffert de maladie mentale pendant la grossesse ?

Discutez avec la personne s'il lui est possible d'impliquer de manière positive des amis ou parents comme source de soutien, si possible, et orientez-la vers des services spécialisés si nécessaire.

#### 2.3.2.3 Violences sexuelles et basées sur le genre

Les violences sexuelles et basées sur le genre (VSBG) peuvent être préjudiciables à la santé de la mère et du fœtus. Le prestataire de soins de santé doit être attentif à la possibilité qu'un partenaire ou un mari présent aux consultations se comporte de manière intrusive, de sorte qu'il doit s'abstenir de poser toutes questions à la cliente



quant à la possibilité de violence en présence du partenaire. Pour des conseils détaillés sur le dépistage et la prise en charge des violences sexuelles et basées sur le genre, voir le [Chapitre 10: Violences sexuelles et basées sur le genre](#).

#### 2.3.2.4 Mutilations génitales féminines

Les clientes qui présentent les formes les plus graves de mutilation génitale féminine (MGF), de type III, également appelée infibulation, sont plus à risque de complications obstétricales pendant l'accouchement, y compris d'accouchement par césarienne, d'hémorragie du post-partum (HPP), d'épisiotomie et de travail prolongé ou difficile. De même, leurs nourrissons courent un risque accru de mortinaissance, de décès néonatal précoce, d'asphyxie à la naissance et de réanimation à la naissance [5,6].

L'OMS recommande la désinfibulation pour prévenir et traiter les complications obstétricales et faciliter l'accouchement chez les clientes atteintes de MGF de type III. La décision concernant le moment de la procédure (antepartum ou intrapartum) doit se fonder sur la préférence de la cliente, l'accès à un établissement de santé, le lieu d'accouchement et les niveaux de compétence du prestataire de soins de santé [7]. Un conseil sur les changements physiologiques après la désinfibulation doit être prodigué à toutes les clientes qui font l'objet de cette intervention [5]. Pour plus d'informations, voir le [Chapitre 10: Violences sexuelles et basées sur le genre](#).

#### 2.3.2.5 Désordres hypertensifs

Les désordres hypertensifs pendant la grossesse, qui comprennent la prééclampsie, l'éclampsie, l'hypertension gestationnelle et l'hypertension chronique, figurent parmi les principales causes de mortalité maternelle et néonatale, de morbidité et de mortinaissance.

#### 2.3.2.6 Anémie

L'anémie la plus fréquente pendant la grossesse est l'anémie associée à la carence en fer, qui peut être due à une mauvaise alimentation ou à une infection telle qu'une infection parasitaire ou chronique. Un test complet de numération formule sanguine est recommandé lors de la première visite de soins prénatals. Dans les contextes où le test de numération formule sanguine n'est pas disponible, un test d'hémoglobine sur place avec un hémoglobinomètre est recommandé. Les prestataires de soins de santé doivent vérifier à nouveau les taux d'hémoglobine lors d'une visite ultérieure en cas de suspicion d'anémie, mais sans retarder l'administration de suppléments de fer.

#### 2.3.2.7 Diabète sucré gestationnel

Le diabète sucré gestationnel (DSG) survient lorsqu'une personne enceinte développe une hyperglycémie sans antécédents de diabète sucré. Les personnes atteintes de DSG sont plus à risque de prééclampsie et d'autres désordres hypertensifs, de macrosomie du fœtus et de dystocie des épaules. Le DSG peut également persister sous forme de diabète sucré après l'accouchement.

Observez les protocoles locaux de dépistage du diabète chez toutes les personnes enceintes. Les personnes atteintes d'hyperglycémie peuvent avoir besoin de conseils nutritionnels (voir la [Section 2.4.2](#)), d'exercice et de médicaments. Un DSG peut être diagnostiqué à tout moment de la grossesse si un ou plusieurs des critères suivants sont remplis :

- glycémie plasmatique à jeun 5,1–6,9 mmol/l (92–125 mg/dl)
- glycémie plasmatique à 1 heure  $\geq$ 10,0 mmol/l (180 mg/dl) après une charge de glucose orale de 75 g
- glycémie plasmatique à 2 heures 8,5–11,0 mmol/l (153–199 mg/dl) après une prise de glucose orale de 75 g

Un diagnostic de diabète sucré est posé pour les personnes dont les valeurs sont supérieures à la fourchette.

#### 2.3.2.8 Bactériurie asymptomatique

La bactériurie asymptomatique est une pathologie courante des voies urinaires qui est associée à un risque accru d'infection chez les personnes enceintes. La mise en culture de l'urine du milieu du jet est la méthode recommandée pour diagnostiquer une bactériurie asymptomatique pendant la grossesse. Dans les contextes où cette méthode n'est pas disponible, une coloration de Gram de l'urine du milieu du jet réalisée sur place est à préférer à l'utilisation de bandelettes réactives pour diagnostiquer cette maladie chez les personnes enceintes. Si une bactériurie asymptomatique est diagnostiquée chez une femme enceinte, une cure d'antibiotiques de 7 jours est recommandée pour prévenir une bactériurie persistante et une naissance avant terme.

#### 2.3.2.9 Streptocoques du groupe B

Une bactériurie à streptocoques du groupe B est associée à un travail prématuré. Cependant, son dépistage systématique n'est pas recommandé pour les grossesses, sauf dans les régions à forte prévalence locale de streptocoques du groupe B et de travail avant terme ou si des lignes directrices nationales le recommandent.



### 2.3.2.10 Syphilis

Le risque spécifique de syphilis (voir *Chapitre 6: Infections sexuellement transmissibles*) pendant la grossesse est la transmission périnatale (syphilis congénitale), qui peut causer la mort du fœtus, la mortinaissance et la naissance prématurée.

Procédez au dépistage de la syphilis au moyen du test rapide de la réagine plasmatique lors du premier contact de soins prénatals (ou du test de syphilis rapide sur place dans les lieux à faible prévalence de la syphilis ou à capacité de laboratoire limitée). Si le test est positif, vérifiez si la cliente et son partenaire ont reçu un traitement. Un résultat positif au test rapide de la réagine plasmatique signifie qu'il est nécessaire de les soumettre à un test de confirmation de la syphilis et, s'il est positif, tous deux doivent être traités et le nourrisson doit être dépisté après l'accouchement.

*Prise en charge et traitement :*

- Donnez à la cliente 2,4 millions d'unités de benzathine benzylpénicilline par injection intramusculaire : 5 ml divisés en deux et administrés en deux injections dans des sites différents.
- En cas d'allergie à la pénicilline, administrez 500 mg d'érythromycine par voie orale, quatre fois par jour pendant 14 jours.
- Assurez-vous qu'un traitement de choc anaphylactique est disponible pendant le traitement, bien qu'il soit extrêmement rare.
- Avisez la cliente de l'importance d'amener son partenaire sexuel pour se soumettre à un dépistage et obtenir un traitement et recommandez-lui l'utilisation de méthodes barrières de contraception pour empêcher toute réinfection.
- Après l'accouchement, le nouveau-né doit être examiné et traité si :
  - une syphilis congénitale est confirmée ; ou
  - le nouveau-né est cliniquement normal, mais la mère n'a pas été traitée ou a été traitée de manière inadéquate pour la syphilis, ou a été traitée sans schéma thérapeutique à pénicillines [8].

### 2.3.2.11 VIH

Le dépistage du VIH pendant la grossesse lors de la première consultation prénatale offre la possibilité aux personnes dont le test est positif de mettre en route un traitement antirétroviral, ce qui améliore son état de santé individuel, empêche la transmission verticale du VIH au fœtus et la transmission horizontale à un partenaire sexuel non infecté [3] (voir le *Chapitre 7: VIH*). En outre, les prestataires de soins de santé devraient fournir des conseils sur les avantages d'impliquer le-

partenaire de la cliente, de le-la soumettre à un dépistage et d'utiliser des méthodes barrière de contraception. Expliquez que l'accouchement par voie vaginale peut être possible, mais qu'il sera impératif de suivre les protocoles locaux. À un stade plus avancé de la grossesse, fournissez des conseils sur les options d'allaitement maternel et d'alimentation du nourrisson en tenant compte du risque de transmission du VIH par l'allaitement maternel (voir le *Chapitre 7: VIH, Section 6*).

### 2.3.2.12 Tuberculose

La tuberculose accroît le risque de naissance avant terme, de décès périnatal et d'autres conséquences et complications indésirables de la grossesse. Il convient d'observer les protocoles locaux pour le dépistage de la tuberculose active lors du premier contact avec les soins prénatals, le cas échéant.

## 2.4 Interventions de santé préventive

Les contacts de soins prénatals sont l'occasion de fournir des interventions de santé préventive, y compris la vaccination contenant l'anatoxine tétanique, des conseils nutritionnels et des suppléments, le dépistage du VIH, des interventions spécifiques au contexte (maladie à virus Zika, paludisme, infections à helminthes et grippe saisonnière) et une assistance pour les symptômes physiologiques courants de la grossesse.

### 2.4.1 Vaccination contenant l'anatoxine tétanique

La vaccination contenant l'anatoxine tétanique peut prévenir le tétanos néonatal, qui est presque toujours fatal, ainsi que le tétanos maternel (c'est-à-dire le tétanos pendant la grossesse ou la période post-partum). Le vaccin contenant l'anatoxine tétanique peut être administré sans danger pendant la grossesse. Il s'agit d'une intervention prénatale essentielle, en particulier dans les contextes où le tétanos est fréquent et où il est peu probable que les personnes aient déjà reçu une cure complète (trois doses primaires plus trois doses de rappel) de vaccin antitétanique à l'âge de 15 ans dans le cadre d'une vaccination systématique [9].

### 2.4.2 Conseils et suppléments nutritionnels

Une alimentation saine est essentielle pour répondre aux besoins de la mère et du fœtus. La dénutrition maternelle et l'obésité maternelle sont toutes deux associées à de mauvaises issues périnatales [3].

Les prestataires de soins de santé doivent prodiguer des conseils et des suppléments nutritionnels adaptés à chaque personne afin de s'assurer que les interventions sont adaptées à la personne et doivent lui en expliquer les avantages. Voir l'*Annexe 1* pour les interventions alimentaires recommandées et les suppléments nutritionnels correspondant aux visites de soins prénatals.



La prise de poids commence généralement après 20 semaines de grossesse et si certes la définition d'une prise de poids « normale » varie, elle doit toutefois tenir compte de l'indice de masse corporelle (IMC) avant la grossesse. Le *Tableau 1* fournit un guide approximatif.

### 2.4.3 Mesures de prévention spécifiques au contexte

Les prestataires de soins de santé doivent connaître les protocoles locaux de prévention d'une série d'infections qui peuvent être nocives pour les personnes enceintes et qui sont endémiques dans les zones locales où ils travaillent.

#### 2.4.3.1 Maladie à virus Zika

La maladie à virus Zika (MVZ) est principalement transmise par la piqûre d'un moustique femelle infecté, *Aedes (Ae. aegypti* et *Ae. albopictus)*. La MVZ peut également être transmise par contact sexuel, au fœtus pendant la grossesse, par transfusion sanguine et par transplantation d'organe [10].

L'infection à MVZ pendant la grossesse peut entraîner des anomalies cérébrales congénitales telles que la microcéphalie et d'autres anomalies congénitales. Elle est également associée à des fausses couches, des mortinaissances et des naissances avant terme. À l'heure actuelle, il n'existe pas de vaccin contre la MVZ, ni de traitement de l'infection [10].

**TABLEAU 1 : Plages recommandées pour la prise de poids pendant la grossesse**

Indice de masse corporelle (IMC, kg/m <sup>2</sup> ) en début de grossesse	Prise de poids recommandée pendant la grossesse
Insuffisance pondérale : BMI < 18,5	12,5 à 18 kg
Poids normal : IMC 18,5 à 24,9	11,5 à 16 kg
Surcharge pondérale : IMC 25 à 29,9	7 à 11,5 kg
Obésité : IMC > 30	5 à 9 kg

Source : OMS [3].

Dans les régions concernées, les prestataires de soins de santé doivent donner des conseils aux clientes sur les risques de MVZ pendant la grossesse et sur les mesures de prévention de l'infection, y compris la réduction du risque de piqûres de moustiques [10, 11]. Les prestataires doivent également effectuer les évaluations suivantes :

- À chaque visite, il convient d'interroger la personne enceinte sur la survenue de tout symptôme ou signe d'infection à virus Zika depuis sa dernière visite de soins prénatals. Il faut lui conseiller de venir consulter sans tarder pour se faire diagnostiquer et recevoir un traitement si l'un de ces symptômes se manifeste entre les visites de soins prénatals programmées.
  - Effectuez une échographie pour détecter les anomalies fœtales entre 18 et 20 semaines. Une attention particulière doit être portée au système nerveux central du fœtus. Une échographie répétée pour la morphologie du fœtus doit être effectuée entre 28 et 30 semaines.
  - Si la circonférence de la tête du fœtus diminue, le pronostic s'aggrave [12].
- Fournissez un conseil sur les options conformément à la législation locale, en faisant attention à ce que le message soit accessible et facile à comprendre :
- Toutes les personnes enceintes, quels que soient leurs choix individuels concernant leur grossesse, doivent être traitées avec respect et dignité.
    - Celles qui décident de ne pas poursuivre leur grossesse doivent recevoir des informations exactes et un soutien (voir le *Chapitre 5 : Soins d'avortement*).
    - Celles qui mènent leur grossesse à terme doivent recevoir des soins et un soutien appropriés pour gérer l'anxiété, le stress et l'environnement de naissance. Les plans de soins et de prise en charge néonatales doivent être discutés pendant la grossesse et en consultation avec un pédiatre ou un neurologue pédiatrique, si disponible. Envisagez d'orienter la cliente vers des services de soutien social local s'il le faut.

#### 2.4.3.2 Paludisme

Pour toutes les personnes enceintes dans les zones d'endémie palustre, l'OMS recommande un traitement préventif intermittent à base de sulfadoxine-pyriméthamine (TPIg-SP), à partir du deuxième trimestre (13 semaines), avec administration des doses à au moins 1 mois d'intervalle, l'objectif étant de s'assurer qu'au moins trois doses sont administrées. Il convient également de conseiller aux personnes enceintes d'utiliser des moustiquaires imprégnées d'insecticide [13].

Quel que soit le contexte, toute suspicion clinique de paludisme, basée sur de la fièvre ou des antécédents de fièvre, est à confirmer par un diagnostic parasitologique.



#### 2.4.3.3 COVID-19

La vaccination contre le COVID-19 chez les personnes enceintes est actuellement indiquée dans la plupart des pays où des vaccins sont disponibles.

- Si globalement les avantages de la vaccination contre le COVID-19 chez les personnes enceintes sont supposés l'emporter sur les risques potentiels, compte tenu du manque de données cliniques détaillées pendant la grossesse, les clientes doivent prendre une décision conjointe avec leur prestataire de soins de santé en fonction de leur situation individuelle, après avoir compris les avantages et les risques.
- Il n'est pas nécessaire d'arrêter l'allaitement avant ou après la vaccination contre le COVID-19.
- Les effets secondaires signalés des vaccinations contre le COVID-19 chez les personnes enceintes ne diffèrent pas de ceux signalés par les personnes non enceintes [14].

#### 2.4.3.4 Infections à helminthes

Un traitement anthelminthique préventif est recommandé pour les personnes enceintes dans les zones endémiques après le premier trimestre [3].

#### 2.4.3.5 Grippe saisonnière

La vaccination contre la grippe saisonnière avec un virus inactif est recommandée pour les personnes enceintes lorsqu'elle est disponible.

### 2.4.4 Interventions pour les symptômes physiologiques courants de la grossesse

De nombreuses personnes souffrent d'un ou plusieurs symptômes de grossesse qui ne sont pas nocifs mais peuvent porter atteinte à leur bien-être physique et mental, notamment des nausées et vomissements, de la constipation, des brûlures gastriques, des douleurs lombaires et pelviennes, des varices et des œdèmes, et des écoulements vaginaux. Il est essentiel de soutenir chaque cliente et de fournir des soins et des options de traitement, tout en la rassurant sur le fait que les symptômes sont auto-limitatifs et disparaissent généralement plus tard pendant la grossesse ou après l'accouchement (voir OMS [3] pour des interventions pendant la grossesse qui sont sûres et fondées sur des preuves).

## 3. Gestion du travail d'accouchement, de l'accouchement et de la période immédiate suivant l'accouchement

### 3.1 Principes généraux et préparation aux situations d'urgence

Les soins aux personnes pendant le travail et l'accouchement doivent être prodigués dans un climat d'accompagnement et d'encouragement respectueux des vœux de la cliente.

Utilisez l'évaluation par triage pour les clientes qui assistent à des consultations prénatales, en cours d'accouchement ou après l'accouchement pour exclure toute pathologie dangereuse (*Annexe 4*).

Selon leur capacité et l'action vitale qu'ils sont capables d'exécuter, les établissements de santé fourniront différents niveaux de soins pour les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU): des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB) ou des soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONUC) (voir le *Tableau 2* – page suivante).

**Les installations qui fournissent seulement des SONUB** doivent disposer d'un protocole d'orientation en place comprenant un protocole d'entente conclu avec une structure d'orientation (SONUC), les numéros de téléphone des ambulances, d'autres modalités de transport, ainsi que des fournitures et du matériel d'urgence pour le transfert.

### 3.2 Prise en charge de la rupture de membranes pendant le travail et avant

Réalisez une anamnèse approfondie, procédez à un examen clinique minutieux et consignez-en les résultats afin d'établir l'état clinique de la personne enceinte qui présente une possible rupture des membranes de travail ou avant le travail (RMAT) et évaluer les risques de complications obstétricales. Utilisez l'*Annexe 5* comme guide.



**TABLEAU 2 : Actions vitales de soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base et complets (SONUB et SONUC)**

Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU)		
SONU de base	1. Administrer des antibiotiques par voie parentérale	SONU complets
	2. Administrer des utérotoniques (c-à-d oxytocine parentérale)	
	3. Administrer par voie parentérale des anticonvulsivants pour lutter contre la prééclampsie et l'éclampsie (c.-à-d. sulfate de magnésium)	
	4. Procéder au retrait manuel du placenta	
	5. Évacuer les produits de rétention (par ex. aspiration manuelle intra-utérine, dilatation et curetage)	
	6. Procéder à un accouchement vaginal assisté (par ex. extraction par ventouse, accouchement par forceps)	
	7. Effectuer une réanimation néonatale de base (par ex. avec un ballon et un masque)	
8. Procéder à une intervention chirurgicale (par ex. césarienne)		
9. Procéder à une transfusion sanguine		

**Structure de SONUB = toutes les fonctions 1 à 7 sont exécutées**

**Structure de SONUC = toutes les fonctions 1 à 9 sont exécutées**

Source : OMS [15].

### 3.2.1 Rupture des membranes à terme avant travail

Si la grossesse est à terme (37 semaines de grossesse ou plus), la RMTAT fait référence à la rupture des membranes avant le début du travail. Si la grossesse est prématurée (moins de 37 semaines), la rupture des membranes avant le travail est appelée rupture prématurée des membranes avant terme (ou RPMAT, voir la [Section 4.4](#)).

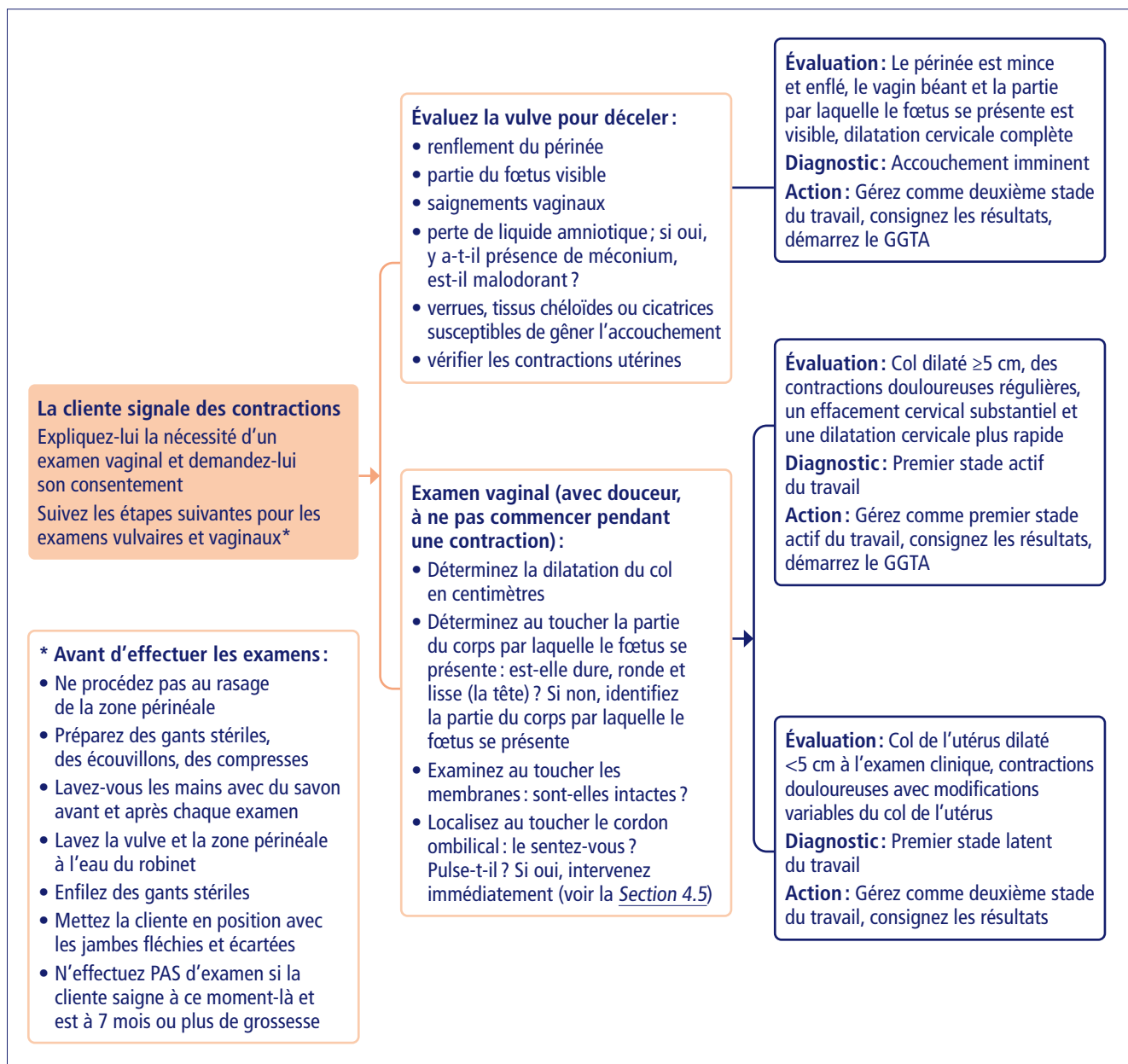
- Vérifiez les antécédents de rupture des membranes et procédez à un examen essentiel (Note ! N'effectuez PAS d'examen vaginal par toucher s'il n'y a pas de signe de travail).
- Rassurez la cliente qu'une RMTAT peut être normale et qu'en l'absence d'infection, il est bon d'attendre que le travail se déclenche et progresse naturellement. Conseillez la cliente sur le déclenchement du travail si nécessaire. La conséquence la plus importante pour la mère d'une RMTAT est une infection intra-utérine, dont le risque augmente avec la durée de la rupture de la membrane.
- L'administration systématique d'antibiotiques N'EST PAS recommandée.



### 3.2.2 Établir le stade du travail

Les personnes qui font état de contractions régulières à terme sont susceptibles d'être en travail. Établissez le stade du travail (voir la *Figure 1*).

FIGURE 1 : Établir le stade du travail



Abréviation : GGTA : Guide de gestion du travail d'accouchement.

Source : OMS [16].





### 3.3 Gestion d'un travail d'accouchement normal

La gestion de routine d'un travail d'accouchement normal pour les grossesses à terme (37 semaines ou plus) est résumée au *Tableau 3*.

**TABLEAU 3 : Gestion d'un travail d'accouchement normal**

Stade du travail	Points clés pour les soins courants	Interventions supplémentaires
<b>Premier stade : Période allant du début du travail à une dilatation complète (10 cm) du col de l'utérus</b>	<p>Ne laissez pas la cliente seule, fournissez des soins de soutien, dans l'idéal avec un compagnon de son choix</p> <p>Comment la cliente supporte-t-elle ? Évaluez-la toutes les heures en période de latence et toutes les 30 minutes pendant la phase active du travail</p> <p>Vérifiez la tension artérielle, le pouls, la température au moins toutes les 4 heures pendant la phase de latence ; puis la tension artérielle toutes les 4 heures, la température toutes les 2 heures et le pouls toutes les 30 minutes pendant la phase active du travail</p> <p>Tenez compte du positionnement/de la mobilité de la cliente, de son hydratation et de la gestion de la douleur</p> <p>Évaluez les contractions utérines (force, fréquence) sur une période de 10 minutes : toutes les heures pendant la phase de latence et toutes les 30 minutes pendant la phase active</p> <p>Faites preuve de souplesse en laissant la cliente choisir les positions qu'elle trouve le plus confortables. Les clientes handicapées/ayant des difficultés à se mouvoir peuvent avoir besoin d'aide pour chercher d'autres positions</p> <p>Évaluation du fœtus : Évaluer la présentation du fœtus, la position, la descente et le développement de la bosse sérisanguine. Écoutez immédiatement après la contraction pendant une minute entière, au moins toutes les 15 minutes. Notez les accélérations ou les décélérations</p> <p>Démarrez l'outil Guide de gestion du travail d'accouchement (GGTA) lorsque la dilatation cervicale <math>\geq 5</math> cm</p> <p>Documentez tous les résultats et les heures de tout conseil, changement physique ou signe d'alerte</p>	<p>Ne procédez pas au rasage de la zone périnéale ou pubienne</p> <p>Ne procédez pas à un lavement systématique</p> <p>Ne procédez pas à un examen vaginal s'il n'est pas nécessaire</p> <p>En cas d'augmentation de la fréquence cardiaque fœtale ou de décélérations, effectuez une auscultation intermittente plus fréquemment</p> <p>Envisagez d'organiser un transfert vers une structure capable de procéder à un accouchement par césarienne, si nécessaire</p>



**TABLEAU 3 : Gestion d'un travail d'accouchement normal suite**

Stade du travail	Points clés pour les soins courants	Interventions supplémentaires
<b>Deuxième stade</b>		
<p><b>Deuxième stade précoce (sans contractions d'expulsion):</b> Dilatation complète du col de l'utérus sans contractions utérines d'expulsion ni envie involontaire de pousser</p>	<p>La cliente et le bébé doivent être surveillés toutes les 5 minutes, avec consignation dans le GGTA</p> <p>Ne jamais laissez la cliente seule au cours du deuxième stade</p>	<p>Effectuez un examen vaginal pour confirmer la dilatation complète après 30 minutes de contractions utérines d'expulsion si le périnée n'est pas étiré</p>
<p><b>Deuxième stade tardif (avec contractions d'expulsion):</b> La tête du fœtus est visible avec des contractions d'expulsion avec dilatation complète du col. Peut durer jusqu'à 2 heures (multipares) ou 3 heures (nullipares)</p>	<p>La vessie est vide; si la cliente n'arrive pas à uriner, videz sa vessie</p> <p>Vérifiez que tout le matériel et les fournitures, y compris l'équipement de réanimation des nouveau-nés, sont disponibles et que la pièce est chaude</p> <p>Pendant la phase d'expulsion, encouragez la cliente à pousser lorsqu'elle en ressent l'envie et à adopter sa position préférée</p> <p>Ne procédez pas à une épisiotomie systématique</p> <p><b>Soins de la cliente après l'accouchement</b></p> <p>Administrez 10 UI d'ocytocine par voie intramusculaire à la cliente dans la cuisse s'il n'y a pas de deuxième bébé dans la minute suivant la naissance</p> <p>Changez de gants, clampez le cordon ombilical et coupez-le après 1 à 3 minutes</p> <p>Encouragez l'allaitement maternel dans la première heure</p> <p><b>Soins du nouveau-né</b></p> <p>Séchez immédiatement le bébé, changez de serviette si humide</p> <p>Évaluez la respiration du bébé pendant le séchage: le bébé respire-t-il bien, avec élévation de la cage thoracique ?</p> <p>Essuyez les yeux</p> <p>Gardez le nouveau-né au chaud, de préférence sur la poitrine de la cliente en contact peau-à-peau</p>	<p>Si elle n'est pas complètement dilatée, allongez la cliente sur le côté gauche et demandez-lui de ne pas pousser</p> <p>Pas de descente de la tête après 2 heures, envisagez un accouchement opératoire ou une césarienne</p> <p><b>Après l'accouchement:</b></p> <p><b>Le nouveau-né ne respire pas ou est haletant ?</b></p> <p>Stimulez-le en lui frottant le dos 2–3 fois; coupez rapidement le cordon ombilical, transférez-le sur une surface ferme et chaude et commencez la réanimation</p> <p>Criez pour appeler de l'aide</p> <p>N'effectuez pas d'aspiration systématique: celle-ci ne doit être effectuée qu'en présence de substances denses bloquant le nez et la bouche</p> <p>N'appliquez pas de substance sur le bout du cordon</p> <p>N'enlevez pas le pansement ou ne faites pas un nœud dans le bout du cordon</p> <p>N'enlevez pas le vernix</p> <p>Attendez 6 heures (voire 24 heures si possible) avant de laver ou de donner un bain au nouveau-né</p>



**TABLEAU 3 : Gestion d'un travail d'accouchement normal suite**

Stade du travail	Points clés pour les soins courants	Interventions supplémentaires
<b>Troisième stade :</b> Période entre la naissance du nouveau-né et l'expulsion du placenta	<p>Ne laissez jamais la cliente seule</p> <p>Estimez et consignez les pertes sanguines</p> <p>Examinez le périnée, le bas du vagin et la vulve pour y déceler des déchirures</p> <p>Vérifiez la tonicité utérine</p> <p>Attendez une forte contraction, généralement 2–3 minutes après l'accouchement du bébé, observez les signes de séparation placentaire et expulsez le placenta par traction contrôlée du cordon</p> <p><b>N'essayez pas</b> de contrôler la traction du cordon à moins de n'avoir reçu une formation en la matière</p>	<p><b>Cliente :</b></p> <p>S'il y a une déchirure du troisième ou du quatrième degré et que le prestataire ne peut pas réparer la laceration correctement, orientez/transférez la cliente pour lui prodiguer des soins</p> <p>Si après 30 minutes d'administration d'oxytocine par voie intramusculaire, le placenta n'est pas expulsé et que la cliente ne saigne pas, videz la vessie de la cliente, encouragez-la à donner le sein, répétez la traction contrôlée du cordon, si vous avez reçu la formation pour le faire</p> <p>Si le placenta n'a pas expulsé dans l'heure qui suit l'accouchement, retirez manuellement le placenta et orientez la cliente vers un hôpital. Posez une perfusion intraveineuse et administrez des antibiotiques par voie intramusculaire/ intraveineuse et 20 UI d'oxytocine à 30 gouttes par minute</p> <p>N'appuyez pas sur l'utérus et ne le comprimez pas pour expulser le placenta</p> <p><b>Nouveau-né :</b></p> <p>Écoutez si vous décele des grognements et regardez si vous voyez des signes de tirage sous-costal et de respiration rapide</p>
<b>Soins immédiats de la cliente après l'accouchement :</b> 1 à 2 heures après l'accouchement	<p>Nettoyez la cliente et le sol, aidez-la à changer de vêtements et remettez-lui une serviette hygiénique</p> <p>Estimez et consignez les pertes sanguines. Si les pertes sanguines sont d'environ 250 ml mais que les saignements ont cessé, prévoyez de garder la cliente dans l'établissement de santé pendant 24 heures</p> <p>Surveillez les fonctions vitales, les saignements vaginaux et les contractions utérines</p> <p>Gardez la cliente dans la salle d'accouchement avec son bébé pendant au moins 1 heure après l'expulsion du placenta</p>	<p>En cas de saignements excessifs, prenez en charge l'hémorragie du post-partum par un massage utérin, des utérotoniques et vérifiez l'absence de déchirures du tractus génital</p>
<b>24 premières heures après l'accouchement</b>	<p>Toutes les clientes pendant la période de post-partum doivent faire l'objet d'une évaluation régulière systématique pendant les 24 premières heures à partir de la première heure suivant la naissance</p> <p>Discutez de contraception après l'accouchement</p>	

Source : Adapté de l'OMS [17].



### 3.3.1 Utilisation du Guide de gestion du travail d'accouchement

Le Guide de gestion du travail d'accouchement (GGTA) de l'OMS est un outil conçu pour les soins aux personnes enceintes et à leur bébé pendant le travail et l'accouchement [16]. Il prévoit des évaluations et des observations qui sont essentielles pour les soins de toutes les personnes enceintes. Le GGTA est conçu pour permettre au personnel de santé de surveiller le bien-être des clientes et de leur bébé pendant la période du travail au moyen d'évaluations régulières afin de déceler tout écart par rapport à des circonstances normales. Cet outil vise à favoriser le partage de prise de décision entre les prestataires de soins de santé et la cliente et à promouvoir des soins centrés sur la cliente. Cependant, le GGTA est principalement conçu pour les soins des personnes enceintes apparemment en bonne santé et de leur bébé (c'est-à-dire celles dont la grossesse est à faible risque). Les clientes à haut risque de développer des complications du travail peuvent nécessiter une surveillance et des soins spécialisés supplémentaires.

La consignation dans le GGTA du bien-être de la cliente et du bébé, ainsi que de la progression du travail, doit débiter à partir du moment où la cliente entre dans la phase active du premier stade du travail (dilatation cervicale de 5 cm ou plus), indépendamment de sa parité et de l'état de ses membranes. Le GGTA vise les objectifs suivants :

- Guider la surveillance et la documentation du bien-être de la cliente et du bébé, et de l'avancement du travail.
- Guider le personnel qualifié dans sa prestation de soins de soutien tout au long du travail.
- Aider le personnel qualifié à détecter et traiter rapidement les complications du travail qui se présentent, en indiquant des seuils pour les observations et les interventions en cas d'observations anormales.
- Empêcher le recours inutile à des interventions.
- Favoriser l'audit et l'amélioration de la qualité de la gestion du travail.

Conformément au GGTA, l'utilisation du partogramme n'est plus recommandée de façon systématique par l'OMS. Les prestataires de soins de santé devraient continuer à consigner l'heure de chaque étape de dilatation du col sur le cervicogramme ainsi que d'autres paramètres du partogramme (y compris la fréquence cardiaque fœtale, la bosse sérosanguine, le moulage, l'état du liquide amniotique, la descente du fœtus, la température de la mère, la tension artérielle et le débit urinaire) afin de surveiller le bien-être de la cliente et de son bébé et de détecter les risques d'issue défavorable à la naissance.

Dans les établissements de santé où les interventions telles que l'accélération du travail et l'accouchement par césarienne ne peuvent pas être effectuées et où il est difficile d'avoir accès à des établissements de santé de niveau supérieur, la ligne d'alerte pourrait toujours être utilisée pour le triage des clientes susceptibles d'avoir besoin de soins supplémentaires. Dans ce cas, la consignation des données doit commencer à partir d'une dilatation du col de 5 cm, soit le début du premier stade actif du travail pour la plupart des personnes enceintes.

## 4. Complications pendant la grossesse

Les clientes qui présentent des complications pendant le travail, l'accouchement ou la période post-partum immédiate devraient recevoir des soins dans un établissement de santé qui fournit des SONUC ou être orientées vers l'un d'entre eux dès que possible.

Avant tout transfert, il est important de mettre en route la réanimation et de stabiliser l'état de la cliente. Il s'agit notamment de poser un cathéter intraveineux de gros diamètre avec des liquides intraveineux, des antibiotiques en cas de signe d'infection intra-utérine ou de septicémie, et le traitement de la prééclampsie ou de l'éclampsie, le cas échéant.

### 4.1 Hyperémèse gravidique

Des nausées et vomissements pendant la grossesse touchent jusqu'à 80 % des personnes enceintes en début de grossesse. L'hyperémèse gravidique est diagnostiquée lorsque les nausées et les vomissements sont prolongés et qu'il se produit une perte de poids supérieure à 5 %, ainsi qu'une déshydratation et un déséquilibre électrolytique [18]. Les vomissements survenant tard dans la grossesse, cependant, devraient déclencher des analyses pour d'autres pathologies (prééclampsie, éclampsie, syndrome HELLP et/ou acidocétose diabétique chez les clientes diabétiques).

Évaluez toutes les clientes prénatales qui signalent des nausées et des vomissements excessifs pour déterminer si elles sont atteintes d'hyperémèse gravidique en réalisant une anamnèse et d'un examen/évaluation clinique. Un prestataire de soins de santé peut utiliser une bandelette urinaire pour détecter la présence ou l'absence de cétones afin de confirmer le diagnostic si nécessaire. L'urée et les électrolytes sanguins peuvent être mesurés (si disponibles) pour évaluer la sévérité.



Une hospitalisation n'est pas toujours nécessaire si les clientes parviennent à se réhydrater et à prendre des antiémétiques. Le traitement doit être administré en fonction de ce qui est disponible et conformément aux protocoles locaux.

- Les clientes qui présentent des symptômes prolongés nécessitant des liquides intraveineux doivent contrôler régulièrement leur taux d'électrolytes pour s'assurer que les carences en sodium et en potassium sont détectées et corrigées.
- S'il n'y a pas de réponse au traitement par des liquides intraveineux et des antiémétiques, des stéroïdes et une orientation vers des services spécialisés peuvent être nécessaires.
- Envisagez une échographie non urgente, si disponible, pour déterminer la viabilité de la grossesse et exclure les grossesses multiples et les maladies trophoblastiques.

## 4.2 Désordres hypertensifs de la grossesse

Les désordres hypertensifs sont une cause importante de morbidité et de mortalité maternelles et néonatales, de mortinaissance et d'invalidité de longue durée, autant d'issues qui peuvent être évitées avec le traitement du problème [19].

Voici les types de désordres hypertensifs pendant la grossesse :

- **Prééclampsie (et éclampsie, sa principale complication) :** La prééclampsie est diagnostiquée comme un nouvel épisode d'hypertension pendant la grossesse (avec une tension diastolique persistante >90 mm Hg) accompagnée de la survenue d'une protéinurie importante (>0,3 g/24 heures). L'éclampsie est « caractérisée par la survenue de convulsions généralisées chez les femmes présentant une prééclampsie, si ces convulsions tonico-cloniques ne sont pas imputables à d'autres causes (par ex. : l'épilepsie) » [19].
- **Hypertension artérielle gravidique :** Nouvelle hypertension artérielle avec début après 20 semaines de grossesse sans protéinurie lourde.
- **Hypertension chronique :** Hypertension artérielle avant la grossesse, qui se poursuit pendant la grossesse.

Voir la [Section 4.4](#) pour des conseils sur la prise en charge de l'hypertension pendant la grossesse en cas de risque imminent de naissance avant terme.

### 4.2.1 Éclampsie et prééclampsie

Les personnes à risque de prééclampsie doivent être identifiées le plus tôt possible au cours de la période prénatale en fonction de leurs facteurs de risque et de leurs antécédents. Parmi les facteurs de risque de prééclampsie, on compte l'hypertension artérielle gravidique actuelle, l'hypertension chronique, des antécédents d'hypertension au cours d'une grossesse antérieure, une maladie rénale, une maladie auto-immune, le diabète et des grossesses multiples [19]. Les autres risques pour la prééclampsie comprennent une première grossesse à partir de l'âge de 40 ans, un intervalle de grossesse de plus de 10 ans, un indice de masse corporelle de 35 kg/m<sup>2</sup> ou plus à la première consultation prénatale et des antécédents familiaux de prééclampsie.

#### 4.2.1.1 Prévention de la prééclampsie

Une fois que le risque de prééclampsie a été déterminé, des interventions fondées sur des bases factuelles, telles que de l'aspirine à faible dose (75 mg) et des antihypertenseurs, peuvent être mises en route pour en atténuer le développement. Le plan d'accouchement de la cliente doit être élaboré et ajusté, au besoin, avec une équipe de spécialistes en consultation et la cliente. Dans les régions où l'apport alimentaire en calcium est faible, une supplémentation en calcium pendant la grossesse (1,5–2,0 g de calcium élémentaire/jour) est recommandée pour la prévention de la prééclampsie chez toutes les clientes, en plus de celles à haut risque de développer une prééclampsie [20].

#### 4.2.1.2 Prise en charge de la prééclampsie

Le seul traitement définitif de la prééclampsie est l'expulsion du fœtus et du placenta, bien que dans certains cas, la maladie puisse s'aggraver temporairement après l'accouchement.

Si la cliente présente une prééclampsie à moins de 34 semaines de grossesse, conseillez-la et orientez-la vers des soins de haut niveau pour stabiliser son état et envisagez un accouchement précoce après l'administration de corticostéroïdes pour la maturation pulmonaire fœtale (voir la [Section 4.4](#)).

La cliente devrait accoucher dans un établissement de santé de niveau supérieur. Après l'accouchement, elle continue de présenter un risque élevé d'éclampsie et de nécessiter une surveillance intensive avec des contrôles réguliers de la tension artérielle et un traitement au sulfate de magnésium pour prévenir l'éclampsie pendant la période post-partum immédiate [19].

Il convient de remettre à toute cliente qui a eu une prééclampsie un plan de soins individualisé lors de sa sortie.



#### 4.2.1.3 Prééclampsie et éclampsie sévères

L'éclampsie est une complication de la prééclampsie, caractérisée par la survenue de crises/convulsions généralisées.

Une fois qu'un diagnostic de prééclampsie ou d'éclampsie sévère est posé, la cliente ne doit pas être laissée seule; l'équipe de soins doit intervenir rapidement pour éviter les complications graves et la mortalité. L'*Annexe 6* fournit plus de détails sur le traitement de la prééclampsie et de l'éclampsie sévères.

- L'administration de sulfate de magnésium est recommandée pour la prévention de l'éclampsie chez les clientes atteintes de prééclampsie sévère et pour le traitement de l'éclampsie, de préférence à tout autre anticonvulsivant. Le prestataire de soins de santé doit appeler à l'aide si nécessaire, demander l'assistance d'un expert (le cas échéant) et envisager de transférer la cliente dans un établissement de santé de niveau supérieur.
- Si la cliente est transférée, celle-ci doit toujours être accompagnée vers l'établissement de transfert. Maintenez la cliente sur son côté gauche et si une convulsion survient pendant le trajet, donnez-lui du sulfate de magnésium et protégez-la pour l'empêcher de tomber et de se blesser.

### 4.3 Saignements pendant la grossesse

Lorsqu'une cliente présente des saignements vaginaux, le prestataire de soins de santé doit fournir une évaluation rapide de l'état général de la cliente, de ses fonctions vitales, de son état de conscience, de manifestation d'anxiété et/ou de confusion, de pertes sanguines et de la couleur/température de la peau. En cas de choc suspecté ou qui s'aggrave, le traitement doit débuter immédiatement, en commençant par la mise en route de l'administration de liquides par voie intraveineuse. Si la cliente est stable, posez-lui des questions sur ses antécédents de menstruations, ses antécédents de grossesse et ses schémas hémorragiques. Après l'anamnèse, le prestataire de soins de santé doit évaluer la taille et la sensibilité de l'utérus, y compris par un examen bimanuel si nécessaire, et effectuer un examen au spéculum si nécessaire.

#### 4.3.1 Saignements vaginaux en début de grossesse (moins de 22 semaines)

Le *Tableau 4* (page suivante) fournit des détails sur la manifestation de signes et symptômes associés à de saignements vaginaux à moins de 22 semaines de grossesse et sur les diagnostics probables.

#### 4.3.1.1 Prise en charge

Pour plus d'informations sur la prise en charge d'avortements inévitables et incomplets, voir le *Chapitre 5: Soins d'avortement*.

**En cas de complications suspectées liées à un avortement non médicalisé, recherchez tout signe d'infection ou de lésion utérine, vaginale ou intestinale et irriguez complètement le vagin pour éliminer la présence d'herbes, de médicaments locaux ou de substances caustiques**

#### 4.3.1.2 Grossesse extra-utérine

Les grossesses extra-utérines se produisent lorsque l'embryon est implanté à l'extérieur de l'utérus. Le site d'implantation se trouve généralement dans une trompe de Fallope, mais il peut également se trouver sur l'ovaire, le col de l'utérus, une cicatrice de césarienne ou même à l'intérieur de la cavité abdominale. Les facteurs de risque de grossesse extra-utérine comprennent une grossesse extra-utérine antérieure, des antécédents de chirurgie tubaire ou des lésions tubaires dues à des infections pelviennes ou à une endométriose [21].

Les prestataires de soins de santé doivent être compétents pour diagnostiquer une grossesse extra-utérine en fonction de l'anamnèse, de l'examen clinique, des analyses en laboratoire et d'une échographie (si disponible). Les signes et symptômes sont extrêmement variables selon qu'il y a eu rupture de la grossesse extra-utérine ou non (voir le *Tableau 5*).

Lorsque l'établissement de santé n'est pas doté du matériel nécessaire pour effectuer une échographie ou une laparotomie, le prestataire doit orienter la cliente vers un établissement de santé de niveau supérieur. L'urgence de l'orientation dépend de son état clinique (stabilité hémodynamique de la cliente, par exemple). Veillez à accompagner la cliente lors du transfert, dans la mesure du possible.

- Posez une perfusion intraveineuse, administrez des liquides et préparez la cliente pour une intervention chirurgicale/son orientation vers des services spécialisés si nécessaire. Préparez la transfusion sanguine, si nécessaire.
- Pour les grossesses extra-utérines rompues qui s'accompagnent de fonctions vitales instables, une intervention chirurgicale immédiate s'impose.
- Les options chirurgicales pour une grossesse extra-utérine sont la salpingectomie (ablation de toute la trompe de Fallope) ou la salpingotomie (incision de la trompe de Fallope et ablation de la grossesse extra-utérine).



**TABEAU 4 : Diagnostic de saignements vaginaux en début de grossesse**

Manifestation des symptômes et autres symptômes et signes typiques	Symptômes et signes parfois présents	Diagnostic probable
<ul style="list-style-type: none"><li>• Saignements légers</li><li>• Col fermé</li><li>• Hauteur utérine correspondant au terme</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Crampes/douleurs abdominales basses</li><li>• Utérus plus mou que la normale</li></ul>	Menace d'avortement (la grossesse peut se poursuivre)
<ul style="list-style-type: none"><li>• Saignements légers</li><li>• Douleurs abdominales</li><li>• Col fermé</li><li>• Utérus petit pour le terme</li><li>• Utérus plus mou que la normale</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Évanouissements</li><li>• Masse latéro-utérine sensible</li><li>• Aménorrhée</li><li>• Mobilisation du col douloureuse</li></ul>	Grossesse extra-utérine
<ul style="list-style-type: none"><li>• Saignements légers</li><li>• Col fermé</li><li>• Utérus petit pour le terme</li><li>• Utérus plus mou que la normale</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Crampes/douleurs abdominales basses légères</li><li>• Antécédents d'expulsion des produits de conception</li></ul>	Avortement complet (expulsion complète des produits de conception)
<ul style="list-style-type: none"><li>• Saignements abondants</li><li>• Col dilaté</li><li>• Hauteur utérine correspondant au terme</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Crampes/douleurs abdominales basses</li><li>• Utérus sensible</li><li>• Absence d'expulsion des produits de conception</li></ul>	Avortement inévitable (la grossesse ne se poursuivra pas et évoluera en un avortement incomplet/complet)
<ul style="list-style-type: none"><li>• Saignements abondants</li><li>• Col dilaté</li><li>• Utérus petit pour le terme</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Crampes/douleurs abdominales basses</li><li>• Expulsion partielle des produits de conception</li></ul>	Avortement incomplet (expulsion partielle des produits de conception)
<ul style="list-style-type: none"><li>• Saignements abondants</li><li>• Col dilaté</li><li>• Utérus grand pour le terme</li><li>• Utérus plus mou que la normale</li><li>• Expulsion partielle des produits de conception ayant un aspect de grappe de raisin</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nausées/vomissements</li><li>• Avortement spontané</li><li>• Crampes/douleurs abdominales basses</li><li>• Kystes ovariens (qui se rompent facilement)</li><li>• Prééclampsie précoce</li><li>• Pas de fœtus apparent</li></ul>	Grossesse molaire

Source : Adapté de l'OMS [17].



**TABLEAU 5 : Symptômes et signes d'une grossesse extra-utérine non rompue et rompue**

Grossesse extra-utérine non rompue	Grossesse extra-utérine rompue
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Symptômes de grossesse débutante (microrragies et métrorragies irrégulières, nausées, gonflement mammaire)</li> <li>• Douleurs abdominales et pelviennes</li> <li>• Examen : Coloration bleuâtre du vagin et du col, léger agrandissement de l'utérus, +/- masse anxielle sensible</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Malaise et asthénie</li> <li>• Pouls rapide et filant (110 bts/min ou plus)</li> <li>• Hypotension</li> <li>• Hypovolémie</li> <li>• Douleurs abdominales et/ou pelviennes aiguës</li> <li>• Distension abdominale</li> <li>• Douleur abdominale à la décompression</li> </ul>

Source : Adapté de l'OMS [17].

#### 4.3.1.3 Grossesse molaire

Si le diagnostic de grossesse molaire est certain, établissez la compatibilité croisée du sang si possible et préparez l'évacuation de l'utérus. Voir le [Chapitre 5 : Soins d'avortement](#) pour des informations supplémentaires sur les méthodes recommandées pour l'évacuation utérine. Le type d'intervention pour une grossesse molaire dépend de la taille de l'utérus (>13 semaines contre <13 semaines). Une perfusion à l'oxytocine peut être administrée (20 unités dans 1 litre de soluté intraveineux à 60 gouttes/minute) afin d'éviter les hémorragies (en particulier en cas de taille utérine >13 semaines) une fois l'évacuation en cours [17].

#### 4.3.2 Décollement placentaire ou placenta praevia

Les causes les plus graves d'hémorragies antepartum ou intrapartum sont le décollement placentaire et le placenta praevia. Tant qu'un placenta praevia n'a pas été exclu, le prestataire de soins de santé ne doit pas effectuer d'examen systématique au spéculum si une personne présente un saignement vaginal antepartum ou intrapartum après 22 semaines de grossesse. Procédez à une évaluation rapide de l'état général de la cliente, tel qu'indiqué pour les saignements au début de la grossesse (voir la [Section 4.3.1](#)). Il est essentiel de maintenir stables les fonctions vitales, de mettre en route une perfusion de liquide intraveineux et d'organiser le transfert de la cliente dans un établissement de santé de niveau supérieur pour des analyses et une prise en charge plus poussées, telles que l'accouchement par césarienne.

#### 4.3.3 Hémorragie du post-partum

L'hémorragie du post-partum (HPP) est définie comme des pertes sanguines de 500 ml ou plus et est considérée comme sévère lorsque les pertes atteignent 1000 ml ou plus.

Une HPP primaire constitue la forme la plus fréquente d'hémorragies obstétricales majeures qui survient à partir du tractus génital *dans les 24 heures suivant l'accouchement*. Ses principales causes sont l'atonie utérine, un traumatisme du tractus génital, la rupture utérine, la rétention placentaire (complète ou partielle) et des troubles de la coagulation maternelle [22]. Une HPP secondaire se définit comme un saignement vaginal anormal ou excessif *entre 24 heures et 12 semaines après l'accouchement*. En plus des causes mentionnées ci-dessus, l'HPP secondaire peut être causée par des anomalies vasculaires et des lésions chirurgicales non décelées ou des complications.

##### 4.3.3.1 Prévention d'HPP primaire

L'utilisation d'un utérotonique efficace pour la prévention de l'HPP pendant le troisième stade du travail est recommandée pour toutes les naissances. Pour prévenir efficacement l'HPP, un seul des utérotoniques suivants doit être utilisé : l'oxytocine, la carbétocine, le misoprostol, l'ergométrine/méthylelrgométrine, ou l'association à dose fixe d'oxytocine et d'ergométrine (les deux dernières options seulement lorsqu'il est possible d'exclure avec certitude avant utilisation des désordres hypertensifs). L'administration de prostaglandines injectables n'est pas recommandée pour la prévention de l'HPP.

Dans les contextes où plusieurs options d'utérotoniques sont disponibles, l'oxytocine (10 UI, par voie intramusculaire/intraveineuse) est l'agent utérotonique recommandé pour la prévention de l'HPP pour toutes les naissances.

Dans les contextes où l'oxytocine n'est pas disponible (ou sa qualité ne peut pas être garantie), l'utilisation d'autres utérotoniques injectables (carbétocine, ou le cas échéant ergométrine/méthylelrgométrine, ou association à dose fixe d'oxytocine et d'ergométrine) ou de misoprostol par voie orale est recommandée pour la prévention de l'HPP.

Dans les contextes où aucun personnel de santé qualifié n'est présent pour administrer des utérotoniques injectables, l'administration de misoprostol (soit 400 µg ou 600 µg, par voie orale) par des agents de santé communautaires et des agents de santé non professionnels est recommandée pour la prévention de l'HPP.

En cas de rétention du placenta avec un saignement important, le retrait manuel du placenta doit être accéléré, accompagné d'une dose unique d'antibiotiques prophylactiques [22,23,24].





#### 4.3.3.2 Prise en charge de l'HPP

*Intervention immédiate :*

- Posez deux lignes intraveineuses et administrez des liquides (solution saline normale ou lactate de Ringer). Vérifiez régulièrement les fonctions vitales.
- La réanimation liquidienne initiale est réalisée en même temps que l'administration d'utérotoniques par voie intraveineuse et de 1 g d'acide tranexamique (100 mg/ml) par voie intraveineuse à raison de 1 ml par minute pendant 10 minutes. Si des utérotoniques par voie intraveineuse ne sont pas disponibles, il faut mettre en route parallèlement la réanimation liquidienne et la prise d'acide tranexamique avec du misoprostol sublingual ou d'autres utérotoniques parentéraux. Si l'HPP se produit dans un contexte de rétention placentaire, le placenta doit être retiré et une dose unique d'antibiotiques doit être administrée.
- Effectuez un massage utérin bimanuel dès que l'HPP est diagnostiquée et excluez toute possibilité de lacération vaginale ou cervicale.
- Mesurez ou estimez les pertes sanguines.
- Vérifiez le taux d'hémoglobine, le groupe sanguin et la compatibilité croisée si des installations sont disponibles. Envisagez un transfert dans un autre établissement.
- Cathétérisez la vessie.
- Vérifiez si le placenta a été expulsé et examinez-le pour vous assurer qu'il est complet.
- Examinez le col de l'utérus, le vagin et le périnée pour y déceler des déchirures.
- Déterminer la cause de l'HPP (*Tableau 6*) et traitez-la en conséquence.

**TABLE 6 : Diagnostic différentiel d'hémorragie du post-partum**

Manifestation des symptômes et autres symptômes et signes généralement présents	Symptômes et signes parfois présents	Cause probable
<ul style="list-style-type: none"> <li>• HPP primaire</li> <li>• Utérus mou et non contracté</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Choc</li> </ul>	Atonie utérine
<ul style="list-style-type: none"> <li>• HPP primaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Placenta complet, utérus contracté</li> </ul>	Déchirures du col, du vagin ou du périnée
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non-délivrance du placenta dans les 30 minutes suivant la naissance</li> <li>• Partie manquante de la surface maternelle du placenta ou membranes déchirées contenant des vaisseaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HPP primaire</li> <li>• Utérus contracté</li> </ul>	Rétention du placenta ou de fragments
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence de perception du fond de la cavité utérine à l'examen abdominal</li> <li>• Douleurs légères ou intenses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inversion utérine apparente à la vulve</li> <li>• HPP primaire</li> </ul>	Inversion utérine
<ul style="list-style-type: none"> <li>• HPP primaire (les saignements peuvent aussi être intra-abdominaux)</li> <li>• Douleur abdominale sévère (peut diminuer après une rupture)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Choc</li> <li>• Abdomen sensible</li> <li>• Pouls maternel rapide</li> </ul>	Rupture utérine
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saignement survenant plus de 24 heures après l'accouchement</li> <li>• Utérus plus mou et plus grand que prévu compte tenu du temps écoulé depuis l'accouchement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saignement variable et malodorant</li> <li>• Anémie</li> </ul>	PPH secondaire

Source : Adapté de l'OMS [17].



*Atonie utérine :*

- Palpez le fond de la cavité utérine et massez pour stimuler des contractions (massage utérin).
- Administrez des utérotoniques :
  - Ocytocine par voie intraveineuse (de préférence)
    - 20 unités/1 litre au débit le plus rapide possible pour le premier litre, puis dose continue à 40 gouttes par minute pour chaque litre supplémentaire jusqu'à 3 litres au total.
    - Ne pas administrer sous forme de bolus intraveineux.
    - L'administration d'ocytocine par voie intramusculaire (10 unités) est possible (si la voie intraveineuse n'est pas disponible).
  - En cas de non-disponibilité d'ocytocine ou d'absence de réponse des saignements à l'ocytocine :
    - Ergométrine/méthylergométrine, voie intraveineuse (lentement, de préférence) ou intramusculaire 0,2 mg. Répétez 0,2 mg par voie intramusculaire au bout de 15 minutes.
      - Si nécessaire, vous pouvez administrer 0,2 mg par voie intramusculaire ou intraveineuse (lentement) toutes les 4 heures jusqu'à 5 doses au total.
      - Ne pas utiliser en cas d'hypertension artérielle, de prééclampsie, de maladie cardiaque ou de rétention placentaire.
    - Prostaglandine 15-méthyl F2 alpha : 0,25 mg par voie intramusculaire toutes les 15 minutes jusqu'à 8 doses (2 mg) au total.
      - Ne pas administrer à des clientes asthmatiques.
      - Ne pas administrer par voie intraveineuse.
    - Misoprostol : sublingual 800 µg. Peut répéter 200–800 µg jusqu'à 1600 µg.
  - L'administration précoce d'acide tranexamique par voie intraveineuse dans les 3 heures suivant l'accouchement en plus des soins standard est recommandée pour les clientes présentant un diagnostic clinique d'HPP après un accouchement par voie vaginale ou par césarienne.
    - Acide tranexamique 1 g par voie intraveineuse (lentement), à répéter après 30 minutes si les saignements se poursuivent, en ne dépassant pas la dose de 10 mg/kg de poids corporel, 3 à 4 fois par jour.
    - Ne pas utiliser en cas d'antécédents de coagulopathie ou de coagulation active ou de convulsions [17].

*Rétention placentaire :*

- Vérifiez que la vessie est vide et cathétérisez-la si nécessaire.
- Évitez toute traction forcée du cordon sous l'effet de la pression fondique, car elle pourrait provoquer une inversion utérine ou une avulsion du cordon.
- Administrez 10 unités supplémentaires d'ocytocine par voie intramusculaire/intraveineuse en combinaison avec une traction contrôlée du cordon.
- Si le placenta a été expulsé mais est incomplet (ou non disponible pour inspection) :
  - Effectuez un massage utérin pour expulser les caillots/fragments retenus.
- Si le placenta n'est pas expulsé (ou incomplet) et que les saignements se poursuivent, procédez au retrait manuel du placenta/des fragments ou à une aspiration manuelle intra-utérine.
  - Une dose unique d'antibiotiques (ampicilline ou céphalosporine de première génération) est recommandée en cas de tentative du retrait manuel du placenta.
  - Un tissu très adhérent peut être la manifestation de placenta accreta. Si le placenta ne se décolle pas facilement, stabilisez la cliente et orientez-la en urgence vers l'hôpital pour sa prise en charge [17].

*Saignements du tractus génital :*

Vérifiez la présence éventuelle de déchirures périnéales et vaginales basses. Appliquez une pression avec de la gaze stérile et collez les jambes de la cliente l'une contre l'autre pendant 5 minutes. Si les saignements continuent, suturez la déchirure.

*En cas de saignements abondants persistants :*

Stabilisez la cliente et orientez-la vers un établissement de santé de niveau supérieur en posant deux lignes intraveineuses et des fluides.



## 4.4 Travail prématuré

Le travail prématuré est défini comme le début du travail avant 37 semaines complètes de grossesse, et les naissances prématurées ou avant terme désignent les bébés nés à ce moment. L'anamnèse devrait chercher à déterminer la date du terme, l'âge gestationnel et si les membranes se sont rompues. L'évaluation physique doit inclure les fonctions vitales de la cliente, la sensibilité abdominale, la rupture des membranes et l'évaluation fœtale (tonalités cardiaques, position). L'administration systématique d'antibiotiques n'est pas recommandée pour les clientes en travail prématuré dont les membranes amniotiques sont intactes et qui ne présentent aucun signe clinique d'infection. La corticothérapie prénatale (dexaméthasone intramusculaire ou bétaméthasone intramusculaire 24 mg en doses fractionnées) est recommandée pour les clientes à risque d'accouchement avant terme de 24 à 34 semaines de grossesse lorsque les conditions suivantes sont remplies : l'évaluation de l'âge gestationnel peut être effectuée avec précision, l'accouchement avant terme est considéré comme imminent, il n'y a aucun signe d'infection maternelle, des soins d'accouchement adéquats sont disponibles (y compris pour une naissance avant terme) et le nouveau-né prématuré peut recevoir des soins adéquats si nécessaire.

En outre, l'administration de sulfate de magnésium est recommandée pour les clientes à risque d'accouchement prématuré imminent avant 32 semaines de grossesse pour la prévention de la paralysie cérébrale chez le nourrisson/enfant. L'administration de sulfate de magnésium à des fins de neuroprotection n'est préconisée que si l'accouchement avant terme est susceptible de se produire dans les 24 heures.

Si ces interventions ne sont pas disponibles localement, envisagez un transfert [25].

## 4.5 Prolapsus du cordon ombilical

Le prolapsus du cordon ombilical est une complication de la grossesse qui survient lorsque le cordon ombilical se trouve en dessous de la partie par laquelle le fœtus se présente. Elle peut survenir à la suite d'une rupture artificielle ou d'une rupture précoce des membranes si le fœtus n'est pas en contact avec l'orifice cervical interne du col [17].

### 4.5.1 Actions immédiates pour prendre en charge le prolapsus du cordon ombilical

- Administrez de l'oxygène.
- Si le cordon ombilical pulse et que la cliente se trouve dans le premier stade du travail :
  - Insérez une main gantée (stérile) dans le vagin et poussez vers le haut la partie par laquelle le fœtus

se présente afin de diminuer la pression exercée sur le cordon. L'autre main peut être placée sur l'abdomen pour maintenir le fœtus en position élevée. Maintenez le fœtus en position élevée par rapport au bassin jusqu'à ce qu'une césarienne puisse être effectuée.

- Administrez des tocolytiques pour réduire les contractions pendant les préparatifs en vue de l'opération.
- Procédez immédiatement à un accouchement par césarienne.
- Si le cordon ombilical pulse et que la cliente se trouve dans le second stade du travail :
  - Accélérez l'accouchement à l'aide d'une ventouse obstétricale ou de forceps.
  - Procédez aux préparatifs en vue de la réanimation du nouveau-né.
- Si le cordon ne pulse pas lorsqu'un prolapsus du cordon ombilical est diagnostiqué, le fœtus est déjà mort et un accouchement accéléré n'est plus nécessaire [17].

## 4.6 Obstruction du travail

Une obstruction du travail se produit lorsque la partie par laquelle le fœtus se présente ne peut pas franchir la filière génitale, malgré de puissantes contractions utérines. La cause la plus fréquente d'une obstruction du travail est la disproportion céphalopelvienne. D'autres causes d'obstruction du travail comprennent une mauvaise présentation ou une mauvaise position du fœtus et, rarement, des jumeaux verrouillés ou des tumeurs pelviennes [17,26].

### 4.6.1 Actions immédiates pour prendre en charge une obstruction du travail (lorsque le fœtus est vivant)

Soit :

- Procédez au plus tôt aux préparatifs en vue d'une césarienne ou d'un accouchement instrumental (forceps, extraction par ventouse ou symphysiotomie), en fonction de la position/descente du fœtus

Soit :

- Orientez d'urgence la cliente vers un établissement de niveau supérieur, si le vôtre ne fournit pas de SONUC.

Un travail prolongé dû à une obstruction du travail peut entraîner des complications potentiellement mortelles et une invalidité, y compris une septicémie, des blessures à la vessie et/ou au rectum et une rupture de l'utérus, qui peuvent entraîner une hémorragie grave, un choc et le décès. Une obstruction du travail prolongée peut également causer une fistule obstétricale, une mortinaissance, des lésions cérébrales chez le nourrisson et le décès néonatal.



## 4.7 Septicémie maternelle

La septicémie maternelle est une pathologie potentiellement mortelle définie comme un dysfonctionnement des organes résultant d'une infection pendant la grossesse ou l'accouchement ou pendant la période post-avortement ou du post-partum [27].

### 4.7.1 Prévention des infections maternelles

Chaque cliente doit être évaluée pour déterminer son **risque** d'infection avant, pendant et après l'accouchement en examinant ses antécédents et ses dossiers cliniques. Si un ou plusieurs facteurs de risque sont relevés, l'administration de prophylaxie antibiotique est nécessaire pour **prévenir** toute infection. Voir le *Tableau 7* pour les schémas recommandés pour la prévention des infections maternelles dans diverses situations.

### 4.7.2 Diagnostic et prise en charge de septicémie

Si la température de la cliente est supérieure à 38 °C et qu'elle présente l'un des symptômes suivants : fréquence respiratoire élevée, léthargie, raideur du cou, incapacité de se tenir debout, le prestataire de soins de santé doit

suspecter la possibilité d'une septicémie. Une septicémie peut aussi éventuellement faire chuter la température corporelle vers l'état d'hypothermie.

Procédez à l'observation régulière des fonctions vitales (pouls, tension artérielle, température, fréquence respiratoire); si la cliente est en état de choc (tension systolique <90 mm Hg, pouls >110/minute):

- Posez une perfusion intraveineuse et administrez des liquides.
- Prenez la tension artérielle et le pouls toutes les 15 minutes.
- Surveillez le débit d'urine.
- Enregistrez le remplacement du liquide, le débit urinaire et les fonctions vitales.

Dans le même temps, le prestataire de soins de santé devrait effectuer des tests diagnostiques fondés sur des suspicions cliniques, s'ils sont disponibles (par exemple, hémocultures, prélèvements dans le haut du vagin, prélèvements de la gorge, urine en milieu de jet). Ces tests et analyses ne doivent pas retarder le traitement antibiotique.

**TABLEAU 7 : Prophylaxie antibiotique**

Situation	Traitement antibiotique (se référer aux protocoles locaux)
Rupture prématurée des membranes avant terme (RPMAT) (voir la <i>Section 4.4</i> )	Érythromycine 500 mg par voie orale, toutes les 6 heures pendant 10 jours (ou jusqu'à la naissance) <b>OU</b> Ampicilline 2 g par voie intraveineuse toutes les 6 heures
Retrait en cours du placenta	Ampicilline 2 g par voie intraveineuse/intramusculaire, dose unique <b>OU</b> Céphalosporine de première génération, par ex. céfazoline 1 g voie intraveineuse/intramusculaire, dose unique
Déchirure périnéale du troisième ou quatrième degré	Antibiotiques à large spectre, par ex. : Céphazoline 2 g par voie intraveineuse en dose unique préopératoire suivie d'amoxicilline + clavulanate (875 mg + 125 mg par voie orale), toutes les 12 heures pendant 7 jours <b>OU</b> Céphalexine 500 mg par voie orale, toutes les 6 heures pendant 7 jours <b>PLUS</b> métronidazole 400 mg par voie orale, toutes les 12 heures pendant 7 jours
Endométrite ou chorioamnionite post-partum	Clindamycine 600 mg par voie intraveineuse toutes les 8 heures <b>PLUS</b> gentamicine 5 mg/kg ou 60–80 mg par voie intraveineuse/intramusculaire, toutes les 24 heures



En cas de maintien de la température de la cliente à plus de 38 °C et de présence de l'un des signes suivants : frissons, pertes vaginales nauséabondes, tachycardie fœtale et rupture des membranes de plus de 18 heures, la prise en charge suivante est recommandée :

- Posez une perfusion intraveineuse et administrez des liquides rapidement.
- Administrez des antibiotiques par voie intramusculaire ou intraveineuse.
- Si le bébé est né et le placenta expulsé, administrez de l'oxytocine 10 mg par voie intramusculaire, évaluez les signes d'infection chez le nouveau-né et traitez-les si nécessaire.
- Si nécessaire, orientez la cliente vers un établissement de santé de niveau supérieur.

## 4.8 Complications fœtales

### 4.8.1 Souffrance fœtale

La souffrance fœtale est définie comme une fréquence cardiaque fœtale inférieure à 120 ou supérieure à 160 battements/minute. Si la fréquence cardiaque fœtale reste inférieure à 120 ou supérieure à 160 battements/minute après 30 minutes d'observation, le prestataire de soins de santé doit prendre les mesures suivantes pour un travail actif précoce ou tardif :

- Travail actif précoce (dilatation d'au moins 4 cm) :
  - Maintenez la cliente allongée sur son côté gauche.
  - Envisagez l'administration de fluides intraveineux et arrêtez l'administration d'oxytocine (si elle a commencé).
  - Faites les préparatifs en vue d'un accouchement par césarienne ou orientez d'urgence la cliente vers un établissement de santé de niveau supérieur pour un accouchement par césarienne.
- Travail actif tardif (dilatation entre 7 cm et 10 cm) :
  - Appelez pour demander de l'aide pendant l'accouchement au besoin. Orientez la cliente si nécessaire.
  - Surveillez la fréquence cardiaque fœtale après chaque contraction.
  - Faites les préparatifs en vue de la réanimation du nouveau-né (voir l'[Annexe 7](#)).

### 4.8.2 Prise en charge d'une mortinaissance

Une mortinaissance est un bébé né sans aucun signe de vie après 28 semaines de grossesse. Dans environ la moitié des mortinaissances, le décès du fœtus survient pendant le travail [28].

Les facteurs de risque de mortinaissance comprennent l'âge maternel supérieur à 35 ans, une infection maternelle, la présence d'un handicap maternel, des maladies non transmissibles et des facteurs liés à la nutrition et au mode de vie [17,29].

La perte d'un bébé a un effet dévastateur pour tout parent. Lorsqu'une mortinaissance se produit, le ou les parents doivent en être informés dès que possible. Il faut leur offrir la possibilité de tenir le bébé dans leurs bras aussi longtemps qu'ils en ont besoin, en leur accordant de l'intimité s'ils en font la demande. Des services de soins et d'accompagnement du deuil pour les parents devraient leur être offerts. Conseillez la cliente sur les soins physiques à se prodiguer à elle-même comme pour toute autre naissance, avec l'offre de conseils contraceptifs (voir la [Section 5.2 : Soins postnatals](#)).

Le prestataire de soins de santé doit être au courant des protocoles locaux pour l'enregistrement des mortinaissances et la notification de tout décès périnatal.

## 5. Soins postnatals

La période postnatale (cliente et nouveau-né) ou la période suivant l'accouchement (cliente seulement) est la période immédiatement après la naissance du bébé et jusqu'à 6 semaines (42 jours) après. Il s'agit d'une période critique tant pour la cliente que pour le bébé, car c'est au cours de cette période que surviennent la plupart des décès maternels et infantiles [30,31].

Après un accouchement vaginal sans complications dans un établissement de santé, la cliente et le bébé devraient recevoir des soins postnatals pendant 24 heures après l'accouchement et devraient être maintenus en observation afin de déceler tout signe avant-coureur (voir la [Section 5.2](#) et la [Section 5.1.1](#), respectivement). Pendant la période de post-partum pendant les 24 premières heures à partir de la première heure suivant la naissance, chaque cliente devrait faire l'objet d'une évaluation régulière : saignements vaginaux, contraction utérine, position du fond utérin, température et rythme cardiaque (pouls). Sa tension artérielle doit être mesurée peu après l'accouchement. Si elle est normale, une deuxième mesure de la tension artérielle doit être effectuée dans les 6 heures. La cliente devrait avoir vidé sa vessie dans les 6 heures. Si l'accouchement a lieu à domicile, la première visite de contact postnatal



devrait avoir lieu le plus tôt possible dans les 24 heures suivant la naissance. Trois autres visites de contact de soins postnatals sont recommandées le 3<sup>e</sup> jour après la naissance, entre le 7<sup>e</sup> et le 14<sup>e</sup> jour après, et 6 semaines après.

## 5.1 Soins postnatals pour le nouveau-né

La période néonatale ou du nouveau-né fait référence aux 28 premiers jours suivant la naissance. Les premiers jours, la première semaine et le premier mois sont les plus déterminants. Près de la moitié des décès d'enfants de moins de 5 ans surviennent au cours du premier mois [32].

### 5.1.1 Évaluation du nouveau-né

Évaluez le nouveau-né à chaque contact postnatal pour déceler des signes avant-coureurs (*Encadré 2*) et envisagez d'orienter le nouveau-né pour une évaluation et une prise en charge plus approfondies si l'un des signes est présent. Tous les nouveau-nés doivent recevoir 1 mg de vitamine K par voie intramusculaire après la naissance (c'est-à-dire après la première heure au cours de laquelle le contact peau-à-peau et l'allaitement devraient être mis en route).

Communiquez ces signes avant-coureurs à la cliente et à sa famille afin qu'ils restent vigilants et viennent consulter si l'un d'entre eux se manifeste.

#### ENCADRÉ 2 : Signes avant-coureurs chez le nouveau-né

- Respiration rapide/difficile (fréquence respiratoire  $\geq 60$  par minute)
- Respiration lente ou haletante
- Tirage sous-costal sévère
- Absence de mouvement spontané
- Fièvre (température  $\geq 37,5$  °C) ou froideur inhabituelle (température  $< 35,5$  °C)
- Surdistension abdominale
- Se nourrit mal ou cesse de bien se nourrir
- Crises ou convulsions
- Jaunisse dans les premières 24 heures de vie, paumes et semelles jaunes à tout âge
- L'ombilic est rouge ou du pus ou du sang s'en écoule
- Pâleur
- Gonflement des yeux, écoulement de pus

### 5.1.2 Entretien du cordon ombilical

Conseillez à la cliente de maintenir le cordon ombilical propre et sec en tout temps. Dans les contextes de mortalité néonatale élevée, l'application quotidienne de chlorhexidine (solution aqueuse ou gel à 7,1 % de digluconate de chlorhexidine, délivrant 4 % de chlorhexidine) sur le bout du cordon ombilical est recommandée pendant la première semaine de vie.

### 5.1.3 Allaitement

Les bébés devraient être nourris exclusivement au sein à partir de la naissance jusqu'à l'âge de 6 mois, si possible. Le prestataire de soins de santé a un rôle important à jouer en encourageant et en soutenant l'allaitement à chaque contact postnatal. Les clientes handicapées peuvent avoir besoin d'aide pour porter le bébé ou le positionner pour le mettre au sein.

Si la cliente vit avec le VIH (voir le *Chapitre 7: VIH, Section 6.1*):

- Reportez-vous aux lignes directrices nationales sur l'alimentation des bébés nés de personnes vivant avec le VIH.
- Si la cliente prend des antirétroviraux, un soutien devrait lui être apporté pour qu'elle nourrisse entièrement son bébé au sein, car le risque de transmission du VIH au bébé par le lait maternel est minime.
- Dans les contextes où il existe une charge élevée de mortalité infantile due à la dénutrition et aux maladies infectieuses et où la cliente ne prend pas de médicaments antirétroviraux, l'allaitement peut être l'option la plus appropriée pour nourrir le bébé et devrait donc être encouragé.

### 5.1.4 Autres soins postnatals pour le nouveau-né

- Conseillez le ou les parents sur la nécessité d'utiliser une moustiquaire (moustiquaire imprégnée d'insecticide de longue durée) pour le bébé lorsqu'il dort dans des zones à haut risque, de mettre le bébé sur le dos pour dormir et de s'assurer que le bébé est maintenu à une température sûre et confortable.
- Il est préférable d'attendre au moins 6 heures, et de manière optimale 24 heures après la naissance, avant de donner un bain au nouveau-né.
- Les vaccinations devraient être préconisées conformément aux lignes directrices locales.



- Pour tous les nouveau-nés, les lignes directrices de l'OMS pour le traitement des IST recommandent la prophylaxie oculaire topique pour la prévention de l'ophtalmie néonatale gonococcique et chlamydiale [33,34]. En cas de suspicion d'infection oculaire gonococcique, administrez des antibiotiques conformément aux protocoles locaux et refaites le point après 48 heures.
- La « méthode kangourou » est bénéfique pour les bébés prématurés pesant 2000 g ou moins (voir l'Encadré 3).

### ENCADRÉ 3 : Faits principaux sur la méthode kangourou

- La méthode kangourou, qui consiste à mettre le nouveau-né peau contre peau contre la poitrine de la cliente, est préconisée comme soins systématiques pour les nouveau-nés qui pèsent 2000 g ou moins à la naissance et devrait être mise en place dans les établissements de santé dès qu'un nouveau-né est cliniquement stable.
- Les nouveau-nés instables pesant 2000 g ou moins à la naissance ou les nouveau-nés stables pesant moins de 2000 g à qui il n'est pas possible d'accorder la méthode kangourou doivent être pris en charge dans un environnement thermoneutre sous un réchauffeur radiant ou dans un incubateur.

Source : OMS [23].

## 5.2 Soins postnatals pour la cliente

### 5.2.1 Sortie de l'établissement de santé

- Avant de quitter l'établissement de santé, un ensemble de soins postnatals individualisés devrait être fourni à la cliente, qui est une continuation des soins prénatals et intrapartum. Cet ensemble devrait inclure un conseil en contraception et des soins de santé si désiré (voir le *Chapitre 4 : Contraception*), et des informations sur d'autres soins sexuels et reproductifs.
- Il est recommandé de remettre à la cliente une fiche sur laquelle figurent les renseignements relatifs à l'accouchement, les éventuelles complications qui se sont produites et la façon dont elles ont été traitées, les dates des rendez-vous de suivi après l'accouchement, les numéros de téléphone de services à contacter en cas d'urgence et toute consigne spéciale pour les soins de suite postnatals spécialisés pour la cliente ou le bébé.

- Conseillez à la cliente de venir consulter en présence de signes avant-coureurs, quels qu'ils soient, comme des saignements abondants, des douleurs sévères, de la fièvre, etc.
- Aucune période d'attente n'est à observer avant qu'une cliente puisse reprendre une activité sexuelle, cependant, la majorité des personnes ont besoin de 4 à 6 semaines avant de se rétablir et de se sentir prêtes.

### 5.2.2 Visites postnatales

À chaque visite de soins postnatals, les prestataires de soins de santé doivent :

- Se renseigner sur le bien-être général de la cliente et évaluer les progrès de l'allaitement, la fonction physique et la cicatrisation si nécessaire.
- Fournir des conseils de nutrition, d'hygiène, de pratiques sexuelles à moindre risque et de contraception.
- Se renseigner sur le bien-être émotionnel de la cliente, le soutien dont elle dispose et la manière dont elle s'en sort.

### 5.2.3 Santé mentale et psychose puerpérale

La santé mentale est une partie importante de la santé et du bien-être pendant la période postnatale. Les prestataires de soins de santé devraient encourager les clientes à être sensibles à leur propre état mental et à demander de l'aide si elles se sentent désemparées, anxieuses ou déprimées. La dépression post-partum est un trouble de l'humeur rare mais grave qui nécessite un traitement.

*La psychose puerpérale* est une maladie mentale grave qui nécessite une intervention médicale immédiate. Elle se manifeste généralement dans les 2 premières semaines après l'accouchement. Les symptômes peuvent inclure des hallucinations, des délires, un changement d'humeur et un changement de comportement. La psychose puerpérale est une urgence médicale. La cliente doit être orientée immédiatement pour être traitée afin d'éviter l'aggravation de la maladie et tout risque de se faire mal à elle-même ou de faire mal à son bébé.



## 6. Bibliographie

- [1] Downe S, Finlayson K, Oladapo OT, Bonet M, Gülmezoglu AM. What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *PLoS One*. 2018;13(4):e0194906.
- [2] Finlayson K, Crossland N, Bonet M, Downe S. What matters to women in the postnatal period: A meta-synthesis of qualitative studies. *PLoS One*. 2020;15(4):e0231415.
- [3] Organisation mondiale de la Santé. Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive. Genève: OMS; 2016. Disponible à : <https://www.who.int/fr/publications/item/9789241549912>. Site consulté le 26 novembre 2019.
- [4] Organisation mondiale de la Santé. WHO guideline on syphilis screening and treatment for pregnant women. Genève: OMS; 2017. Disponible à : <https://www.who.int/publications/item/9789241550093>. Site consulté le 12 avril 2022.
- [5] Organisation mondiale de la Santé. Soins pour les filles et les femmes vivant avec des mutilations sexuelles féminines: manuel clinique. Genève: OMS; 2018. Disponible à : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345088>. Site consulté le 10 décembre 2019.
- [6] Fédération internationale pour la planification familiale. IMAP Statement on the elimination of female genital mutilation. Londres: IPPF; 2015. Disponible à : [https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf\\_imap\\_fgm\\_web.pdf](https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_imap_fgm_web.pdf). Site consulté le 22 octobre 2021.
- [7] Organisation mondiale de la Santé. WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation. Genève: OMS; 2016. Disponible à : [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206437/9789241549646\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206437/9789241549646_eng.pdf). Site consulté le 22 octobre 2021.
- [8] Organisation mondiale de la Santé. Guidelines for the Treatment of *Treponema pallidum* (syphilis). Genève: OMS; 2106. Disponible à : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249572/1/9789241549806-eng.pdf>. Site consulté le 6 décembre 2019.
- [9] Organisation mondiale de la Santé [site Internet]. Health topics: Tetanus. Disponible à : [https://www.who.int/health-topics/tetanus/#tab=tab\\_3](https://www.who.int/health-topics/tetanus/#tab=tab_3). Site consulté le 10 juin 2020.
- [10] Organisation mondiale de la Santé [site Internet]. Fiche d'information: Zika (maladie à virus). Juillet 2018. Disponible à : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/zika-virus>. Site consulté le 8 juin 2020.
- [11] Fédération internationale pour la planification familiale. IMAP Statement on Zika virus and sexual and reproductive health. Londres: IPPF; 2016. Disponible à : [https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf\\_imap\\_zika\\_web.pdf](https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_imap_zika_web.pdf). Site consulté le 8 juin 2020.
- [12] Organisation mondiale de la Santé. Prise en charge de la grossesse dans le contexte de l'infection à virus Zika: Mise à jour des lignes directrices provisoires du 13 mai 2016. Genève: OMS; 2016. Disponible à : <https://www.who.int/fr/publications/item/WHO-ZIKV-MOC-16.2-Rev.1>. Site consulté le 8 juin 2020.
- [13] Organisation mondiale de la Santé. Lignes directrices de l'OMS sur le paludisme. Genève: OMS; 2022. Disponible à : <https://www.who.int/fr/publications/item/guidelines-for-malaria>. Site consulté le 27 avril 2022.
- [14] Fédération internationale pour la planification familiale. Déclaration de l'IMAP sur la santé reproductive en période de COVID-19. Londres: IPPF; 2021. Disponible à : <https://fp2030.org/fr/resources/d%C3%A9claration-de-l%E2%80%99imap-sur-la-sant%C3%A9-reproductive-en-p%C3%A9riode-de-covid-19>. Site consulté le 22 octobre 2021.
- [15] Organisation mondiale de la Santé. Surveillance des soins obstétricaux d'urgence: manuel d'utilisation. Genève: OMS; 2009. Disponible à : [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44447/9789242547733\\_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44447/9789242547733_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Site consulté le 5 juin 2017.
- [16] Organisation mondiale de la Santé. Guide de gestion du travail d'accouchement de l'OMS: manuel d'utilisation. Genève: OMS; 2021. Disponible à : <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789240017566>. Site consulté le 22 octobre 2021.
- [17] Organisation mondiale de la Santé. Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. Second edition. Genève: OMS; 2017. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255760>. Site consulté le 22 octobre 2021.
- [18] Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The Management of Nausea and Vomiting of Pregnancy and Hyperemesis Gravidarum. Green-top Guideline No. 69. Londres: RCOG; 2016. Disponible à : <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/green-top-guidelines/gtg69-hyperemesis.pdf>. Site consulté le 17 août 2017.
- [19] Organisation mondiale de la Santé. Recommandations de l'OMS pour la prévention et le traitement de la prééclampsie et de l'éclampsie. Genève: OMS; 2011. Disponible à : <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789241548335>. Site consulté le 13 décembre 2019.





- [20] Organisation mondiale de la Santé. WHO recommendation: Calcium supplementation during pregnancy for prevention of pre-eclampsia and its complications. Genève : OMS ; 2018. Disponible à : <https://www.who.int/publications/item/9789241550451>. Site consulté le 22 octobre 2021.
- [21] National Institute for Health and Care Excellence. Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management. NICE guideline. Avril 2019. Disponible à : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng126/resources/ectopic-pregnancy-and-miscarriage-diagnosis-and-initial-management-pdf-66141662244037>. Site consulté le 11 décembre 2019.
- [22] Organisation mondiale de la Santé. Recommandations de l’OMS pour la prévention et le traitement de l’hémorragie du post-partum. Genève : OMS ; 2012. Disponible à : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/141487>. Site consulté le 31 mai 2017.
- [23] Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour la population, Banque mondiale et Fonds des Nations Unies pour l’enfance. Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice. Third edition. Genève : OMS ; 2015. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/249580>. Site consulté le 22 octobre 2021.
- [24] Organisation mondiale de la Santé. WHO Recommendations: Uterotonics for the prevention of postpartum haemorrhage. Genève : OMS ; 2018. Disponible à : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277276/9789241550420-eng.pdf>. Site consulté le 9 juin 2020.
- [25] Organisation mondiale de la Santé. WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes. Genève : OMS ; 2015. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/183037/9789241508988\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/183037/9789241508988_eng.pdf). Site consulté le 22 octobre 2021.
- [26] Alkire BC, Vincent JR, Burns CT, Metzler IS, Farmer PE, Meara JG. Obstructed labor and caesarean delivery: the cost and benefit of surgical intervention. *PLoS One*. 2012;7(4):e34595.
- [27] Organisation mondiale de la Santé. Statement on Maternal Sepsis. Genève : OMS ; 2017. Disponible à : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254608/1/WHO-RHR-17.02-eng.pdf>. Site consulté le 25 avril 2022.
- [28] Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, et al; Lancet Ending Preventable Stillbirths Series study group; Lancet Stillbirth Epidemiology investigator group. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *Lancet*. 2016;387(10018):587–603.
- [29] Shin JE, Cho GJ, Bak S, et al. Pregnancy and neonatal outcomes of women with disabilities: a nationwide population-based study in South Korea. *Sci Rep*. 2020;10(1):9200.
- [30] Organisation mondiale de la Santé. WHO Technical Consultation on Postpartum and Postnatal Care. Genève : OMS ; 2010. Disponible à : [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK310591/pdf/Bookshelf\\_NBK310591.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK310591/pdf/Bookshelf_NBK310591.pdf). Site consulté le 22 octobre 2021.
- [31] Organisation mondiale de la Santé. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. 2013. Genève : OMS ; 2014. Disponible à : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649_eng.pdf). Site consulté le 10 mai 2017.
- [32] Groupe interinstitutions des Nations Unies pour l’estimation de la mortalité infantile (UNIGME). Levels and Trends in Child Mortality: Report 2021. Estimates developed by the United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. New York : UNICEF ; 2021. Disponible à : <https://data.unicef.org/resources/levels-and-trends-in-child-mortality/>. Site consulté le 25 avril 2022.
- [33] Organisation mondiale de la Santé. WHO guidelines for the treatment of Neisseria gonorrhoeae. Genève : OMS ; 2016. Disponible à : <https://www.who.int/publications/item/9789241549691>. Site consulté le 27 avril 2022.
- [34] Organisation mondiale de la Santé. WHO guidelines for the treatment of Chlamydia trachomatis. Genève : OMS ; 2016. Disponible à : <https://www.who.int/publications/item/978-92-4-154971-4>. Site consulté le 27 avril 2022.



## 6.1 Ressources

Buppasiri P, Lumbiganon P, Thinkhamrop J, Thinkhamrop B. Antibiotic prophylaxis for third- and fourth-degree perineal tear during vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(10):CD005125.

Engelbrecht S, Armbruster D. The Active Management of the Third Stage of Labor. The Safer Motherhood Knowledge Transfer Program. *GLOWM.* Disponible à : [https://www.glowm.com/pdf/AMTSL\\_Wallchart\\_Single\\_FINAL.pdf](https://www.glowm.com/pdf/AMTSL_Wallchart_Single_FINAL.pdf). Site consulté le 16 août 2017.

Gupta JK, Sood A, Hofmeyr G, Vogel JP. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;5(5):CD002006

Hughes RG, Brocklehurst P, Steer PJ et al. Prevention of early-onset neonatal group B streptococcal disease. Green-top Guideline No. 36. *BJOG.* 2017;124(12):e280–e305.

International Federation of Obstetrics and Gynaecology. Misoprostol-Only Recommended Regimens 2017. Disponible à : <https://www.figo.org/sites/default/files/2020-06/FIGO%20Dosage%20Chart%20-%20-%20ENGLISH.pdf>. Site consulté le 13 septembre 2017.

Mavrides E, Allard S, Chandraran E, et al. on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Prevention and management of postpartum haemorrhage. *BJOG.* 2017;124(5):e106–e149.

National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. Clinical guideline [CG192]. Mise à jour le 11 février 2020. Disponible à : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/chapter/1-recommendations>.

National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical guideline [CG190]. Mise à jour en février 2017. Disponible à : [www.nice.org.uk/guidance/cg190](http://www.nice.org.uk/guidance/cg190). Site consulté le 8 juillet 2017.

Novikova N, Hofmeyr GJ, Cluver C. Tranexamic acid for preventing postpartum haemorrhage. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(6):CD007872.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Healthy eating and vitamin supplements in pregnancy. Octobre 2014. Disponible à : <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/patients/patient-information-leaflets/pregnancy/pi-healthy-eating-and-vitamin-supplements-in-pregnancy.pdf>. Site consulté le 5 septembre 2017.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Birth After Previous Caesarean Birth. Green-top Guideline No. 45. Octobre 2015. Disponible à : <https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/green-top-guidelines/birth-after-previous-caesarean-birth-green-top-guideline-no-45/>. Site consulté le 25 août 2017.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Zika virus infection and pregnancy. Mise à jour en février 2019. Disponible à : <https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/other-guidelines-and-reports/zika-virus-infection-and-pregnancy/>

Organisation mondiale de la Santé. WHO recommendations for augmentation of labour. Genève : OMS ; 2014. Disponible à : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf). Site consulté le 5 juin 2017.

Organisation mondiale de la Santé. Recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections. Genève : OMS ; 2015. Disponible à : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186171/1/9789241549363\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186171/1/9789241549363_eng.pdf). Site consulté le 30 avril 2017.

Organisation mondiale de la Santé. WHO Safe Childbirth Checklist Implementation Guide: Improving the quality of facility-based delivery for mothers and newborns. Genève : OMS ; 2015. Disponible à : [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/199177/9789241549455\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/199177/9789241549455_eng.pdf). Site consulté le 17 décembre 2019.

Organisation mondiale de la Santé. Making every baby count: audit and review of stillbirths and neonatal deaths. Genève : OMS ; 2016. Disponible à : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249523/1/9789241511223-eng.pdf>. Site consulté le 15 juillet 2017.

Organisation mondiale de la Santé. Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé. Genève : OMS ; 2016. Disponible à : <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789241511216>. Site consulté le 5 février 2017.

Organisation mondiale de la Santé. Companion of choice during labour and childbirth for improved quality of care. Genève : OMS ; 2016. Disponible à : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250274/1/WHO-RHR-16.10-eng.pdf>. Site consulté le 5 avril 2017.

Organisation mondiale de la Santé. Guideline: Iron Supplementation in Postpartum Women. Genève : OMS ; 2016. Disponible à : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249242/1/9789241549585-eng.pdf>. Site consulté le 12 juillet 2017.



Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour l'enfance. Guideline: updates on HIV and infant feeding: the duration of breastfeeding and support from health services to improve feeding practices among mothers living with HIV. Genève : OMS ; 2016. Disponible à : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246260/1/9789241549707-eng.pdf>.  
Site consulté le 15 août 2017.



## 7. Annexes

# Annexe 1 : Calendrier d'interventions recommandé par l'Organisation mondiale de la Santé pour des soins prénatals

Le Modèle OMS 2016 de soins prénatals en faveur d'une expérience positive de la grossesse : recommandations correspondant aux huit contacts de soins prénatals planifiés

**Objectif général :** Fournir aux personnes enceintes des soins respectueux, individualisés, et centrés sur la personne à chaque contact, avec la mise en œuvre de pratiques cliniques efficaces (interventions et tests). La fourniture d'informations pertinentes et opportunes et un soutien psychosocial et affectif, prodigués par des praticiens ayant de bonnes compétences cliniques et relationnelles au sein d'un système de santé qui fonctionne bien.

**Notes :**

- Ces recommandations s'appliquent aux femmes enceintes et aux adolescentes dans le contexte des soins prénatals de routine.
- Ce tableau ne comprend pas les bonnes pratiques cliniques, telles que la mesure de la tension artérielle, de la protéinurie et du poids, et la vérification des bruits cardiaques fœtaux, qui seraient incluses dans un manuel de mise en œuvre destiné aux praticiens.
- Les remarques détaillées dans la case ombrée avec chaque recommandation doivent être prises en compte lors de la planification de la mise en œuvre de ces recommandations.

Type d'intervention	Recommandation	Type de recommandation	Huit contacts de soins prénatals planifiés (semaines de gestation)							
			2 (12 semaines)	3 (26 semaines)	4 (30 semaines)	5 (34 semaines)	6 (36 semaines)	7 (38 semaines)	8 (40 semaines)	

### A. Interventions nutritionnelles

<b>Interventions diététiques</b>	<b>A.1.1:</b> Des conseils en faveur d'une alimentation saine et du maintien d'une activité physique pendant la grossesse sont recommandés pour les femmes enceintes afin qu'elles restent en bonne santé et n'enregistrent pas un gain de poids excessif. <sup>a</sup>	Recommandée	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	<b>A.1.2:</b> Dans les populations sous-alimentées, une éducation à la nutrition incitant à augmenter l'apport énergétique et protéique est recommandée pour les femmes enceintes en vue de réduire le risque de faible poids de l'enfant à la naissance.	Recommandation spécifique au contexte	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	<b>A.1.3:</b> Dans les populations sous-alimentées, une supplémentation énergétique et protéique équilibrée est recommandée pour les femmes enceintes afin de réduire le risque de mortinaissance et de petite taille pour l'âge gestationnel chez les nouveau-nés.	Recommandation spécifique au contexte	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	<b>A.1.4:</b> Dans les populations sous-alimentées, une forte supplémentation en protéines n'est pas recommandée chez les femmes enceintes dans le but d'améliorer les issues maternelles et périnatales de la grossesse.	Non recommandée									
<b>Suppléments de fer et d'acide folique</b>	<b>A.2.1:</b> Une supplémentation orale quotidienne en fer et en acide folique avec 30 à 60 mg de fer élémentaire <sup>b</sup> et 400 µg (0,4 mg) d'acide folique <sup>c</sup> est recommandée pour les femmes enceintes afin de prévenir l'anémie maternelle, la septicémie puerpérale, le faible poids à la naissance et les naissances avant terme. <sup>d</sup>	Recommandée	X	X	X	X	X	X	X	X	X

a Un régime alimentaire sain pendant la grossesse comprend des apports suffisants en énergie, protéines, vitamines et minéraux, fournis par la consommation d'une grande variété d'aliments, dont des légumes verts et orangés, de la viande, du poisson, des légumineuses, des noix, des produits céréaliers complets et des fruits.

b 60 mg de fer élémentaire sont équivalents à 300 mg de sulfate ferreux heptahydraté, à 180 mg de fumarate ferreux ou à 500 mg de gluconate ferreux.

c Il convient de débiter la prise d'acide folique aussi tôt que possible (dans l'idéal, avant la conception) pour prévenir les anomalies du tube neural.

d Cette recommandation se substitue à la recommandation antérieure figurant dans le document OMS de 2012 *Guideline: daily iron and folic acid supplementation in pregnant women* (36).



Type d'intervention	Recommandation	Type de recommandation	Huit contacts de soins prénatals planifiés (semaines de gestation)							
			2	3	4	5	6	7	8	
			(12 semaines)	(20 semaines)	(26 semaines)	(30 semaines)	(34 semaines)	(36 semaines)	(38 semaines)	(40 semaines)
<b>Suppléments de fer et d'acide folique</b>	<b>A.2.2:</b> Une supplémentation orale intermittente en fer et en acide folique, avec 120 mg de fer élémentaire <sup>e</sup> et 2800 µg (2,8 mg) d'acide folique une fois par semaine, est recommandée pour les femmes enceintes en vue d'améliorer les issues maternelles et néonatales de la grossesse si la prise quotidienne de fer n'est pas acceptable en raison. <sup>i</sup>	Recommandation spécifique au contexte	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Suppléments de calcium</b>	<b>A.3:</b> Dans les populations où la prise alimentaire de calcium est faible, une supplémentation quotidienne (1,5-2,0 g de calcium élémentaire par voie orale) est recommandée pour les femmes enceintes afin de réduire les risques de prééclampsie. <sup>g</sup>	Recommandation spécifique au contexte	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Suppléments de vitamine A</b>	<b>A.4:</b> Une supplémentation en vitamine A n'est recommandée pour les femmes enceintes que dans les zones où les carences en vitamine A sont un problème de santé publique sévère, <sup>h</sup> dans le but de prévenir la cécité nocturne. <sup>i</sup>	Recommandation spécifique au contexte	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Suppléments de zinc</b>	<b>A.5:</b> La supplémentation en zinc chez les femmes enceintes n'est recommandée que dans le contexte d'une recherche menée avec rigueur.	Recommandation spécifique au contexte (recherche)								
<b>Suppléments de micronutriments multiples</b>	<b>A.6:</b> La supplémentation en micronutriments multiples n'est pas recommandée chez les femmes enceintes dans le but d'améliorer les issues maternelles et périnatales de la grossesse.	Non recommandée								
<b>Suppléments de vitamine B6 (pyridoxine)</b>	<b>A.7:</b> La supplémentation en vitamine B6 (pyridoxine) n'est pas recommandée chez les femmes enceintes dans le but d'améliorer les issues maternelles et périnatales de la grossesse.	Non recommandée								

e 120 mg de fer élémentaire sont équivalents à 600 mg de sulfate ferreux heptahydraté, à 360 mg de fumarate ferreux ou à 1000 mg de gluconate ferreux.

f Cette recommandation se substitue à la recommandation antérieure figurant dans le document OMS de 2012 *Guideline: intermittent iron and folic acid supplementation in non-anemic pregnant women* (55).

g Cette recommandation est compatible avec les recommandations OMS de 2014 *Recommandations de l'OMS pour la prévention et le traitement de la prééclampsie et de l'éclampsie* (57) et se substitue à la recommandation antérieure figurant dans le document OMS de 2013 *Guideline: calcium supplementation in pregnant women* (38).

h Les carences en vitamine A sont un problème de santé publique sévère si  $\geq 5\%$  des femmes dans une population ont subi des épisodes de cécité nocturne lors de leur grossesse la plus récente au cours des 3-5 dernières années, avant débouché sur une naissance vivante, ou si  $\geq 20\%$  des femmes enceintes présentent un taux de rétinol sérique  $< 0,70 \mu\text{mol/l}$ . Déterminer si les carences en vitamine A représentent un problème de santé publique suppose d'estimer la prévalence de ce type de carence dans une population en utilisant des indicateurs biochimiques et cliniques spécifiques du statut pour la vitamine A.

i Cette recommandation se substitue à la recommandation antérieure figurant dans le document OMS de 2011 *Directive: Supplémentation en vitamine A chez la femme enceinte* (60). *Guideline: vitamin A supplementation in pregnant women* (60).



Type d'intervention	Recommandation	Type de recommandation	Huit contacts de soins prénatals planifiés (semaines de gestation)										
			2	3	4	5	6	7	8				
			(12 semaines)	(20 semaines)	(26 semaines)	(30 semaines)	(34 semaines)	(36 semaines)	(38 semaines)	(40 semaines)			
<b>Suppléments de vitamines E et C</b>	<b>A.8:</b> La supplémentation en vitamines E et C n'est pas recommandée chez les femmes enceintes dans le but d'améliorer les issues maternelles et périnatales de la grossesse.	Non recommandée											
<b>Suppléments de vitamine D</b>	<b>A.9:</b> La supplémentation en vitamine D n'est pas recommandée chez les femmes enceintes dans le but d'améliorer les issues maternelles et périnatales de la grossesse. <sup>j</sup>	Non recommandée											
<b>Restriction de la prise de caféine</b>	<b>A.10.1:</b> Chez les femmes enceintes dont la prise quotidienne de caféine est importante (plus de 300 mg par jour), <sup>k</sup> une diminution de cette prise pendant la grossesse est recommandée pour réduire le risque d'arrêt de la grossesse et de faible poids de l'enfant à la naissance.	Recommandation spécifique au contexte	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

**B. Évaluation de l'état de la mère et du fœtus<sup>l</sup>**

<b>Anémie</b>	<b>B.1.1:</b> La numération formule sanguine complète est la méthode recommandée pour le diagnostic de l'anémie pendant la grossesse. Dans les contextes où cette méthode n'est pas disponible, un dosage sur place de l'hémoglobine avec un hémoglobinomètre est préconisé, de préférence à l'utilisation de l'échelle de couleurs de l'hémoglobine, comme moyen de diagnostic de l'anémie chez la femme enceinte.	Recommandation spécifique au contexte	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Bactériurie asymptomatique</b>	<b>B.1.2:</b> La mise en culture de l'urine du milieu du jet est la méthode recommandée pour diagnostiquer une bactériurie asymptomatique pendant la grossesse. Dans les contextes où cette méthode n'est pas disponible, une coloration de Gram sur place de l'urine du milieu du jet est recommandée de préférence à l'utilisation de bandelettes réactives pour diagnostiquer cette maladie chez les femmes enceintes.	Recommandation spécifique au contexte	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

<sup>j</sup> Cette recommandation se substitue à la recommandation antérieure figurant dans le document OMS de 2012 *Guideline: vitamin D supplementation in pregnant women* (75).

<sup>k</sup> Ce chiffre couvre tous les produits, boissons ou aliments contenant de la caféine (c'est-à-dire café ou thé infusé, boissons sucrées de type cola, boissons énergétiques caféinées, chocolat ou comprimés de caféine).

<sup>l</sup> Les preuves concernant les activités de base dans le cadre des soins prénatals telles que la prise de la tension artérielle et la détermination de la protéinurie et du poids chez la mère et le contrôle des bruits du cœur du fœtus n'ont pas été évaluées par le groupe d'élaboration des directives car ces activités sont considérées comme faisant partie des bonnes pratiques.



Type d'intervention	Recommandation	Type de recommandation	Huit contacts de soins prénatals planifiés (semaines de gestation)							
			2	3	4	5	6	7	8	
			(12 semaines)	(20 semaines)	(26 semaines)	(30 semaines)	(34 semaines)	(36 semaines)	(38 semaines)	(40 semaines)
<b>Violence du partenaire sexuel (VPS)</b>	<b>B.1.3:</b> Il faut sérieusement envisager une enquête clinique sur la possibilité de violences de la part du partenaire sexuel (VPS) lors des visites prénatales lorsqu'on évalue des affections pouvant être causées ou compliquées par de telles violences en vue d'améliorer le diagnostic clinique et les soins ultérieurs, lorsque les capacités pour apporter une réponse sous forme de soutien (y compris l'orientation vers un centre spécialisé, si nécessaire) sont disponibles et que les exigences minimales de l'OMS sont respectées. <sup>m,n</sup>	Recommandation spécifique au contexte	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Diabète gestationnel</b>	<b>B.1.4:</b> Une hyperglycémie détectée pour la première fois à un moment quelconque de la grossesse devra être classée comme un diabète gestationnel ou un diabète pendant la grossesse, en fonction des critères de l'OMS. <sup>o</sup>	Recommandée	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Tabagisme</b>	<b>B.1.5:</b> Les prestataires de soins devront interroger toutes les femmes enceintes sur leur consommation de tabac (passée et actuelle) et leur éventuelle exposition passive à la fumée de tabac, à un stade le plus précoce possible de la grossesse et à chaque visite pour des soins prénatals. <sup>p</sup>	Recommandée	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Consommation de substances psychoactives</b>	<b>B.1.6:</b> Les prestataires de soins devront interroger toutes les femmes enceintes sur leur consommation d'alcool et d'autres substances (passée et actuelle), à un stade le plus précoce possible de la grossesse et à chaque visite pour des soins prénatals. <sup>q</sup>	Recommandée	X	X	X	X	X	X	X	X

m. Ces exigences minimales sont : un protocole/une procédure opératoire standard ; une formation sur la façon d'interroger les femmes à propos des VPS et de fournir une réponse minimale, voire plus ; des conditions d'intimité pour cet interrogatoire ; la garantie de la confidentialité ; un système d'orientation en place et un temps suffisant pour permettre à la femme de révéler ses problèmes dans de bonnes conditions.

n. Cette recommandation est compatible avec le document OMS de 2013 *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines* (86).

o. Ceci n'est pas une recommandation sur le dépistage systématique de l'hyperglycémie au cours de la grossesse. Cette recommandation a été adaptée et intégrée à partir du document OMS de 2013 *Diagnostic criteria and classification of hyperglycaemia first detected in pregnancy* (94), qui spécifie qu'un diabète gestationnel doit être diagnostiqué à tout moment pendant la grossesse si un ou plusieurs des critères suivants sont remplis :

- glycémie plasmatique à jeun  $\geq 5,1$ - $6,9$  mmol/l (92-125 mg/dl) ;
  - glycémie plasmatique à 1 heure  $\geq 10,0$  mmol/l (180 mg/dl) après une charge de glucose orale de 75 g ;
  - glycémie plasmatique à 2 heures 8,5-11,0 mmol/l (153-199 mg/dl) après une charge de glucose orale de 75 g.
- Un diabète pendant la grossesse devra être diagnostiqué si un ou plusieurs des critères suivants sont remplis :
- glycémie plasmatique à jeun  $\geq 7,0$  mmol/l (126 mg/dl) ;
  - glycémie plasmatique à 2 heures  $\geq 11,1$  mmol/l (200 mg/dl) après une charge de glucose orale de 75 g ;
  - glycémie plasmatique aléatoire  $\geq 11,1$  mmol/l (200 mg/dl) en présence de symptômes du diabète.

p. Intégrée à partir du document OMS de 2013 *WHO recommendations for the prevention and management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy* (96).

q. Intégrée à partir du document OMS de 2014 *Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy* (97).



Type d'intervention	Recommandation	Type de recommandation	Huit contacts de soins prénatals planifiés (semaines de gestation)								
			2	3	4	5	6	7	8		
			(12 semaines)	(20 semaines)	(26 semaines)	(30 semaines)	(34 semaines)	(36 semaines)	(38 semaines)	(40 semaines)	
<b>Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et syphilis</b>	<b>B.1.7:</b> Dans les contextes de forte prévalence du VIH <sup>r</sup> , on considérera le dépistage et les conseils à propos de cette maladie à l'initiative du prestataire de soins (PITC) comme une composante systématique du paquet de soins administré aux femmes enceintes dans toutes les visites prénatales. Dans les contextes de faible prévalence, ces prestations peuvent être envisagées pour les femmes enceintes dans le cadre des soins prénatals comme une composante clé des efforts pour éliminer la transmission mère-enfant du VIH et pour intégrer le dépistage de ce virus à celui de la syphilis, de maladies virales ou d'autres affections importantes, en fonction du contexte, et également pour renforcer les systèmes de santé sous-jacents de la mère et de l'enfant. <sup>s</sup>	Recommandée	X								
<b>Tuberculose</b>	<b>B.1.8:</b> Dans les contextes où la prévalence de la tuberculose dans la population générale atteint 100/100 000 habitants ou plus, le dépistage systématique de la tuberculose évolutive chez la femme enceinte devra être considéré comme faisant partie des soins prénatals. <sup>t</sup>	Recommandation spécifique au contexte	X								
<b>Comptage quotidien des mouvements du fœtus</b>	<b>B.2.1:</b> Le comptage quotidien des mouvements fœtaux, par exemple en relevant sur un diagramme le nombre de coups de pied, n'est recommandé que dans le contexte de recherches menées de manière rigoureuse.	Recommandation spécifique au contexte (recherche)									
<b>Mesure de la hauteur utérine (HU)</b>	<b>B.2.2:</b> Le remplacement de la palpation abdominale par la mesure de la hauteur utérine pour l'évaluation de la croissance fœtale n'est pas recommandé pour améliorer les issues périnatales de la grossesse. Il n'est pas recommandé de modifier la pratique habituelle (palpation abdominale ou mesure de la hauteur utérine) dans un contexte particulier.	Recommandation spécifique au contexte	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Cardiologie prénatale</b>	<b>B.2.3:</b> La cardiologie prénatale systématique <sup>u</sup> n'est pas recommandée chez les femmes enceintes dans le but d'améliorer les issues maternelles et périnatales de la grossesse.	Non recommandée									

<sup>r</sup> Les contextes de forte prévalence sont définis dans le document OMS de 2015 *Consolidated guidelines on HIV testing services* comme des contextes où la prévalence du VIH dans la population dépistée est supérieure à 5 % (98). Les contextes sont dits de faible prévalence lorsque la prévalence parmi la population dépistée est inférieure à 5 %. Dans les contextes où sévit une épidémie de VIH généralisée ou concentrée, les femmes négatives pour le VIH devront subir à nouveau un dépistage au troisième trimestre de grossesse en raison du risque important de contracter une infection à VIH pendant la grossesse ; veuillez vous référer à la Recommandation B.1.7 pour plus de détails.

<sup>s</sup> Adaptée et intégrée à partir du document OMS de 2015 *Consolidated guidelines on HIV testing services* (98).

<sup>t</sup> Adaptée et intégrée à partir du document OMS de 2013 *Systematic screening for active tuberculosis: principles and recommendations* (105).

<sup>u</sup> La cardiologie prénatale est un enregistrement en continu de la fréquence cardiaque fœtale et des contractions utérines obtenu par un transducteur à ultrasons placé sur l'abdomen de la mère.





Type d'intervention	Recommandation	Type de recommandation	Huit contacts de soins prénatals planifiés (semaines de gestation)							
			2 (12 semaines)	3 (20 semaines)	4 (26 semaines)	5 (30 semaines)	6 (34 semaines)	7 (38 semaines)	8 (40 semaines)	
<b>Échographie</b>	<b>B.2.4:</b> Une échographie avant 24 semaines de grossesse (échographie précoce) est recommandée pour les femmes enceintes afin d'estimer l'âge gestationnel, d'améliorer la détection des anomalies fœtales et des grossesses multiples, de réduire l'induction du travail pour les grossesses ayant dépassé le terme et d'améliorer le vécu de la grossesse par les femmes.	Recommandée	X	X						
<b>Échographie Doppler des vaisseaux sanguins fœtaux</b>	<b>B.2.5:</b> L'examen par échographie Doppler systématique n'est pas recommandé chez les femmes enceintes dans le but d'améliorer les issues maternelles et périnatales de la grossesse. <sup>y</sup>	Non recommandée								
<b>C. Mesures préventives</b>										
<b>Antibiotiques contre la bactériurie asymptomatique</b>	<b>C.1:</b> Une cure d'antibiotiques de sept jours est recommandée chez toutes les femmes enceintes atteintes de bactériurie asymptomatique pour prévenir une bactériurie persistante, une naissance avant terme et un petit poids de naissance.	Recommandée	X	X			X			
<b>Prophylaxie antibiotique pour prévenir les infections urinaires récurrentes</b>	<b>C.2:</b> Une prophylaxie antibiotique n'est recommandée pour prévenir les infections récurrentes des voies urinaires chez les femmes enceintes que dans un contexte de recherche menée de manière rigoureuse.	Recommandation spécifique au contexte (recherche)								
<b>Administration prénatale d'immunoglobuline anti-D</b>	<b>C.3:</b> Une prophylaxie prénatale avec de l'immunoglobuline anti-D à 28 et 34 semaines de grossesse chez les femmes enceintes Rhésus négatif non sensibilisées, dans le but de prévenir une allo-immunisation RhD, n'est recommandée que dans le contexte d'une recherche menée de manière rigoureuse.	Recommandation spécifique au contexte (recherche)								
<b>Traitement anthelminthique préventif</b>	<b>C.4:</b> Dans les zones d'endémie <sup>v</sup> , un traitement anthelminthique préventif est recommandé chez les femmes enceintes après le premier trimestre de grossesse dans le cadre des programmes de lutte contre les vers. <sup>x</sup>	Recommandation spécifique au contexte					X			
<b>Vaccination par l'anatoxine tétanique</b>	<b>C.5:</b> La vaccination par l'anatoxine tétanique est recommandée chez toutes les femmes enceintes, en fonction de leur exposition antérieure à la vaccination antitétanique, en vue de prévenir la mortalité néonatale due au tétanos. <sup>y</sup>	Recommandée	X							

<sup>v</sup> L'échographie Doppler évalue les formes de l'onde de pouls de l'artère ombilicale (et d'autres artères fœtales) pour évaluer le bien-être du fœtus au cours du troisième trimestre de grossesse.

<sup>w</sup> Zones où le taux de prévalence de l'ensemble des géohelminthiases est supérieur à 20 %.

<sup>x</sup> Compatible avec le document OMS de 2016 *Guideline: preventive chemotherapy to control soil-transmitted helminth infections in high-risk groups* (140).

<sup>y</sup> Cette recommandation est compatible avec le document OMS de 2006 *Maternal immunization against tetanus* (134). Le calendrier d'administration dépend de l'exposition antérieure à la vaccination antitétanique ; veuillez vous référer à la Recommandation C.5 pour plus de détails.



Type d'intervention	Recommandation	Type de recommandation	Huit contacts de soins prénatals planifiés (semaines de gestation)							
			2	3	4	5	6	7	8	
			(12 semaines)	(20 semaines)	(26 semaines)	(30 semaines)	(34 semaines)	(36 semaines)	(38 semaines)	(40 semaines)
<b>Prévention du paludisme: traitement préventif intermittent pendant la grossesse (TPIg)</b>	<b>C.6:</b> Dans les zones d'endémie du paludisme situées en Afrique, un traitement préventif intermittent par la sulfadoxine-pyriméthamine (TPI-SP) est recommandé pour toutes les femmes enceintes. L'administration doit débuter au cours du deuxième trimestre et les doses doivent être espacées d'un mois au moins, en veillant à ce que la femme enceinte reçoive au moins trois doses. <sup>z</sup>	Recommandation spécifique au contexte	X (13 semaines)	X	X	X	X	X	X	X
<b>Prophylaxie préexposition pour la prévention du VIH</b>	<b>C.7:</b> Une prophylaxie orale (préexposition) incluant du fumarate de ténofovir disoproxil (TDF) devra être proposée en tant qu'option préventive supplémentaire aux femmes enceintes exposées à un risque substantiel d'infection à VIH dans le cadre des approches préventives combinées. <sup>aa</sup>	Recommandation spécifique au contexte	X							
<b>D. Interventions face à des signes cliniques courants</b>										
<b>Nausées et vomissements</b>	<b>D.1:</b> Gingembre, camomille, vitamine B6 et/ou acupuncture sont recommandés pour soulager les nausées au début de la grossesse, en fonction des préférences de la femme et des options disponibles.	Recommandée	X	X						
<b>Brûlures d'estomac</b>	<b>D.2:</b> Des conseils relatifs au régime alimentaire et au mode de vie sont recommandés pour prévenir et soulager les brûlures d'estomac pendant la grossesse. Des préparations antiacides peuvent être proposées aux femmes présentant des symptômes pénibles qui ne sont pas soulagés par une modification de leur mode de vie.	Recommandée	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Crampes dans les jambes</b>	<b>D.3:</b> Il est possible d'utiliser du magnésium, du calcium ou des options thérapeutiques non pharmacologiques pour soulager les crampes dans les jambes pendant la grossesse, en fonction des préférences de la femme et des options disponibles.	Recommandée	X	X	X	X	X	X	X	X

<sup>z</sup> Intégrée à partir du document OMS de 2015 *Guidelines for the treatment of malaria*, qui indique aussi que « l'OMS préconise, dans les zones de transmission modérée à forte du paludisme d'Afrique, d'administrer le TPI-SP à toutes les femmes enceintes lors de chaque visite de délivrance des soins prénatals programmée, en débutant le plus tôt possible au cours du deuxième trimestre, sous réserve que les doses de SP soient données à au moins un mois d'intervalle. L'OMS recommande un module d'interventions pour prévenir le paludisme pendant la grossesse, comprenant la promotion et l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide ainsi que le TPI-SP » (153). Pour garantir que les femmes enceintes vivant dans les zones d'endémie débute le TPI-SP aussitôt que possible au cours du deuxième trimestre, les décideurs devront s'assurer que le système de santé prend contact avec elles à 13 semaines de grossesse.

<sup>aa</sup> Intégrée à partir du document OMS de 2015 *Guideline on when to start antiretroviral therapy, and on pre-exposure prophylaxis for HIV (99)*. On définit un risque substantiel d'infection par le VIH comme la présence d'une incidence des infections à VIH en l'absence de prophylaxie préexposition suffisamment élevée (>3 %) pour rendre l'offre de la prophylaxie préexposition potentiellement économique (ou d'un bon rapport coût/efficacité). Proposer la prophylaxie préexposition à des personnes exposées à un risque important d'infection par le VIH maximise les bénéfices par rapport aux risques et aux coûts.



Type d'intervention	Recommandation	Type de recommandation	Huit contacts de soins prénatals planifiés (semaines de gestation)							
			2	3	4	5	6	7	8	
			(12 semaines)	(20 semaines)	(26 semaines)	(30 semaines)	(34 semaines)	(36 semaines)	(38 semaines)	(40 semaines)
<b>Douleurs lombaires et pelviennes</b>	<b>D.4:</b> L'exercice régulier est préconisé pendant la totalité de la grossesse pour prévenir les douleurs lombaires et pelviennes. Il existe un certain nombre de solutions thérapeutiques applicables telles que la kinésithérapie, les ceintures de maintien et l'acupuncture, en fonction des préférences de la femme et des options disponibles.	Recommandée	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Constipation</b>	<b>D.5:</b> On peut utiliser des suppléments à base de son de blé ou d'autres fibres pour soulager la constipation pendant la grossesse si celle-ci ne répond pas aux modifications du régime alimentaire, en fonction des préférences de la femme et des options disponibles.	Recommandée	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Varices et œdèmes</b>	<b>D.6:</b> Des options non pharmacologiques telles que bas et chaussettes de contention, surélévation des jambes et immersion dans l'eau peuvent être appliquées pour prendre en charge les varices et les œdèmes pendant la grossesse en fonction des préférences de la femme et des options disponibles.	Recommandée	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>E: Interventions des systèmes de santé pour améliorer l'utilisation et la qualité des soins prénatals</b>										
<b>Notes de consultation détenues par les femmes</b>	<b>E.1:</b> Il est recommandé que chaque femme enceinte conserve avec elle les notes qui ont été prises lors des consultations pour améliorer la continuité et la qualité des soins ainsi que le vécu de sa grossesse.	Recommandée	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Continuité des soins sous la direction de sages-femmes</b>	<b>E.2:</b> Des modèles de continuité des soins sous la direction de sages-femmes, dans lesquels une sage-femme connue ou un petit groupe de sages-femmes connu soutient une femme sur l'ensemble du continuum constitué par les périodes prénatale, intrapartum et postnatale sont recommandés pour les femmes enceintes dans les situations où les programmes de maïeutique fonctionnent bien.	Recommandation spécifique au contexte	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Soins prénatals de groupe</b>	<b>E.3:</b> Des soins prénatals de groupe, dispensés par des professionnels de santé qualifiés, peuvent être proposés en tant qu'alternative aux soins prénatals individuels aux femmes enceintes dans le contexte d'une recherche menée de manière rigoureuse, en fonction des préférences de la femme et sous réserve que les infrastructures et les ressources nécessaires à la délivrance de soins prénatals de groupe soient disponibles.	Recommandation spécifique au contexte (recherche)								



Type d'intervention	Recommandation	Type de recommandation	Huit contacts de soins prénatals planifiés (semaines de gestation)							
			2	3	4	5	6	7	8	
			(12 semaines)	(20 semaines)	(26 semaines)	(30 semaines)	(34 semaines)	(36 semaines)	(38 semaines)	(40 semaines)
<b>Interventions communautaires pour améliorer la communication et le soutien</b>	<b>E.4.1:</b> La mobilisation communautaire par le biais de cycles d'apprentissage et d'action participatifs sous la conduite d'animateurs impliquant des groupes de femmes est recommandée pour améliorer la santé des mères et des nouveau-nés, en particulier en milieu rural où l'accès aux services de santé est limité. <sup>ab</sup> Les groupes de femmes participatifs représentent une opportunité pour les femmes de discuter de leurs besoins pendant la grossesse, et notamment des obstacles pour parvenir jusqu'aux soins, et également d'améliorer le soutien apporté aux femmes enceintes.	Recommandation spécifique au contexte	X	X	X	X	X	X	X	X
	<b>E.4.2:</b> Des modules d'intervention comprenant la mobilisation des foyers et des communautés ainsi que des visites prénatales à domicile sont recommandés pour améliorer l'utilisation des soins prénatals et les issues sanitaires périnatales, notamment dans les contextes ruraux où l'accès aux services de santé est limité.	Recommandation spécifique au contexte	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Composantes de la délivrance des soins prénatals se prêtant à la délégation de tâches<sup>ac</sup></b>	<b>E.5.1:</b> La délégation des tâches de promotion des comportements favorables à la santé des mères et des nouveau-nés <sup>ad</sup> à une grande variété de catégories professionnelles, y compris des agents de santé sans formation médicale, des infirmiers/infirmières auxiliaires, des infirmiers/ infirmières, des sages-femmes et des médecins, est recommandée.	Recommended	X	X	X	X	X	X	X	X
	<b>E.5.2:</b> La délégation des tâches de distribution des suppléments nutritionnels recommandés et du traitement préventif intermittent pendant la grossesse (TPIg) pour la prophylaxie du paludisme à une grande variété de catégories professionnelles, y compris des infirmiers/ infirmières auxiliaires, des infirmiers/ infirmières, des sages-femmes et des médecins, est recommandée.	Recommended	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Recrutement et fidélisation du personnel dans les zones rurales et reculées<sup>ae</sup></b>	<b>E.6:</b> Policy-makers should consider educational, regulatory, financial, and personal and professional support interventions to recruit and retain qualified health workers in rural and remote areas.	Recommandation spécifique au contexte	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Calendriers des prises de contact pour les soins prénatals</b>	<b>E.7:</b> Des modèles de soins prénatals prévoyant au moins huit contacts sont recommandés pour réduire la mortalité périnatale et améliorer le vécu des soins par les femmes.	Recommandée	X	X	X	X	X	X	X	X

ab Intégrée à partir du document OMS de 2014 *WHO recommendations on community mobilization through facilitated participatory learning and action cycles with women's groups for maternal and newborn health* (183).

ac Recommandations adaptées et intégrées à partir du document OMS de 2013 *Recommendations of WHO: optimisation des rôles du personnel de santé par la délégation de tâches pour améliorer l'accès aux interventions de santé maternelle et néonatale (OptimizeMNH)* (201). ad Y compris la promotion des éléments suivants : comportements de recours aux soins et utilisation des soins prénatals ; préparation à l'accouchement et aux complications ; sommeil sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide ; soins qualifiés à l'intention du nouveau-né ; accompagnement du travail et de l'accouchement ; conseils nutritionnels ; suppléments nutritionnels ; autres suppléments et interventions spécifiques au contexte ; dépistage du VIH pendant la grossesse ; allaitement exclusif au sein ; soins postnatals et planification familiale ; vaccination en fonction des directives nationales.

ae Adaptée et intégrée à partir du document OMS de 2010 *Accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales et reculées grâce à une meilleure fidélisation : recommandations pour une politique mondiale* (202).

Source : Reproduit/traduit des Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive. Genève : OMS ; 2016. CC BY-NC-SA 3.0 IGO.



## Annexe 2 : Diagnostic de grossesse

Il est important que les prestataires de soins de maternité puissent confirmer de manière fiable la grossesse. Des techniques très variées sont disponibles pour le diagnostic de la grossesse et différentes méthodes peuvent être utilisées dans des contextes particuliers en fonction de leur accessibilité financière et de leur faisabilité.

### Diagnostic clinique de grossesse

Le diagnostic de grossesse par des moyens cliniques (non de laboratoire) repose sur la détection, à l'aide d'une anamnèse attentive et d'un examen physique minutieux, des signes et symptômes associés à la grossesse.

Le symptôme le plus important est l'aménorrhée qui, lorsqu'elle s'accompagne d'autres symptômes, est fortement évocatrice d'une grossesse. L'examen pelvien par un prestataire formé est utile dans le diagnostic de la grossesse après 6 semaines de grossesse, il dépend toutefois de la compétence du prestataire, de l'âge gestationnel et de la forme physique, de la constitution, du corps de la personne enceinte.

Il faut se rappeler que les constats caractéristiques relevés lors de l'anamnèse et de l'examen physique ne sont pas extrêmement pertinents pour le diagnostic, mais aident le prestataire de soins de santé à faire la distinction entre une grossesse normale et des troubles coexistants.

### Symptômes de grossesse

- Absence de règles (aménorrhée)
  - Une grossesse est à suspecter chaque fois qu'une personne en âge de procréer a un retard ou de nouvelles irrégularités dans ses règles si elle a été sexuellement active (même si elle utilise une contraception)
  - Des saignements irréguliers et/ou douloureux peuvent être un signe de grossesse extra-utérine ou de fausse couche
    - Nausées (avec ou sans vomissements) et modification de l'appétit
    - Fatigue persistante
    - Seins endoloris et hypertrophie mammaire
    - Fréquence accrue de miction
    - Perception de mouvements fœtaux (signe tardif, entre 16 et 20 semaines de grossesse)

### Signes de grossesse

- Le ramollissement, la rondeur et l'élargissement de l'utérus commencent à être perceptibles à 6 semaines de grossesse
- Le signe de Hegar se manifeste vers 6 semaines de grossesse. Lors d'un examen pelvien bimanuel, l'isthme entre le col et le corps de l'utérus est mou et compressible au toucher et à la palpation
- Les pulsations utérines peuvent être un signe utile de grossesse à moins de 6 semaines
- L'utérus élargi est palpable au-dessus de la symphyse pubienne après 12 semaines
- Les bruits du cœur du fœtus sont détectables au stéthoscope à partir de 18–20 semaines
- Les mouvements fœtaux peuvent être perçus par l'examineur à partir de 18–20 semaines

En cas d'incertitude, l'étape suivante consiste à confirmer la grossesse à l'aide d'un examen clinique avec des analyses en laboratoire et/ou une échographie (voir [Chapitre 4 : Contraception, Encadré 3](#)).



## Annexe 3 : Plan d'accouchement et d'urgence

Un plan d'accouchement et d'urgence est un document consignnant les préférences de la femme enceinte et ses plans pour le travail et l'accouchement, y compris les mesures à prendre dans d'éventuelles situations d'urgence.

Lors du premier contact prénatal, le prestataire de soins de santé doit amorcer des discussions avec la cliente en utilisant les informations ci-dessous comme base pour l'élaboration d'un plan d'accouchement et d'urgence détaillé. Le prestataire doit soutenir la cliente en passant en revue le plan d'accouchement et d'urgence à chaque contact ultérieur afin de le compléter et de l'ajuster, en tenant compte de tout changement dans les facteurs de risque pour la cliente ou le fœtus ou dans les souhaits de la cliente.

### Expliquez pourquoi l'accouchement dans un établissement de santé est recommandé

- Une complication de quelque sorte que ce soit peut toujours survenir pendant un accouchement : elle ne concerne pas uniquement les personnes présentant des facteurs de risque et est souvent imprévisible.
- Un établissement de santé devrait disposer du personnel, du matériel, des fournitures et des médicaments nécessaires pour fournir les meilleurs soins si nécessaire, ainsi que d'un système d'orientation.
- Toute cliente qui vit avec le VIH devra recevoir un traitement antirétroviral approprié pour elle-même et pour son bébé pendant l'accouchement.
- Les complications sont plus fréquentes chez les personnes enceintes qui vivent avec le VIH et chez leurs nouveau-nés. Ces accouchements devraient avoir lieu dans un établissement de santé.

### Effectuez l'examen et donnez des conseils sur les dispositions prises en vue de l'accouchement et les préparations à prévoir en cas d'urgence

- Comment la cliente se rendra-t-elle à l'établissement de santé ?
- Devra-t-elle payer des frais de transport et/ou pour l'accouchement dans l'établissement de santé ? Si oui, à combien ces coûts s'élèvent-ils ?
- Comment fera-t-elle pour payer ? (par ex. doit-elle commencer à économiser ?)
- Qui l'accompagnera pendant le travail et l'accouchement pour la soutenir ?

- Qui sera là pour s'occuper de sa maison et des autres enfants en son absence ?

### Indiquez-lui à quel moment se rendre à l'établissement de santé

- Une cliente qui vit à proximité de l'établissement de santé devrait s'y rendre aux premiers signes de travail ou en présence du moindre signe de danger (voir plus bas).
- Une cliente qui vit loin de l'établissement de santé devrait se rendre 2 à 3 semaines avant la date prévue d'accouchement et résider à la maison d'attente de la maternité, s'il y en a une, ou avec un ou des proches à proximité de l'établissement de santé.

### Indiquez-lui les effets dont elle devra se munir quand elle se rendra à l'établissement de santé

- Dossier maternel conservé à domicile.
- Des tissus, serviettes et/ou couvertures propres pour laver, sécher et envelopper le bébé.
- Des serviettes hygiéniques, si disponibles, ou des chiffons propres supplémentaires à utiliser comme serviettes hygiéniques après l'accouchement.
- Des couches jetables en tissu ou de taille de nouveau-né pour le bébé.
- Des vêtements pour elle-même et le bébé, y compris un bonnet et des chaussettes pour bébé.
- De la nourriture et de l'eau pour elle-même et la personne qui l'accompagne.

### Indiquez-lui les signes de travail

Conseillez-lui de se rendre à l'établissement de santé ou de contacter l'accoucheuse qualifiée si elle présente l'un des signes suivants :

- un écoulement saignant et collant
- des contractions douloureuses toutes les 20 minutes ou moins
- la perte des eaux s'est produite



### Indiquez-lui les signes de danger

Conseillez-lui de se rendre **immédiatement** à l'établissement de santé si elle présente l'un des signes suivants :

- saignements vaginaux
- convulsions
- céphalée sévère avec trouble de la vue
- fièvre et trop faible pour sortir du lit
- douleur abdominale aiguë
- respiration rapide ou difficile

Conseillez-leur de se rendre à l'établissement de santé **dès que possible** en cas de présence de l'un des signes suivants :

- fièvre
- douleurs abdominales
- sentiment d'être malade
- gonflement des doigts, du visage, des jambes

Source : Adapté de l'Organisation mondiale de la Santé, du Fonds des Nations Unies pour la population, de la Banque mondiale et du Fonds des Nations Unies pour l'enfance. Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice. Third edition. Genève : OMS ; 2015. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/249580>. Site consulté le 19 novembre 2019.



## Annexe 4 : Triage pour les soins prénatals, intrapartum et postnatals

Le prestataire de soins de santé responsable de l'accueil initial des personnes enceintes et des nouveau-nés doit être compétent pour effectuer le triage et commencer la réanimation si nécessaire.

L'établissement de santé devrait avoir une politique claire sur :

- le moment où orienter la cliente vers des services spécialisés, et
- la procédure d'orientation vers des services spécialisés, y compris :
  - un accord avec des établissements appropriés pour une orientation vers un établissement de niveau supérieur
  - les modalités de transport, y compris qui doit accompagner la cliente
  - des copies de la fiche ou des notes du dossier
  - le suivi des clientes orientées vers des soins dans d'autres établissements de santé

### Principes directeurs

- Évaluez l'état général de la personne qui arrive à l'établissement de santé, qu'elle soit enceinte, en cours de travail ou en période de post-partum (voir des précisions ci-dessous).
- Si la cliente est incapable de parler parce qu'elle est trop malade, demandez à la personne qui l'accompagne de décrire son état et les besoins de la cliente et de consulter son dossier médical.
- Répétez l'évaluation périodiquement jusqu'à ce que les problèmes médicaux soient résolus.

### Évaluation clinique

*Anamnèse :* Pourquoi êtes-vous venue à l'établissement ? Pour vous-même ou pour le bébé ? Qu'est-ce qui vous inquiète ? Quel âge a le bébé ?

*Examen :*

- Évaluez l'état général de la cliente.
- Évaluez l'état du bébé.
- Observez les fonctions vitales : prenez la température et la tension artérielle.

Que faire	
Adulte enceinte ou post-partum	Nouveau-né
<p><b>À TRAITER COMME UNE URGENCE SI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• perte de conscience (incapable de parler)</li> <li>• saignements vaginaux</li> <li>• convulsions</li> <li>• douleur abdominale aiguë</li> <li>• fièvre</li> <li>• céphalées et troubles visuels</li> <li>• difficultés respiratoires sévères</li> <li>• vomissements sévères</li> </ul>	<p><b>À TRAITER COMME UNE URGENCE SI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• très petit</li> <li>• présentant des convulsions</li> <li>• difficultés respiratoires</li> <li>• hypotonie lourde</li> <li>• hypothermie (modérée &lt;36 °C ; sévère &lt;32 °C)</li> <li>• vient de naître</li> <li>• toute préoccupation maternelle</li> </ul>
<p><b>ACTION</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• appelez à l'aide</li> <li>• transférez-la immédiatement en salle de traitement pour son évaluation et sa prise en charge complètes</li> <li>• veillez à tenir pleinement informées la cliente et/ou la personne qui l'accompagne</li> <li>• transférez-la en salle d'accouchement pour évaluation si elle est en plein travail d'accouchement ou si l'accouchement est imminent</li> </ul>	<p><b>ACTION</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• demandez à la mère de rester avec le bébé</li> <li>• transférez le bébé dans la salle de traitement pour des soins immédiats aux nouveau-nés</li> </ul>
<p><b>À TRAITER COMME DE ROUTINE SI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• aucun signe de danger</li> </ul>	<p><b>À TRAITER COMME DE ROUTINE SI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pas de signes de danger ni de plaintes maternelles</li> </ul>

Source : Adapté de l'Organisation mondiale de la Santé, du Fonds des Nations Unies pour la population, de la Banque mondiale et du Fonds des Nations Unies pour l'enfance. Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice. Third edition. Genève : OMS ; 2015. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/249580>. Site consulté le 26 novembre 2019.





## Annexe 5 : Évaluation initiale d'une personne se présentant en situation possible de travail d'accouchement ou avec des membranes rompues

<b>Anamnèse : Demandez à la cliente</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avez-vous des contractions ? Si oui, de quelle intensité ? À quelle fréquence ? Combien de temps durent-elles ? Quand ont-elles commencé ?</li><li>• Avez-vous perdu vos eaux (rupture des membranes avant le travail) ? Si « oui », quand ? Étaient-elles de couleur claire ou verte ? (voir la <a href="#">Section 3.2.1</a> sur la RMAT)</li><li>• Avez-vous eu des pertes de sang ? Si « oui », quand ? De quelle quantité ?</li><li>• Le bébé bouge-t-il ?</li><li>• Y a-t-il quelque chose d'autre qui vous inquiète ?</li></ul>
<b>Vérifiez le dossier médical (ou demandez à la cliente/à la personne qui l'accompagne)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• En fonction de la date estimée de l'accouchement, calculez les semaines de grossesse écoulées pour déterminer si la date est avant terme (&lt;37 semaines) (si c'est le cas, reportez-vous à la <a href="#">Section 4.4</a>)</li><li>• Passez en revue le plan d'accouchement</li><li>• En cas de grossesses préalables : Combien de grossesses/accouchements préalables ? Des accouchements préalables par césarienne, forceps ou ventouse ou présentant d'autres complications telles qu'une hémorragie du post-partum ? Des déchirures antérieures au troisième ou au quatrième degré ?</li><li>• Grossesse actuelle : Test rapide de la réagine plasmatique, résultats de l'hémoglobine, statut de vaccination contre le tétanos, statut VIH</li><li>• Plan d'alimentation du nourrisson</li><li>• Éventuelle prise actuelle de médicaments</li></ul>
<b>Examen</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Observez la réponse aux contractions : Fait-elle face à la situation ou est-elle en détresse ? En train de pousser ou de grogner ?</li><li>• Vérifiez si l'abdomen présente une cicatrice d'accouchement par césarienne et/ou un renflement horizontal sur le bas-ventre : ce peut être un signe obstruction du travail d'obstruction du travail (si présent, videz la vessie et observez à nouveau)</li><li>• Posez la main sur l'abdomen pour déterminer la fréquence et la durée des contractions : Y a-t-il des contractions continues ? Le fœtus se présente-t-il dans la longitudinale ou dans la transversale ? Le fœtus se présente-t-il par la tête, par le siège, autrement ?</li><li>• En l'absence d'échographie de cette grossesse, vérifiez la présence de &gt;1 fœtus (3 pôles fœtaux à la palpation) et les mouvements fœtaux</li><li>• Écoutez la fréquence cardiaque fœtale avec Pinard ou Doppler : Comptez le nombre de battements en 1 minute : si &lt;100 ou &gt;180 battements/minute, tournez la cliente sur son côté gauche et comptez à nouveau</li><li>• Prenez la tension artérielle</li><li>• Prenez la température</li><li>• Vérifiez la présence de pâleur</li><li>• Vérifiez la présence d'yeux enfoncés, de bouche sèche</li><li>• Pincez la peau de l'avant-bras : Se rétablit-elle rapidement ?</li></ul>
<b>Voici les signes auxquels vous devez être attentif lors de l'admission et du travail</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Saignement</li><li>• Douleurs abdominales sévères</li><li>• Céphalées ou troubles visuels sévères</li><li>• Difficultés respiratoires</li><li>• Fièvre et/ou frissons</li><li>• Difficulté à vider la vessie</li><li>• Douleur épigastrique</li></ul>

Source : Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour la population, Banque mondiale et Fonds des Nations Unies pour l'enfance. Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice. Third edition. Genève : OMS ; 2015. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/249580>. Site consulté le 25 avril 2022.



## Annexe 6 : Traitement de la prééclampsie sévère et de l'éclampsie

### 1 : Administrez une dose combinée (dose de charge) de sulfate de magnésium par voie intraveineuse (I.V.) + par voie intramusculaire (IM) (voir [Tableau 1](#))

- Posez la ligne intraveineuse et :
  - administrez lentement des liquides (solution saline normale ou lactate de Ringer) : 1 litre pendant 6–8 heures (3 ml/minute)
  - administrez lentement 4 g de sulfate de magnésium (20 ml de solution à 20 %) en 20 minutes

#### ET

- Administrez l'injection par voie IM :
  - 10 g de sulfate de magnésium : 5 g (10 ml de solution à 50 %) IM en profondeur dans le quadrant supérieur de chaque fesse avec 1 ml de lignocaïne à 2 % dans la même seringue.

S'il n'est pas possible d'administrer la perfusion intraveineuse, donnez uniquement la dose par voie intramusculaire de la manière visée plus haut.

Aussi :

- Aidez la cliente à se mettre sur le côté gauche et protégez-la contre le risque de chutes et de blessures.
- Placez une languette matelassée entre les dents de la cliente pour l'empêcher de se mordre la langue et maintenez-la en place pour qu'elle ne puisse pas être avalée (NE PAS essayer pendant une convulsion).

Des antihypertenseurs doivent être mis en route en cas de tension systolique égale ou supérieure à 160 mm Hg et/ou de tension diastolique égale ou supérieure à 100 mm Hg (voir le [Tableau 2](#) – page suivante). Il est important de maintenir la tension artérielle au-dessus des limites inférieures de la normale. Bien que la voie intraveineuse soit préférée pour le traitement de l'hypertension sévère, si celle-ci n'est pas disponible ou faisable, un traitement par voie orale peut être administré.

**TABLEAU 1 : Formules au sulfate de magnésium**

		Solution à 50 %	Solution à 20 %
Voie	Dose	Flacon contenant 5 g dans 10 ml (1 g/2 ml)	Pour préparer 10 ml de solution à 20 %, ajouter 4 ml de solution à 50 % à 6 ml d'eau stérile
IM	5 g	10 ml + 1 ml de lignocaïne à 2 % dans la même seringue	Sans objet
I.V.	4 g	8 ml	20 ml
I.V.	2 g	4 ml	10 ml



**TABLEAU 2 : Antihypertenseurs et options posologiques pour le traitement aigu de l'hypertension sévère**

Option d'antihypertenseur	Posologie
<b>Hydralazine</b>	Traitement par voie intraveineuse : <ul style="list-style-type: none"><li>• Administrez lentement 5 mg par voie intraveineuse</li><li>• Répétez toutes les 5 minutes jusqu'à ce que l'objectif de tension artérielle soit atteint</li><li>• Répétez toutes les heures au besoin ou administrez 12,5 mg par voie IM toutes les 2 heures au besoin</li><li>• La dose maximale est de 20 mg par 24 heures</li></ul>
<b>Labétalol</b>	Traitement par voie orale : <ul style="list-style-type: none"><li>• Administrez 200 mg</li><li>• Répétez la dose après 1 heure jusqu'à ce que l'objectif du traitement soit atteint</li><li>• Le maximum est de 1200 mg en 24 heures</li></ul> Traitement par voie intraveineuse : <ul style="list-style-type: none"><li>• Administrez 10 mg par voie intraveineuse</li><li>• Si la réponse est insuffisante après 10 minutes, administrez 20 mg par voie I.V.</li><li>• La dose peut être doublée à 40 mg, puis à 80 mg à des intervalles de 10 minutes entre chaque dose augmentée jusqu'à ce que la tension artérielle soit retombée en dessous du seuil</li><li>• Dose totale maximale de 300 mg, puis passage au traitement oral</li></ul> Note : Les clientes présentant une insuffisance cardiaque congestive, un choc hypovolémique ou une prédisposition au bronchospasme (asthme) ne doivent pas recevoir de labétalol
<b>Nifédipine, capsule à libération immédiate</b>	Traitement par voie orale : <ul style="list-style-type: none"><li>• Administrez 5–10 mg par voie orale</li><li>• Répétez la dose après 30 minutes si la réponse est insuffisante jusqu'à ce que la tension artérielle optimale soit atteinte</li><li>• La dose totale maximale est de 30 mg dans le cadre d'un traitement aigu ; d'autres options doivent être envisagées si la tension artérielle n'est pas abaissée dans les 90 minutes suivant l'administration de 30 mg</li></ul>
<b>Alpha-méthyl dopa</b>	Traitement par voie orale : <ul style="list-style-type: none"><li>• Administrez 750 mg par voie orale</li><li>• Répétez la dose après 3 heures jusqu'à ce que l'objectif du traitement soit atteint</li><li>• La dose maximale est de 3 g en 24 heures</li></ul>

## 2: En cas de récurrence des convulsions

- Après 15 minutes de traitement, donnez 2 g de sulfate de magnésium supplémentaire par voie I.V. (10 ml de solution à 20 %) lentement pendant 20 minutes (une injection rapide peut provoquer une insuffisance respiratoire ou le décès).
- Si les convulsions se poursuivent, donnez du diazépam.\*

*Dose de charge par voie I.V. :*

- Donnez 10 mg de diazépam par voie I.V., lentement pendant 2 minutes.
- En cas de récurrence des convulsions, administrez une dose répétée de 10 mg.

\* Il est recommandé d'administrer du diazépam si des convulsions surviennent au début de la grossesse ou en cas d'intoxication au magnésium ou si du sulfate de magnésium n'est pas disponible.



*Dose d'entretien :*

- Donnez 40 mg de diazépam dans 500 ml de liquides par voie I.V. (solution saline normale ou lactate de Ringer), ajusté sur 6 à 8 heures pour maintenir la cliente sous sédatif mais dans un état susceptible d'éveil.
- Arrêtez la dose d'entretien si le rythme respiratoire est inférieur à 16 respirations/minute.
- Aidez à la ventilation, si nécessaire, avec masque et sac.
- Ne pas administrer plus de 100 mg en 24 heures.

**3 : Si l'orientation vers des services spécialisés n'est pas possible ou si elle est retardée ou si la cliente est encore en travail d'accouchement, poursuivez le traitement**

- Donnez 5 g de sulfate de magnésium par voie IM (10 ml de solution à 50 %) avec 1 ml de lignocaïne à 2 % dans la même seringue toutes les 4 heures en changeant de fessier à chaque fois jusqu'à 24 heures après l'accouchement ou après la dernière convulsion (selon la plus tardive des deux).

- Surveillez le débit urinaire : recueillez l'urine, mesurez-en la quantité et consignez-la.
- Avant d'administrer chaque dose ultérieure de sulfate de magnésium, procédez aux vérifications suivantes :
  - présence du réflexe de genou
  - débit urinaire supérieur à 100 ml/4 heures
  - fréquence respiratoire supérieure à 16 respirations/minute.
- NE PAS administrer la dose suivante en cas de signes d'intoxication au magnésium :
  - absence du réflexe du genou
  - débit urinaire inférieur à 100 ml/4 heures
  - fréquence respiratoire inférieure à 16 respirations/minute
- En cas de signes d'intoxication au magnésium, administrez 1 g de gluconate de calcium I.V. (10 ml de solution à 10 %) pendant 10 minutes.

Source : Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour la population, Banque mondiale et Fonds des Nations Unies pour l'enfance. Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice. Third edition. Genève : OMS ; 2015. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/249580>. Site consulté le 26 novembre 2019. Organisation mondiale de la Santé. Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. Second edition. Genève : OMS ; 2017. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255760/9789241565493-eng.pdf>. Site consulté le 26 novembre 2019.



## Annexe 7 : Réanimation néonatale de base

Certains bébés peuvent avoir besoin d'aide pour établir une respiration normale à la naissance. La plupart de ces nourrissons nécessitent uniquement un accompagnement pendant le passage périnatal vers le milieu extra-utérin plutôt que d'une réanimation.

Les bébés nés à moins de 37 semaines de grossesse ont plus de chance de nécessiter des services de réanimation, en particulier si la personne a une infection ou une grossesse multiple (jumeaux ou plus) et si pendant l'accouchement le bébé présente des signes de fréquence cardiaque fœtale anormale ou la présence de méconium.

### Qu'est-ce qui est normal et qu'est-ce qui est anormal ?

- Un nourrisson en bonne santé peut naître avec une teinte bleuâtre mais avec un bon tonus, se met à pleurer dans les secondes qui suivent l'accouchement et a une bonne fréquence cardiaque dans les minutes qui suivent la naissance (la fréquence cardiaque d'un nouveau-né en bonne santé est d'environ 120–150 battements/minute).
- Un nourrisson en moins bonne santé est bleu à la naissance, son tonus est moins bon, sa fréquence cardiaque lente (moins de 100 battements/minute) et peut ne pas établir une respiration adéquate dans les 90 à 120 secondes après la naissance.
- Un nourrisson malade naît pâle et non vigoureux, ne respire pas, et avec une fréquence cardiaque lente, très lente ou indétectable.

### Principes directeurs

- **Anticipez :** Sachez qu'une réanimation peut être nécessaire (appelez de l'aide à l'avance si nécessaire) s'il y a eu des événements prénatals ou intrapartum ou des préoccupations concernant l'état du fœtus.
- **Retardez le clampage du cordon ombilical :** Il faut attendre au moins 1 minute après la naissance (de préférence 3 minutes) pour clamper le cordon ombilical, afin d'accroître le temps du passage vers le milieu extra-utérin pour les bébés prématurés ou à terme non compromis.
- **Gardez le bébé au chaud :** Maintenez la température du bébé entre 36,6 °C et 37,5 °C et stimulez sa respiration en le séchant soigneusement et en retirant toutes les serviettes mouillées.
- **Frottez le dos du bébé et procédez à une ventilation en pression positive :** Un nouveau-né qui ne respire pas spontanément après un séchage complet doit être stimulé

en lui frottant le dos 2–3 fois avant de clamper le cordon et de procéder à une ventilation en pression positive.

- **Évaluation :** Évaluez la respiration, la fréquence cardiaque (avec un stéthoscope) et le tonus.

### Que faire si le nouveau-né ne commence pas à respirer malgré un séchage complet et une stimulation supplémentaire ?

- Une ventilation en pression positive doit être mise en route dans la minute qui suit l'ouverture des voies respiratoires en administrant cinq insufflations.
- Cette manœuvre ne doit pas être retardée, mais si le bébé est non vigoureux et est né avec un méconium épais, il est raisonnable de commencer par inspecter rapidement l'oropharynx afin d'éliminer les possibles obstructions.
- La ventilation en pression positive doit être mise en route avec de l'air à l'aide d'un ballon autogonflant et d'un masque facial (pas de tubulure nasale).
- Il convient d'évaluer l'adéquation de la ventilation en pression positive par une mesure de la fréquence cardiaque après 60 secondes de ventilation avec des mouvements visibles de la cage thoracique.
- Si le nouveau-né ne commence pas à respirer dans la minute qui suit la naissance, donnez la priorité à une ventilation adéquate plutôt qu'à des compressions thoraciques.
- Réévaluez la fréquence cardiaque toutes les 30 secondes.
- S'il n'y a pas d'augmentation de la fréquence cardiaque, surveillez la cage thoracique pour y déceler des mouvements :
  - Si la cage thoracique ne bouge pas, revérifiez la position de la tête, examinez si vous avez besoin d'aide pour maintenir les voies respiratoires ouvertes et répétez les insufflations.
  - Si la cage thoracique bouge mais que la fréquence cardiaque n'est pas détectable ou est très lente (<60 battements/minute), ventilez pendant 30 secondes.
  - Procédez de nouveau à l'évaluation de la fréquence cardiaque. Si elle reste à <60 battements/minute, commencez les compressions thoraciques avec des insufflations selon un rapport de 3:1.



### Quand arrêter la réanimation

- Chez les nouveau-nés sans fréquence cardiaque détectable au bout de 10 minutes de ventilation efficace, il convient d'arrêter la réanimation.
- Chez les nouveau-nés qui continuent d'avoir une fréquence cardiaque inférieure à 60 battements/minute et aucune respiration spontanée après 20 minutes de réanimation, il convient d'arrêter la réanimation.
- Une intubation trachéale ne doit pas être systématique en présence de méconium et ne doit être réalisée que pour une obstruction trachéale suspectée.

**Note :** Si disponible, la pression positive continue nasale (PPCN) plutôt qu'une intubation systématique peut être utilisée pour apporter un soutien respiratoire initial à tous les nourrissons prématurés à respiration spontanée en détresse respiratoire.

### Recommandations sur le recours à la succion

Le prestataire de soins de santé doit utiliser une poire à succion (à usage unique ou facile à nettoyer) plutôt qu'un extracteur de muqueuse avec un vide pour générer une succion par aspiration s'il n'existe pas d'appareil mécanique pour générer une pression négative pour une succion.

À faire	À ne pas faire	Déconseillé
<ul style="list-style-type: none"><li>• Effectuez une aspiration trachéale avant de procéder à une ventilation en pression positive chez les nouveau-nés nés avec un liquide amniotique teinté au méconium qui ne se mettent pas à respirer par eux-mêmes</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Procédez à l'aspiration de la bouche et du nez chez les nouveau-nés nés avec un liquide amniotique clair qui commencent à respirer par eux-mêmes après la naissance</li><li>• Procédez systématiquement à l'aspiration de la bouche et du nez avant de mettre en route une ventilation en pression positive chez les nouveau-nés nés avec un liquide amniotique clair qui ne commencent pas à respirer après un séchage complet et un frottement du dos à 2–3 reprise (l'aspiration ne doit être effectuée que si la bouche ou le nez sont encombrés par des sécrétions)</li><li>• Effectuez une aspiration trachéale chez les nouveau-nés nés avec un liquide amniotique teinté au méconium qui commencent à respirer par eux-mêmes</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aspiration intrapartum de la bouche et du nez lors du passage de la tête en présence de liquide amniotique teinté au méconium</li><li>• Procédez à l'aspiration de la bouche et du nez chez les nouveau-nés nés avec un liquide amniotique teinté par du méconium qui commencent à respirer par eux-mêmes</li></ul>

Source : Organisation mondiale de la Santé. Guidelines on Basic Newborn Resuscitation. Genève : OMS ; 2012. Disponible à : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75157/1/9789241503693\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75157/1/9789241503693_eng.pdf). Site consulté le 5 juin 2020. Fawke J, Wyllie J, Madar J, et al. Newborn resuscitation and support of transition of infants at birth Guidelines. Resuscitation Council UK. Mai 2021. Disponible à : <https://www.resus.org.uk/library/2021-resuscitation-guidelines/newborn-resuscitation-and-support-transition-infants-birth>. Site consulté le 27 avril 2022.

# Chapitre 10 :

## Violences sexuelles et basées sur le genre

# sommaire

<b>1. Introduction</b>	<b>369</b>
1.1 Définition des termes	369
1.2 Les causes des violences sexuelles et basées sur le genre	370
1.3 Risques et vulnérabilités aux violences sexuelles et basées sur le genre	370
1.4 Les formes de violences sexuelles et basées sur le genre	370
<b>2. Principes directeurs, connaissances et compétences des prestataires</b>	<b>372</b>
2.1 Principes directeurs	372
2.2 Connaissances du prestataire	372
2.3 Qualifications et compétences des prestataires	373
<b>3. Prise en charge des clients à risque ou touchés par les violences sexuelles et basées sur le genre</b>	<b>374</b>
3.1 Détecter les clients qui subissent ou qui risquent de subir des violences sexuelles ou basées sur le genre	374
3.2 Appui de première ligne	375
3.3 Évaluer la sécurité	378
3.4 Orientation vers d'autres services	378
3.5 Prise en charge et soins des personnes victimes de violences sexuelles et de viols	379
3.6 Documentation et rapports	380



# sommaire (suite)

<b>4. Mutilations génitales féminines</b>	<b>380</b>
4.1 Connaissances et compétences des prestataires en matière de mutilations génitales féminines	380
4.2 Dépistage et classification des mutilations génitales féminines	381
4.3 Séquelles des mutilations génitales féminines	381
4.4 Informations, conseil et orientation de clientes ayant subi des mutilations génitales féminines	382
4.5 Désinfibulation pour les mutilations génitales féminines de type III	382
<b>5. Bibliographie</b>	<b>383</b>
5.1 Ressources	384
<b>6. Annexes</b>	<b>386</b>
Annexe 1 : Exemple de voie d'orientation pour les violences sexuelles et basées sur le genre	386
Annexe 2 : Voie de soins pour les clientes victimes d'actes de violence par un partenaire intime	387
Annexe 3 : Voie de soins initiaux après une agression	388





## 1. Introduction

Les violences sexuelles et basées sur le genre (VSBG) constituent un problème majeur de santé publique, une atteinte à l'intégrité physique de la personne et une violation des droits humains. Elles résultent d'inégalités entre les genres qu'elles ne font que perpétuer. Partout dans le monde, leur dimension est considérable, dans la mesure où les VSBG touchent environ une femme sur trois. Ces violences entraînent ou peuvent entraîner des préjudices physiques, sexuels ou psychologiques, qui provoquent des souffrances et des problèmes de santé.

Les objectifs de ce chapitre sont de fournir un aperçu de la définition et du diagnostic des VSBG, ainsi que des recommandations fondées sur des bases factuelles pour les soins et le traitement des personnes victimes d'abus.

### 1.1 Définition des termes

- *Violences sexuelles et basées sur le genre (VSBG)* (on parle aussi de violence sexuelle et sexiste) désigne tout acte préjudiciable perpétré contre la volonté d'une personne et qui est basé sur des normes de genre et des rapports de force inégaux [1].
- *Violences basées sur le genre (VBG)* est un terme générique qui désigne tout acte préjudiciable perpétré contre la volonté d'une personne et basé sur des différences (de genre) socialement prescrites entre hommes et femmes. On entend par là les actes qui infligent des préjudices ou des souffrances d'ordre physique, psychologique ou sexuel, la menace de tels actes, de la contrainte ou d'autres privations de liberté. Ces actes peuvent se produire en public ou en privé [2].
- *Violence à l'égard des femmes (VAF)*. Les Nations Unies définissent la VAF de la manière suivante : « tous actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée » [3]. Environ une femme sur trois (30 %) dans le monde entier a été victime de violence entre partenaires intimes (VPI) (on parle aussi de violence au sein du couple) d'ordre sexuel et/ou physique (voir [Section 1.4](#)) ou de violence non liée au partenaire intime au cours de sa vie [3]. Il est toutefois important de souligner que la violence à l'égard des femmes comprend non seulement la violence physique et sexuelle, mais aussi tout acte de domination, les abus psychologiques et émotionnels, les menaces verbales et les humiliations flagrantes.

### Sigles et abréviations

<b>IPPF</b>	Fédération internationale pour la planification familiale
<b>IST</b>	infection sexuellement transmissible
<b>MGF</b>	mutilations génitales féminines
<b>VAF</b>	violence à l'égard des femmes
<b>VIH</b>	virus de l'immunodéficience humaine
<b>VPI</b>	violence entre partenaires intimes
<b>VSBG</b>	violences sexuelles et basées sur le genre

La Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF) préfère l'expression « violences sexuelles et basées sur le genre » plutôt que « violences basées sur le genre » ou « violence à l'égard des femmes », parce qu'elle met l'accent sur la composante violence sexuelle. D'autres organisations préfèrent utiliser les termes violences sexuelles et sexistes, VSBG, VSS, VBG ou VAF, en fonction de leur mandat et de leurs activités propres, mais les termes VSBG et VBG peuvent être utilisés de manière interchangeable, tout comme la VAF, lorsque l'accent est porté sur les femmes survivantes.

Les VSBG constituent une violation des droits humains associée à des décès, à des blessures et à un large éventail de problèmes de santé sexuelle et physique et de conséquences socio-économiques défavorables. Les VSBG se manifestent sous une multitude de formes, y compris la violence sexuelle, la violence entre partenaires intimes et la coercition reproductive et elles peuvent être perpétrées par n'importe quel individu, qu'il s'agisse d'inconnus, de parents, de collègues, de connaissances ou de partenaires intimes. Les VSBG sont un terme inclusif qui comprend la violence perpétrée à l'égard de personnes qui s'identifient comme des femmes et des filles, des hommes et des garçons (y compris les femmes, filles, hommes et garçons transgenres), ainsi qu'à l'égard d'individus non binaires qui ne se conforment pas à des rôles ou identités prédominants (binaires) de genre. Les auteurs les plus fréquents de violence à l'égard des femmes sont les partenaires hommes et d'anciens partenaires. En revanche, les hommes sont beaucoup plus susceptibles de subir des actes de violence commis par des inconnus ou des connaissances que par quelqu'un de leur entourage.

Si les VSBG peuvent être infligées à n'importe qui, il n'en reste pas moins qu'un nombre disproportionnellement plus élevé de femmes et de filles en sont victimes, avec des issues plus graves et plus durables sur leur état de santé, y compris un risque accru de VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles (IST), de grossesses non désirées, de troubles gynécologiques, de complications obstétricales, de dépression, d'anxiété et de diminution de l'adoption et de l'utilisation de contraceptifs.



Ce chapitre utilise les termes « survivant-e (de VSBG) » pour désigner toutes les personnes qui ont subi une forme de VSBG, conformément à la pratique mondiale, et « un-e client-e ayant subi des VSBG » pour désigner spécifiquement quelqu'un qui reçoit des soins au titre de la santé et des droits en matière de sexualité et de reproduction. Cependant, le terme « correct » à utiliser quand on s'adresse directement à quelqu'un est celui qu'il préfère utiliser. Certaines personnes utilisent le terme « victime » pour parler d'elles-mêmes et de leur expérience, d'autres peuvent choisir « survivant-e » et d'autres encore peuvent n'utiliser ni l'un ni l'autre de ces termes. Le prestataire de soins de santé doit porter une écoute attentive aux expressions utilisées par le-la client-e et les reprendre autant que faire se peut.

## 1.2 Les causes des violences sexuelles et basées sur le genre

Les causes profondes des violences sexuelles et basées sur le genre sont l'abus de pouvoir, les inégalités entre les genres, la discrimination et des normes sociétales néfastes.

Dans les situations d'urgence telles que les conflits, les catastrophes naturelles ou les épidémies de maladies infectieuses telles que la maladie à coronavirus (COVID-19), le risque de violence, d'exploitation et de sévices est accru, en particulier pour les femmes et les filles, à mesure que s'affaiblissent les systèmes nationaux et les réseaux de soutien communautaire et social et que les inégalités entre les genres sont exacerbées [4]. Les failles de ces réseaux accroissent les risques de violences sexuelles et basées sur le genre pour les femmes, les filles et les groupes à risque sous l'effet de la désintégration des mécanismes de protection. Pour en savoir plus sur la fourniture de soins de santé liés aux VSBG dans les situations d'urgence, voir le [Chapitre 11 : Prestation de soins de santé sexuelle et reproductive en situation de crise humanitaire](#).

## 1.3 Risques et vulnérabilités aux violences sexuelles et basées sur le genre

N'importe qui peut un jour faire l'objet de VSBG, ce qui souligne bien les questions d'intersectionnalité. L'intersectionnalité est un cadre qui permet de comprendre que les personnes subissent des formes d'oppression, de discrimination et de marginalisation qui se chevauchent (c.-à-d. qui s'entrecroisent) en fonction de leur identité coexistante (par ex. discrimination fondée à la fois sur le genre et l'origine ethnique) [4]. Chaque individu est composé d'une multitude de facettes et ses expériences, antécédents, identités et caractéristiques propres sont

à la fois complexes et se chevauchent et peuvent parfois accroître ses risques et vulnérabilités au regard des VSBG.

Tous les individus ne vivront pas ces inégalités de la même manière. Pour autant, ces inégalités ont un impact profond sur les survivant-e-s d'actes de VSBG [4].

En plus des femmes et des filles, les autres groupes à risque qui présentent également un risque accru de VSBG sont les suivants :

- les personnes lesbiennes, gay, bisexuelles, transgenres, intersexuées, non binaires et de genre fluide
- les personnes handicapées
- les adolescents et les jeunes
- les personnes vivant avec le VIH
- les personnes âgées
- les femmes et enfants chefs de ménage
- les filles et les femmes enceintes d'enfants issus de viol, et leurs enfants nés de viol
- les peuples autochtones et les minorités ethniques et religieuses
- les enfants séparés ou non accompagnés, y compris les orphelins et les enfants associés à des forces/groupes armés
- les migrants, réfugiés, demandeurs d'asile et les personnes déplacées à l'intérieur du pays
- les personnes sans domicile fixe
- les personnes impliquées dans le travail sexuel forcé et/ou sous la contrainte, y compris les enfants victimes d'exploitation sexuelle
- les détenus de tous âges [5]

## 1.4 Les formes de violences sexuelles et basées sur le genre

Les VSBG comprennent les actes violents qui sont physiques, émotionnels/psychologiques et sexuels, ou la privation d'opportunités et d'accès à des ressources. Les causes profondes des VSBG sont les suivantes :

- La *violence entre partenaires intimes (VPI)* désigne « tout comportement qui, dans le cadre d'une relation intime (partenaire ou ex-partenaire) cause un préjudice d'ordre physique, sexuel ou psychologique, ce qui inclut l'agression physique, les relations sexuelles sous contrainte, la violence psychologique et tout autre acte de domination » [3]. En effet, la plupart des VSBG sont perpétrées par un partenaire intime actuel ou ancien. À l'échelle mondiale, près d'un tiers (27 %) des femmes



- âgées de 15 à 49 ans qui ont eu une relation déclarent avoir été victimes d'une forme ou d'une autre de VPI au cours de leur vie [3].
- La *coercition reproductive* est une forme d'abus perpétrée par un ou plusieurs individus pour exercer un pouvoir et une domination concernant la santé reproductive et les choix d'une autre personne, principalement par un homme à l'égard d'une femme. Les formes de coercition reproductive comprennent la coercition relative à la grossesse (pression pour devenir enceinte), le sabotage contraceptif (interférence directe avec la contraception) et le contrôle de l'issue de la grossesse (contraindre la personne enceinte à avoir un avortement ou à poursuivre une grossesse qu'elle ne veut pas) [6,7].
  - La *violence homophobe et transphobe* fait référence aux attaques contre les personnes en raison de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre perçue. Ce type de violence, qui peut prendre diverses formes, est souvent motivé par le désir de punir ou de « guérir » les personnes qui défient les normes de genre traditionnelles.
  - La *violence psychologique et/ou émotionnelle* fait référence au fait d'infliger des douleurs ou des blessures mentales ou émotionnelles ; par exemple, les menaces de violence physique ou sexuelle, un comportement de domination, la violence verbale, les intimidations, les humiliations, l'isolement forcé, la traque furtive, le harcèlement, la diffamation et l'exploitation. La violence psychologique peut comprendre la coercition reproductive (voir plus haut). Un autre exemple est les VSBG facilitées par les technologies, c'est-à-dire en cas d'utilisation d'Internet ou d'une technologie mobile pour nuire à autrui en raison de son sexe, de son orientation sexuelle ou de son identité de genre.
  - La *maltraitance ou la négligence socioéconomique* est la privation délibérée d'opportunités et des ressources nécessaires à l'exercice de ses droits humains, motivée par des perspectives concernant l'identité sexuelle ou de genre ou l'orientation sexuelle ; par exemple, la privation de nourriture, le déni d'accès à l'éducation ou à des possibilités de travailler ou de posséder des biens, la restriction de l'accès à l'argent, aux soins de santé ou aux services sociaux.
  - L'*agression physique* est un acte de violence physique qui implique l'utilisation ou la menace intentionnelle d'user de force physique, de force ou d'une arme afin de causer des préjudices à une personne ou de la blesser (par exemple, frapper, étouffer, gifler, étrangler, brûler, couper).
  - La *violence sexuelle* (ou les abus sexuels) est tout acte sexuel, tentative d'obtenir des faveurs sexuelles, commentaires ou avances sexuelles non désirés, ou agissements d'exploitation, à l'encontre de la sexualité d'une personne en usant de coercition ou de manipulation, par toute personne, quelle que soit sa relation avec le-la survivant-e, dans tout lieu. Le viol, l'agression sexuelle et l'exploitation sexuelle sont autant de formes de violence sexuelle.
  - L'*esclavage sexuel* est une forme d'esclavage et de violence sexuelle qui comprend des restrictions à l'autonomie d'un individu, à sa liberté de mouvement et à son pouvoir de décider de questions liées à son activité sexuelle. Le mariage forcé, la servitude domestique et la traite à des fins de travail sexuel sont souvent associés à de l'esclavage sexuel.
  - Les *abus à caractère pédosexuel* sont un type de violence sexuelle qui implique un enfant ou un adolescent dans une activité sexuelle qu'il ne comprend pas pleinement, à laquelle il n'a pas donné son consentement éclairé ou n'est pas en mesure de le donner et/ou pour laquelle l'enfant ou l'adolescent n'est pas préparé en termes de développement et ne peut pas donner son consentement, ou qui viole la loi ou les normes sociétales.
  - Les *pratiques traditionnelles néfastes* sont des formes acceptées de violence dans une culture ou une société spécifique qui existent depuis un certain temps, principalement à l'encontre de femmes et de filles, et au nom de la tradition. Ces actes comprennent les mariages forcés, les crimes dits d'honneur et les mutilations génitales féminines (MGF).
  - Le terme *mutilations génitales féminines (MGF)* fait référence à « toutes les procédures impliquant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre lésion des organes génitaux féminins qui sont pratiquées pour des raisons non médicales » [8]. Cette procédure est courante dans 30 pays d'Afrique et dans certaines régions du Moyen-Orient et d'Asie. Elle est présente aussi parmi des communautés originaires de ces pays vivant dans d'autres pays.

## 2. Principes directeurs, connaissances et compétences des prestataires

### 2.1 Principes directeurs

L'IPPF reconnaît que les VSBG constituent un obstacle majeur à l'accès complet à des soins de santé sexuelle et reproductive, et se répercutent à la fois sur la santé générale et sur la santé sexuelle et reproductive des survivant-e-s. L'IPPF préconise une approche « ne pas nuire » fondée sur les droits humains et centrée sur la personne pour la prestation de soins de santé et le soutien à tous les survivant-e-s touchés par les violences sexuelles et basées sur le genre.

#### 2.1.1 Approche axée sur le-la survivant-e

Lorsqu'il travaille avec des clients qui ont subi des violences sexuelles et basées sur le genre, le personnel clinique et non clinique doit pratiquer une approche centrée sur le-la survivant-e et appliquer les principes directeurs en matière de VSBG de sécurité, de confidentialité, de respect et de non-discrimination. Une approche centrée sur le-la survivant-e crée un environnement compréhensif, au sein duquel les droits et les souhaits des survivant-e-s sont respectés, leur sécurité est garantie et où ils-elles sont traité-e-s avec dignité et respect.

Une approche centrée sur le-la survivant-e repose sur les principes directeurs suivants :

- **Sécurité** : La sûreté et la sécurité des survivant-e-s et de leurs enfants sont les considérations qui priment.
- **Confidentialité** : Les survivant-e-s ont le droit de choisir à qui ils-elles sont disposé-e-s ou pas à faire part de leur vécu et toute information les concernant ne doit être communiquée qu'avec leur consentement éclairé.
- **Respect** : Toutes les mesures prises devraient être guidées par le respect des choix, des souhaits, des droits et de la dignité du-de la survivant-e. Le rôle des aidants est de favoriser le rétablissement et de fournir les ressources nécessaires pour venir en aide au-à la survivant-e.
- **Non-discrimination** : Les survivant-e-s devraient recevoir le même traitement sur un pied d'équité et d'égalité, indépendamment de leur âge, de leur handicap, de leur identité de genre, de leur religion, de leur nationalité, de leur origine ethnique, de leur orientation sexuelle ou de toute autre caractéristique [4].

### 2.2 Connaissances du prestataire

Tout le personnel devrait être conscient des VSBG en tant que problème de santé publique et de droits humains, ainsi que disposer des connaissances, des qualifications cliniques et des compétences pertinentes. Des soins sûrs et éthiques doivent être prodigués aux personnes qui ont subi des VSBG en veillant au respect des procédures convenues par l'établissement de santé ainsi qu'à celui des principes directeurs des VSBG pour répondre aux besoins des survivant-e-s de violence sexuelle (sécurité, confidentialité, respect et non-discrimination [2]), adopter une approche centrée sur le-la survivant-e (voir la *Section 2.1.1*) et toujours croire le-la survivant-e.

Les prestataires de soins de santé doivent être au courant des problèmes plus larges liés aux VSBG et les comprendre, notamment :

- les déterminants politiques, sociaux et économiques des VSBG, aux niveaux national et régional
- la définition juridique des VSBG, aux niveaux national et régional
- l'âge légal du consentement
- les différentes formes de VSBG et les circonstances dans lesquelles elles sont perpétrées, y compris la violence physique, sexuelle, psychologique, émotionnelle et socioéconomique contre des personnes de tous âges, de tous genres et de toutes orientations sexuelles
- la prévalence et l'incidence de diverses formes de VSBG au sein des communautés locales, y compris les populations à risque de subir des VSBG (voir la *Section 1.3*)
- la stigmatisation et la discrimination associées aux VSBG dans divers contextes géographiques, sociaux et culturels
- les conceptions erronées et les idées fausses concernant la normalisation du viol et de la violence sexuelle, par exemple les attitudes à l'égard du viol dans le mariage
- les normes et croyances socioculturelles néfastes au sujet des mutilations génitales féminines, ainsi que les méthodes courantes utilisées et les types de mutilations génitales féminines pratiquées dans la communauté ou le pays
- les cadres juridiques et réglementaires nationaux et/ou régionaux pour le signalement des VSBG (y compris le viol) et les obligations et normes pour la collecte de preuves médico-légales
- la législation nationale, les normes et les directives cliniques pour la prise en charge des conséquences médicales du viol
- les voies d'orientation appropriées à appliquer, avec le consentement du-de la survivant-e



Dans les contextes de situation humanitaire ou de crise, les prestataires de soins de santé devraient également recevoir une formation sur le Dispositif minimum d'urgence (DMU) [9] et les Normes minimales interorganisations pour la programmation d'actions de lutte contre la violence basée sur le genre dans les situations d'urgence [4]. Voir le [Chapitre 11 : Prestation de soins de santé sexuelle et reproductive en situation de crise humanitaire](#).

## 2.3 Qualifications et compétences des prestataires

Les prestataires de soins de santé devraient être adéquatement qualifiés, bien informés des causes profondes et des conceptions erronées des VSBG, et prêts à déceler, à prendre en charge et à soutenir les clients victimes de VSBG, à procéder aux tests de dépistage s'il y a lieu de le faire, à orienter les clients, le cas échéant, vers des soins cliniques, un soutien psychologique, un conseil juridique et des services d'hébergement ou de protection. Le fait de poser des questions aux clients relatives à des VSBG dont ils/elles seraient les victimes peut être une expérience bouleversante et potentiellement dangereuse tant pour le-la client-e que pour le prestataire, d'où l'impératif que toutes les activités de dépistage soient exécutées de manière appropriée et centrée sur le-la survivant-e. Voir le Comité international de secours [10] pour plus d'orientations et d'outils de dépistage des VSBG dans les établissements de soins de santé primaires.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ne recommande pas de procéder au dépistage des VSBG de toutes les femmes qui viennent consulter dans un établissement de santé (c.-à-d. « dépistage universel ») [11]. Cependant, dans la mesure où les établissements de santé de soins primaires, tels que les cliniques des associations membres de l'IPPF, prodiguent des soins spécialisés en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs, et étant donné que les clients qui viennent consulter pour obtenir des soins relevant de nombreux aspects relatifs à la santé et aux droits en matière de sexualité et de reproduction sont à plus haut risque de subir des VSBG, il est recommandé de procéder au dépistage sélectif des clients qui viennent consulter pour obtenir ces types de soins, à condition qu'une formation appropriée, les installations (telles que des salles de dépistage privées et des méthodes de stockage sûres pour les données sensibles) et des voies d'orientation soient en place.

Les prestataires doivent garder à l'esprit que le dépistage n'est pas un service de VSBG, mais plutôt un moyen à l'appui de soins supplémentaires et d'orientations vers des services spécialisés. Si des soins spécialisés ou des voies d'orientation ne sont pas disponibles, aucun dépistage de quelque type que ce soit ne devrait être entrepris, dans la mesure où celui-ci pourrait nuire aux survivant-e-s. L'IPPF ne recommande aucun dépistage en situation de crise humanitaire (voir [Chapitre 11 : Prestation de soins de santé sexuelle et reproductive en situation de crise humanitaire](#).)

Il est impératif que les conseillers ou toute personne qui effectuera le dépistage ou aura tout autre type d'échanges avec un-e client-e qui a fait l'objet de VSBG aient la formation, les qualifications et les compétences nécessaires et à jour dans les techniques de conseil de base (voir le [Chapitre 3 : Conseil](#)) ainsi que dans la fourniture d'un appui de première ligne (une adaptation des « soins de secours psychologiques »), c'est-à-dire le niveau minimum de soutien psychosocial et émotionnel à prodiguer à tous les clients qui dévoilent des abus au prestataire. L'appui de première ligne comprend des soins pratiques et répond aux besoins émotionnels, physiques, de sécurité et de soutien d'un-e client-e, sans violer sa vie privée [12]. L'OMS suggère que souvent, l'appui de première ligne constitue les soins les plus importants qu'un prestataire de soins de santé peut prodiguer.

En plus du besoin concret de disposer d'une salle privée où le-la client-e peut s'exprimer sans risquer d'être entendu-e par autrui, il est essentiel d'établir un rapport avec le-la client-e et de gagner sa confiance, pour qu'il-elle se sente à l'aise et, s'il-elle choisit de le faire, qu'il-elle confie être victime de VSBG ou être à risque d'en subir (voir [Chapitre 2 : Conditions nécessaires relatives à l'établissement de santé, antécédents et examen des clients](#)). Pour tout-e survivant-e, le fait de divulguer cette information est un acte profondément intime et délicat : il est donc possible qu'il faille lui accorder du temps supplémentaire pour s'exprimer et qu'il-elle soit visiblement bouleversé-e. En créant un environnement sûr et habilitant pour le-la client-e, le prestataire de soins de santé se dote des moyens d'établir une évaluation lucide qui lui permettra de mettre en place sans tarder les mesures appropriées selon les souhaits et le consentement du-de la survivant-e [13,14].

Dans le cadre des dispositions prises pour assurer la sécurité et le confort du-de la client-e, il convient de s'abstenir de présumer de son identité de genre ou de son orientation sexuelle. Il est recommandé d'utiliser pour autant que possible un langage neutre sur le plan du genre, par exemple « partenaire » et en évitant le masculin et le féminin, et d'attendre que le-la client-e utilise ses propres termes, que le prestataire reprendra à son compte.



### 2.3.1 Dépistage et évaluation clinique

Il est impératif que les prestataires de soins de santé aient des qualifications et suivi une formation en dépistage et en évaluation clinique pertinentes pour les VSBG, y compris pour savoir :

- reconnaître l'anatomie génito-anale et évaluer les signes et symptômes cliniques de violence physique et sexuelle
- procéder à une évaluation physique et documenter les blessures en utilisant une terminologie de classification standard
- évaluer les risques d'IST et avoir des connaissances de l'histoire naturelle des IST et des protocoles locaux de test et de prise en charge
- prodiguer des soins cliniques de première ligne, tels que la contraception d'urgence et des tests de grossesse

### 2.3.2 Orientation vers des services spécialisés

Les prestataires de soins de santé doivent comprendre les critères à utiliser comme base de référence, en rapport avec les résultats du dépistage et de l'évaluation des VSBG. Les prestataires de soins de santé doivent également être informés des procédures de suivi après qu'un-e client-e a été orienté-e vers des services spécialisés.

Si les prestataires de soins de santé n'ont pas été formés au dépistage et à l'évaluation des VSBG et/ou n'adoptent pas la bonne attitude centrée sur le-la survivant-e, ce processus ne doit pas être mis en œuvre.

## 3. Prise en charge des clients à risque ou touchés par les violences sexuelles et basées sur le genre

### 3.1 Détecter les clients qui subissent ou qui risquent de subir des violences sexuelles ou basées sur le genre

Certains clients signalent de leur propre chef être victimes de VSBG ou à risque de l'être. Il est impératif que le prestataire demande du temps à parler en privé avec un-e client-e qui est accompagné-e d'une personne de soutien pour lui donner l'occasion de divulguer toute expérience de VSBG. Indépendamment de la décision d'un-e survivant-e de divulguer ou non sa situation, le prestataire doit aménager un espace sûr pour qu'il-elle se sente en mesure de divulguer son vécu et veiller à mettre à sa disposition des soins de santé pertinents, tels que la contraception d'urgence et la prophylaxie post-exposition. Cependant, en raison du caractère sensible des VSBG, il est possible que de nombreux clients puissent ne pas vouloir faire part de leur situation, auquel cas il est nécessaire de faire attention à assurer pour tous les clients l'accès à des soins et à un soutien en matière de VSBG.

#### Gardez en permanence à l'esprit l'approche centrée sur le-la survivant-e :

- Si un-e client-e fait part de ses préoccupations, le prestataire de soins de santé doit fournir un environnement sûr pour que le-la client-e se sente en sécurité pour en dire plus.
- Si le-la client-e choisit de ne pas divulguer sa situation ou refuse les interventions qui lui sont proposées, il convient de lui transmettre des informations utiles sur les VSBG et de lui proposer un nouveau rendez-vous, en lui expliquant qu'il-elle peut revenir consulter à tout moment pour obtenir de plus amples informations ou une prise en charge.
- Discutez uniquement de VSBG quand vous êtes seul-e avec le-la client-e ou lorsqu'il n'y a personne d'autre présent âgé de plus de 2 ans, à moins que le-la client-e n'ait demandé la présence d'un accompagnateur ou d'un ami/parent spécifique.
- Maintenez la stricte confidentialité du dossier médical du-de la client-e, en ne le laissant jamais sans surveillance sur le bureau.
- Avant d'offrir un dépistage ou de poser des questions, le prestataire doit commencer par expliquer les lois éventuelles en matière de déclaration obligatoire qui se répercutent sur leur conversation ou en limitent le caractère confidentiel afin que le-la client-e client puisse faire un choix éclairé quant aux informations qu'il-elle souhaite divulguer ou non. Dans la mesure du possible, l'accès à des soins et à un soutien ne devrait pas dépendre de la divulgation de ses circonstances personnelles ou du dépistage.



Le prestataire de soins de santé peut être alerté d'un-e client-e qui ne s'est pas manifesté-e comme étant victime de VSBG, en fonction des signes et symptômes psychologiques ou physiques qu'il-elle présente. Plusieurs facteurs peuvent être présents à la fois et une bonne détection dépendra de la vigilance du prestataire de soins de santé et de sa prise en compte de l'ensemble du tableau clinique et psychologique. Peuvent ainsi être concernés des clients qui :

- se livrent à des comportements d'autodestruction ou d'automutilation, comme l'abus de substances, des actes d'automutilation ou des pensées et plans suicidaires
- sont atteints d'une anxiété ou d'une dépression persistante
- présentent des problèmes physiques récurrents tels que des blessures physiques qui sont mal expliquées
- présentent des IST récurrentes (voir *Chapitre 6 : Infections sexuellement transmissibles*), ainsi que des grossesses non désirées
- présentent des douleurs chroniques ou des problèmes diffus pour lesquels aucun diagnostic ne peut être posé

Les problèmes physiques et psychologiques liés à des VSBG peuvent ne devenir apparents qu'à l'issue d'une série de consultations par le-la client-e. Il est possible aussi que le-la client-e mette du temps à faire confiance à un prestataire de soins de santé donné pour lui faire part de ses circonstances, et ce même lorsque des techniques de dépistage et de conseil sensibles sont employées. Pour cette raison, il est essentiel que les informations issues de la consultation soient documentées dans le dossier médical (tout en assurant la confidentialité des données) afin de poursuivre la conversation lors des visites suivantes, si le-la client-e le souhaite. Il est important de noter que le dépistage est une méthode pour offrir au-à la client-e victime de VSBG une chance de divulguer ses circonstances, non pas un interrogatoire (voir l'*Encadré 1* – page suivante).

Dans un pays ou une région où il existe un organisme public désigné qui dirige la lutte contre les VSBG ou dans un contexte d'urgence où un réseau de coordination humanitaire a été créé (groupe de protection ou sous-groupe VSBG), il est possible qu'il existe déjà une voie d'orientation en place. Il appartient au prestataire de soins de santé de vérifier que les coordonnées de son organisation sont correctes et disponibles pour faire en sorte qu'y soient orientés en toute sécurité des survivant-e-s qui ont besoin de soins en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs et qu'il connaisse parfaitement toutes les options pour des orientations vers des services spécialisés vers l'extérieur. Si actuellement il n'existe pas de voie d'orientation, il convient d'en élaborer une en reprenant l'exemple visé à l'*Annexe 1*, en y indiquant les coordonnées de chaque agence d'orientation disponible.

### 3.2 Appui de première ligne

Le prestataire de soins de santé devrait être formé à un appui de première ligne adapté à chaque client-e et centré sur le-la survivant-e et devrait le prodiguer. Cet appui consiste notamment en la fourniture de soins et d'interventions pratiques essentiels pour soutenir les besoins immédiats du-de la client-e en matière de sécurité émotionnelle et physique, en gardant à l'esprit que, dans la mesure du possible, tout-e survivant-e est à orienter vers des soins et un suivi complets dans des services spécialisés. Il n'existe pas de modèle de soins « universel » et il appartient au prestataire de veiller à l'égalité d'accès des soins qu'il prodigue (et des orientations qu'il propose) aux groupes marginalisés et mal desservis, tels que ceux des communautés autochtones, des personnes handicapées, des personnes déplacées et des personnes ayant des orientations sexuelles, identités de genre et expressions de genre, et caractéristiques sexuelles, différentes. Le *Tableau 1* résume les points clés du soutien initial pour un-e client-e, bâti autour du sigle « LIVES » : écouter, s'informer des besoins et des préoccupations, valider, améliorer la sécurité et soutenir. Ceux-ci ont été élaborés à l'origine pour des femmes, mais le langage utilisé ici est neutre du point de vue du genre. Les prestataires de soins de santé sont encouragés à adapter les cinq tâches pour tous les clients victimes de VSBG en fonction de la culture et de la langue locale.



### ENCADRÉ 1 : Suggestions de questions de dépistage pour déceler des violences sexuelles et basées sur le genre (VSBG)

1. Est-ce que vous ne voyez pas d'objection à ce que nous vous posions des questions sur les violences sexuelles et basées sur le genre ? Oui/Non

Si « OUI », passez à la question 2. Si « NON », fournissez plus d'informations, indiquez clairement que de l'aide est disponible à tout moment et respectez la décision du/de la client-e qu'on ne lui pose pas de questions sur les violences.

2. Êtes-vous actuellement dans une relation intime avec quelqu'un (ex : conjoint-e, partenaire) qui vous fait mal physiquement ? Oui/Non

Si « OUI », cela s'est-il produit au cours des 6 derniers mois ? Oui/Non

3. Êtes-vous actuellement dans une relation intime avec quelqu'un (ex : conjoint-e, partenaire) qui vous menace, vous effraie, vous insulte ou vous maltraite ? Oui/Non

Si « OUI », cela s'est-il produit au cours des 6 derniers mois ? Oui/Non

4. Êtes-vous actuellement dans une relation intime avec quelqu'un (ex : conjoint-e, partenaire) qui vous force à participer à des activités sexuelles qui vous mettent mal à l'aise ? Oui/Non

Si « OUI », cela s'est-il produit au cours des 6 derniers mois ? Oui/Non

5. Vous a-t-on déjà contraint-e d'avoir des relations sexuelles avec quelqu'un avec qui vous N'ÉTIEZ PAS en relation intime (c.-à-d. pas votre conjoint-e ou partenaire) ? Oui/Non

Si « OUI », cela s'est-il produit au cours des 6 derniers mois ? Oui/Non

**Remarque à l'intention du prestataire de soins de santé :** Après avoir répondu par « Oui » à une ou plusieurs réponses et si le-la client-e y donne son consentement, proposez-lui de l'orienter vers des services spécialisés de prise en charge des VSBG si ces services lui sont entièrement nouveaux. Une fois qu'une orientation a été faite, ne posez plus ces questions à ce ou cette client-e.

#### Questions supplémentaires pour déceler la coercition reproductive :

1. Est-ce que quelqu'un, comme votre partenaire ou une autre personne/un autre parent, vous a déjà forcé-e à vous livrer à des actes sexuels contre votre gré ou a refusé d'acquiescer à votre demande d'utiliser des préservatifs ou une autre méthode de contraception ?
2. Est-ce que quelqu'un, comme votre partenaire ou une autre personne/un autre parent, a déjà essayé de faire en sorte que vous soyez enceinte alors que vous ne vouliez pas l'être ? Ou a essayé de vous contraindre à poursuivre une grossesse à laquelle vous souhaitiez mettre fin ?
3. Craignez-vous que quelqu'un vous fasse du mal si vous ne vous pliez pas à ses souhaits ?
4. Votre partenaire soutient-il votre décision quant au moment où vous souhaiteriez être enceinte ou votre souhait d'être enceinte ?

**Remarque à l'intention du prestataire de soins de santé :** Les clientes qui vivent sous coercition reproductive ne sont pas toutes affectées par d'autres formes de VSBG, mais en cas de coexistence, les risques qu'elles encourent sont plus grands.

Source : Adapté de Undie et al. [15], ACOG [16], and Silverman et al. [17].





**TABLEAU 1 : « LIVES » – Appui de première ligne centré sur le-la client-e pour les violences sexuelles et basées sur le genre**

Action	Points clés
<p><b>ÉCOUTER</b></p> <p>Écoutez le-la survivant-e attentivement, avec empathie et sans porter de jugement</p>	<p>Soyez conscient du langage corporel et de ce que le-la client-e ne dit pas</p> <p>Soyez sensible à vos propos et à votre manière de vous exprimer</p> <p>Posez des questions centrées sur le-la client-e, du type « Voudriez-vous m'en dire plus ? »</p> <p>Donnez le temps au-la client-e de s'exprimer et ne l'interrompez pas ; ne cherchez pas forcément à combler les moments de silence, car c'est l'occasion pour le-la survivant-e de se donner du temps pour réfléchir</p>
<p><b>S'INFORMER DES BESOINS ET DES PRÉOCCUPATIONS</b></p> <p>Évaluez les besoins et les préoccupations du-de la client-e, sur le plan émotionnel, physique, social et pratique, et répondez-y</p>	<p>Posez des questions ouvertes pour encourager le-la client-e à parler</p> <p>Évitez les questions « Pourquoi »</p> <p>Aidez le-la client-e à cerner et à exprimer ses besoins et ses préoccupations</p>
<p><b>VALIDER</b></p> <p>La validation est importante pour une personne qui fait état de violences</p> <p>Montrez-lui que vous la comprenez et que vous la croyez</p> <p>Rassurez-la qu'elle n'est pas à blâmer</p>	<p>Exemples de propos que le prestataire de soins de santé peut tenir :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>« Ce n'est pas votre faute. Vous n'êtes pas responsable. »</li> <li>« Vous pouvez parler sans crainte. »</li> <li>« Personne ne mérite d'être frappé par son partenaire dans une relation. »</li> </ul>
<p><b>AMÉLIORER LA SÉCURITÉ</b></p> <p>Étudiez un plan pour protéger le-la client-e contre des préjudices supplémentaires en cas de récurrence de violences</p> <p>La rédaction d'un plan de sécurité peut être utile à cet égard, à revoir régulièrement</p> <p>Le prestataire de soins de santé doit être au courant des options d'orientation disponibles si l'établissement de santé ne fournit pas l'intégralité des soins de santé, par exemple, des refuges qui offrent un répit contre les menaces et fournissent un soutien ciblé du personnel formé à la gestion des cas de VSBG</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Connaissance du protocole national de VSBG</li> <li>Connaissance des protocoles locaux, y compris des voies d'orientation de VSBG</li> <li>Connaissance d'autres organisations partenaires impliquées dans le soutien aux survivant-e-s de VSBG</li> <li>Connaissance des maisons sûres/refuges pour les survivant-e-s de VSBG</li> </ul>
<p><b>APPUI</b></p> <p>Les prestataires de soins de santé devraient donner la priorité à la sécurité du-de la client-e en l'informant des soins de santé et des mécanismes d'appui social à contacter</p> <p>Pour les personnes vivant sous coercition reproductive, des choix contraceptifs qui ne sont pas visibles (par exemple, des injections tous les trois mois, des implants, des dispositifs intra-utérins) peuvent être offerts (voir plus d'informations au <a href="#">Chapitre 4 : Contraception</a>)</p>	<p>Connaissance d'autres organisations partenaires impliquées dans l'appui aux VSBG dans la région</p>

Source : Adapté de l'OMS [14].



### 3.3 Évaluer la sécurité

Pour fournir des soins cliniques et un appui psychosocial de première ligne (*Section 3.2*), le prestataire de soins de santé doit commencer par évaluer la sécurité du/de la client-e. S'il devient évident que le-la client-e craint pour sa sécurité, le prestataire de soins de santé devrait déterminer s'il-elle se trouve en situation de danger immédiat; il peut pour cela utiliser les questions de l'*Encadré 2*. Le prestataire de soins de santé doit impérativement éviter de faire courir au/à la client-e le moindre risque supplémentaire. Il peut pour cela lui proposer un entretien en tête-à-tête ou avec un accompagnateur, un ami ou un membre de la famille de leur choix. S'il existe dans les environs une agence spécialisée dans la gestion des cas de VSBG, alors avec le consentement du/de la client-e, il convient de prendre contact avec elle à ce stade afin de lui confier la direction du plan de sécurité et de l'appui à donner.

Si la personne concernée est en danger immédiat de violence, le prestataire doit discuter avec elle du danger ou non à rentrer chez elle. En cas de danger, celle-ci doit être orientée vers un refuge ou un logement sûr ou il convient de lui indiquer un endroit sûr où se réfugier.

Si le-la client-e ne fait pas face à une menace grave immédiate, le prestataire de soins de santé peut l'aider à élaborer un plan de sécurité en cas d'escalade de la situation. Les prestataires de soins de santé doivent être formés à la façon d'aider les survivant-e-s à élaborer des plans de sécurité afin de minimiser pour autant que possible les risques et les circonstances auxquels ils sont confrontés. Ce plan devrait inclure un endroit sûr où se réfugier, de se faire accompagner ou non par les

#### ENCADRÉ 2 : Questions de dépistage pour évaluer le risque immédiat de violence

Les clients qui répondent « oui » à au moins trois des questions suivantes sont susceptibles d'être exposés à un risque de violence particulièrement élevé :

- Des cas de violence physique se sont-ils produits plus souvent ou se sont-ils aggravés au cours des six derniers mois ?
- Cette personne a-t-elle déjà utilisé une arme ou vous a-t-elle déjà menacée avec une arme ?
- Est-il déjà arrivé à cette personne d'essayer de vous étrangler ?
- Croyez-vous que cette personne pourrait vous tuer ?
- Cette personne vous a-t-elle déjà frappée ou battue quand vous étiez enceinte ?
- Cette personne est-elle violemment et constamment jalouse de vous ?

Source : Adapté de l'OMS [14].

enfants (le cas échéant), les moyens de transport, l'argent, les affaires à prendre et prévoir des dispositions pour obtenir le soutien d'un voisin si celui-ci entend des bruits de violence venant du domicile du/de la client-e [14]. Il est important aussi d'évaluer le risque de suicide ou d'automutilation du/de la client-e, ainsi que la probabilité qu'il-elle prenne des risques et/ou fasse courir des risques à ses enfants.

### 3.4 Orientation vers d'autres services

Une fois que le danger immédiat a été évalué, discuté et qu'un appui de première ligne a été offert, le prestataire de soins de santé doit veiller à ce que le-la client-e reçoive toutes les informations pertinentes et les soins disponibles dans l'établissement de santé, ainsi que des informations sur les services supplémentaires vers lesquels l'orienter, s'il-elle souhaite y accéder. On compte notamment :

- appui social (par exemple, groupes d'autonomisation des femmes, association de femmes juristes)
- soutien psychologique spécialisé
- groupes de soutien aux survivant-e-s
- soutien policier et juridique, ainsi que les services disponibles sur Internet (en ligne), quels qu'ils soient
- services de santé mentale
- hôpitaux d'orientation vers des services spécialisés
- centres d'orientation en cas d'agression sexuelle, s'ils existent

Le prestataire de soins de santé doit permettre au/à la client-e de diriger la discussion et de décider de l'aide supplémentaire qu'il lui faut. Il peut lui falloir du temps pour réfléchir à ses options. Il ne faut pas supposer que le-la client-e décidera d'emblée d'aller à la police, dans un refuge ou de demander un accompagnement psychologique. L'*Annexe 2* et l'*Annexe 3* résument les voies suggérées pour les soins et l'orientation pour la VPI et pour les soins immédiatement après une agression.

Le-la client-e doit être informé-e que le rejet de sa part de tout service de soutien à l'orientation n'affectera pas les soins immédiats que lui prodigue le prestataire de soins de santé. Si le-la client-e refuse toute orientation vers des services spécialisés, le prestataire de soins de santé ou le travailleur social désigné doit lui proposer un contact de suivi et les coordonnées de services d'urgence à contacter s'il-elle décide d'accéder à des services à une date ultérieure. Il est important de lui faire prendre conscience que, pour toutes ses questions ou préoccupations, ou s'il y a un risque d'aggravation de la violence, il lui sera possible de revenir à tout moment sans craindre de recevoir un traitement différent en raison



de son refus d'aide initial. Chaque visite est l'occasion pour le prestataire de soins de santé qui a évalué le-la client-e lors de la consultation initiale de surveiller son état psychologique et de lui procurer des encouragements et du réconfort.

### 3.5 Prise en charge et soins des personnes victimes de violences sexuelles et de viols

Tout survivant-e de violences sexuelles a le droit de recevoir tous les soins de santé et le soutien qui lui sont nécessaires. Les prestataires de soins de santé qui soignent les survivant-e-s de VSBG devraient être formés et qualifiés pour procéder à un examen clinique et prodiguer des soins aux survivant-e-s de viol (Tableau 2). Le prestataire doit expliquer clairement ce qui va se passer avant et pendant l'examen et obtenir le

consentement éclairé de la personne concernée à chaque étape. Il s'agit là d'un aspect particulièrement important pour les survivant-e-s de violences sexuelles pour qui l'examen peut être traumatisant et leur faire revivre leur expérience. De même, lorsqu'un-e client-e a vu son consentement bafoué, il est impératif de lui donner la certitude que son consentement sera respecté à chacun de ses échanges avec un prestataire de soins de santé. Le prestataire doit faire preuve d'empathie et être sensible aux émotions du-de la client-e. Il convient de demander au-à la client-e s'il-elle souhaite se faire accompagner par une personne de soutien au cours d'une intervention ou d'un examen intime. Si le-la client-e refuse l'examen physique, respectez son choix et suggérez-lui qu'il sera possible de le faire dès qu'il-elle se sentira mieux, tout en l'avisant que certaines interventions sont urgentes. Orientez-le-la client-e vers un autre établissement de santé s'il s'agit là de son vœu.

**TABLEAU 2 : Examen clinique et soins aux survivant-e-s de viol**

Examen ou traitement	À effectuer le plus tôt possible, ou dans le délai spécifié depuis l'agression (0 heure = heure de l'agression)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen vaginal</li> <li>• Examen général</li> <li>• Examen médico-légal</li> <li>• Prophylaxie de postexposition au VIH</li> <li>• Documents médico-légaux</li> <li>• Prévention et traitement d'IST</li> <li>• Prise en charge des blessures</li> <li>• Vaccin contre le tétanos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 72 heures (3 jours)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contraception d'urgence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 120 heures (5 jours)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Test de grossesse</li> <li>• Vaccin contre l'hépatite B</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 semaines</li> <li>• 6 semaines</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conseil et orientation sur le VIH</li> <li>• Dépistage du VIH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 à 6 mois</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientation vers des services spécialisés</li> <li>• Conseil en privé</li> <li>• Prévention et traitement d'IST</li> <li>• Conseil sur les méthodes contraceptives et soins de santé</li> <li>• Soins liés à l'avortement sécurisé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• N'importe quand</li> </ul>

### 3.6 Documentation et rapports

Les clients ont le droit de savoir quelles informations seront consignées et documentées au sujet de leurs expériences et de décider quelles informations communiquer ou non à d'autres. Bien que l'IPPF ne soit pas favorable à l'idée d'une déclaration obligatoire parce qu'elle porte atteinte à l'autodétermination, il appartient aux prestataires d'informer les survivant-e-s dès le début de la consultation des limites des systèmes de confidentialité, y compris des lois sur la déclaration obligatoire.

Les renseignements issus de la consultation, y compris les constatations physiques, doivent être consignés dans le dossier du/de la client-e et conservés en toute sécurité dans une armoire verrouillée. Les prestataires devraient utiliser des systèmes tels que l'identification par la numérotation pour maximiser la confidentialité. Les prestataires doivent également discuter avec le/la client-e du contenu de tout document susceptible de lui être remis au moment de rentrer à domicile ou d'être communiqué à la police ou à d'autres services spéciaux. Reportez-vous au protocole local ou national sur les VSBG en ce qui concerne la documentation et les rapports à communiquer.

## 4. Mutilations génitales féminines

Voici la position de l'IPPF sur les MGF :

- Les personnes ayant subi des MGF sont victimes d'une pratique néfaste. Elles ne devraient pas être victimes de stigmatisation et elles ont les mêmes droits d'accès à des soins de santé de qualité.
- Les soins liés aux MGF doivent être fondés sur les droits, sensibles au genre, centrés sur la cliente, fondés sur des bases factuelles, exempts de stigmatisation, d'accès universel et doivent s'inscrire dans le continuum des soins.
- La médicalisation des MGF\* n'est jamais acceptable car elle est contraire à l'éthique médicale.

### 4.1 Connaissances et compétences des prestataires en matière de mutilations génitales féminines

Les prestataires de soins de santé doivent comprendre que dans de nombreuses communautés, les MGF peuvent être considérées comme une partie importante de l'identité culturelle et de genre des filles et des femmes et les soins de santé doivent être sensibles aux spécificités de chaque contexte, y compris :

- Les lois existantes relatives aux MGF dans le contexte local et national et les obligations en vigueur en matière de déclaration aux autorités nationales.
- La possibilité, dans le contexte local, que des prestataires de soins de santé travaillent avec des organisations communautaires ou des organismes nationaux afin d'identifier les enfants à risque et de prendre les mesures appropriées.
- Déterminer si les prestataires de soins de santé impliqués dans la fourniture de soins de santé font également partie de la culture de pratiques de MGF, auquel cas il est possible qu'ils aient eux-mêmes fait l'objet de MGF ou qu'ils infligent des MGF à des personnes à leur charge.

Les prestataires de soins de santé doivent connaître les types de MGF et les complications associées (voir [Sections 4.2 et 4.3](#)). Ils doivent savoir où orienter la cliente si une intervention clinique supplémentaire est nécessaire (par ex. urogynécologie, soins de procréation médicalement assistée, soins psychologiques ou psychosexuels et/ou autres soins liés à des VSBG). Ils doivent également savoir où la cliente de MGF peut obtenir de l'aide et du soutien en dehors du cadre clinique (par ex. des groupes de soutien).

Cependant, les prestataires de soins de santé doivent se rappeler que les personnes qui ont subi des MGF n'ont pas toutes des symptômes ou des signes cliniques qui nécessitent un traitement. Si la cliente est en bonne santé et ne ressent pas le besoin d'une intervention, alors sa position est à respecter.

Les prestataires de soins de santé ne devraient pas recommander la mise en œuvre de la médicalisation des MGF, de types de MGF moins nocifs ou de quelque forme que ce soit de MGF. De même, les demandes de réinfibulation (par exemple la rétablissement de MGF de type III après l'accouchement) par la cliente ou un proche sont inacceptables et les prestataires de soins de santé doivent opposer un refus catégorique à une telle demande.

\* Médicalisation des MGF : « Situations dans lesquelles les MGF (y compris la réinfibulation) sont pratiquées par une catégorie ou une autre de personnel de santé, que ce soit dans un dispensaire public ou privé, à domicile ou ailleurs, à n'importe quel moment de la vie d'une femme » [8].

## 4.2 Dépistage et classification des mutilations génitales féminines

Lorsqu'une cliente consulte pour obtenir des services de santé sexuelle et reproductive, en particulier dans les zones à forte prévalence de MGF, le prestataire de soins de santé peut demander de manière délicate et en privé si elle a subi des MGF. Si elle répond par l'affirmative ou n'en est pas certaine (ou n'en connaît pas l'envergure), il est possible

de lui proposer un examen gynécologique. Le *Tableau 3* résume les quatre grands types de MGF.

## 4.3 Séquelles des mutilations génitales féminines

Le *Tableau 4* résume les informations quant aux séquelles sur la santé des mutilations génitales féminines.

**TABLEAU 3 : Classification des mutilations génitales féminines**

Type	Description
Type I	Ablation partielle ou totale du clitoris (clitoridectomie) et/ou du prépuce
Type II	Ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres (excision)
Type III	Rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris (infibulation)
Type IV	Toutes les autres interventions nocives pratiquées sur les organes génitaux féminins à des fins non thérapeutiques, telles que la ponction, le percement, l'incision, la scarification et la cautérisation

Source : OMS [8].

**TABLEAU 4 : Risques sanitaires liés aux mutilations génitales féminines**

Complications	Exemples
Risques immédiats	Hémorragies, douleurs, choc (hémorragique, neurogène ou septique), œdème des tissus génitaux, infection (infections locales aiguës, formation d'abcès, septicémie, infections de l'appareil génital et reproducteur, infections urinaires), problèmes urinaires (rétention aiguë d'urine, difficultés pour uriner, lésion de l'urètre), problèmes de cicatrisation, décès (dû à une grave hémorragie ou une septicémie)
Risques obstétricaux	Accouchement par césarienne, hémorragie du post-partum, épisiotomie, travail prolongé, déchirures/lacérations obstétricales, extraction instrumentale, travail difficile/dystocie, séjour prolongé de la mère à l'hôpital, mortalité et décès néonatal précoce, réanimation du nouveau-né
Risques liés au fonctionnement sexuel	Dyspareunie (rapports sexuels douloureux), baisse de la satisfaction sexuelle, baisse du désir sexuel et de l'excitation sexuelle, diminution de la lubrification pendant les rapports sexuels, baisse de la fréquence des orgasme ou anorgasmie
Risques psychologiques	État de stress post-traumatique, troubles anxieux, dépression
Risques à long terme	Lésion des tissus génitaux (douleurs chroniques au niveau de la vulve et du clitoris), scarification et kyste de rétention Pertes vaginales (dues à des infections chroniques de l'appareil) Démangeaisons vaginales Problèmes menstruels (dysménorrhée, règles irrégulières, difficultés d'écoulement du sang menstruel) Infections de l'appareil reproducteur (et douleurs pelviennes chroniques) Infections génitales chroniques (risque accru de vaginose bactérienne) Infections urinaires (souvent récurrentes) Mictions douloureuses (dues à l'obstruction et aux infections urinaires récurrentes)

Source : OMS [8].



## 4.4 Informations, conseil et orientation de clientes ayant subi des mutilations génitales féminines

Il est important que les clientes victimes de mutilations génitales féminines ne soient pas stigmatisées et ne fassent pas l'objet de discriminations, mais reçoivent plutôt des soins et de l'appui de tout prestataire de soins de santé impliqué dans leurs soins.

S'il est confirmé qu'une cliente a subi des MGF, le prestataire de soins de santé peut proposer des informations et une orientation vers des soins de santé pertinents, s'ils sont demandés ou requis, avec le consentement de la cliente. Les clientes atteintes de MGF de type III (infibulation) peuvent recevoir des informations sur la désinfibulation et être orientées vers les services spécialisés (voir [Section 4.5](#)) si elles souhaitent y remédier pour leur bien-être personnel, pour traiter toute comorbidité ou avant ses premiers rapports sexuels vaginaux ou un accouchement (voir les paragraphes suivants).

Les prestataires de soins de santé devraient offrir les mêmes soins complets de santé sexuelle et reproductive aux clientes ayant subi des MGF qu'à toutes les autres clientes, et notamment le dépistage et le traitement du VIH et des IST, le dépistage des hépatites B et C, le conseil et les soins en matière de contraception, les soins d'avortement sécurisé et le dépistage du cancer du col de l'utérus. Il peut être difficile d'effectuer un examen au spéculum pour les clientes ayant subi des MGF de type III. Dans ces cas, des contraceptifs autres que les dispositifs intra-utérins peuvent être proposés, et des alternatives au test de frottis cervical peuvent être proposées pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, comme le test ADN pour le HPV. Le prestataire de soins de santé peut également discuter avec la cliente de la possibilité d'effectuer un examen au spéculum en utilisant un spéculum de plus petite taille, si disponible.

Les personnes enceintes ou celles qui envisagent une grossesse devraient être informées qu'elles doivent prévoir d'accoucher dans un établissement de soins de santé équipé pour gérer des complications telles qu'une hémorragie de post-partum et effectuer un accouchement par césarienne (c.-à-d. des soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets). Les personnes enceintes ayant subi des MGF de type III doivent également être conseillées en matière de désinfibulation (voir [Section 4.5](#)); elles doivent être informées des risques graves auxquels elles-mêmes et leur bébé sont exposés pendant l'accouchement si la désinfibulation n'est pas effectuée en temps voulu.

Les prestataires de soins de santé doivent savoir que toute cliente qui a subi des MGF peut avoir des complications physiques et psychologiques chroniques qui nécessitent des conseils spécialisés ou un traitement chirurgical (voir le [Tableau 4](#) – page précédente). Le prestataire peut avoir besoin de s'enquérir de manière sensible pour déterminer dans quelle mesure la vie de la cliente est affectée. Que ce soit pour des questions physiques, psychologiques ou psychosexuelles, la cliente doit recevoir un conseil, un soutien et un traitement ou une orientation appropriés; toutefois, si la cliente ne souhaite pas être traitée ou orientée après avoir reçu de l'information et des conseils, sa décision doit être respectée.

Pour les clientes qui sont fiancées en vue de se marier, un conseil en couple avant le mariage peut traiter des complications psychosexuelles couramment associées aux MGF. Ces services peuvent être prodigués en adoptant une approche positive vis-à-vis de la sexualité, qui met l'accent sur le plaisir sexuel plutôt que sur l'expérience négative des MGF [18,19].

## 4.5 Désinfibulation pour les mutilations génitales féminines de type III

La désinfibulation (réparation de l'infibulation) est également connue sous le nom d'épisiotomie antérieure. La procédure consiste à couper et à ouvrir l'ouverture vaginale rétrécie. La désinfibulation peut être nécessaire avant les premiers rapports sexuels vaginaux ou avant l'accouchement et elle peut également être nécessaire pour prévenir et gérer certaines conséquences immédiates ou à long terme sur la santé. Bien qu'elle soit souvent pratiquée pendant l'accouchement, la désinfibulation peut être proposée pendant la période prénatale ou à tout moment chez une cliente non enceinte, sur demande.

La procédure peut être effectuée dans un établissement approuvé, comme un établissement de santé, sous anesthésie locale, mais elle n'est pas sans risques, notamment des blessures à l'urètre et des saignements. Elle doit donc être effectuée par un prestataire de soins de santé spécialisé et qualifié et une orientation vers un établissement de santé de niveau supérieur peut être requise.



## 5. Bibliographie

- [1] Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés. Action contre la violence sexuelle et sexiste : stratégie actualisée. Juin 2011. Disponible à : <https://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opedocpdf.pdf?reldoc=y&docid=4f17d66a2>. Site consulté le 18 décembre 2019.
- [2] Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire. Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire. New York : IAWG ; 2018. Disponible à : <https://www.medbox.org/pdf/5e148832db60a2044c2d20ad>. Site consulté le 9 avril 2020.
- [3] Organisation mondiale de la Santé [site Internet]. Violence à l'encontre des femmes. Mars 2021. Disponible à : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>. Site consulté le 1 mars 2022.
- [4] Normes minimales interorganisations pour la programmation d'actions de lutte contre la violence basée sur le genre dans les situations d'urgence. New York : UNFPA ; 2019. Disponible à : [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Minimum%20Standards.FRENCH.Final\\_.2020.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Minimum%20Standards.FRENCH.Final_.2020.pdf). Site consulté le 19 juin 2020.
- [5] Comité permanent interorganisations. Directives pour l'intégration d'interventions ciblant la violence basée sur le genre dans l'action humanitaire : Réduction des risques, promotion de la résilience et aide au relèvement. 2015. Disponible à : <https://gbvguidelines.org/fr/>. Site consulté le 1 mars 2022.
- [6] Chamberlain L, Levenson R. Reproductive Health and Partner Violence Guidelines: An Integrated Response to Intimate Partner Violence and Reproductive Coercion. Family Violence Prevention Fund; 2010. Disponible à : [https://www.futureswithoutviolence.org/userfiles/file/HealthCare/Repro\\_Guide.pdf](https://www.futureswithoutviolence.org/userfiles/file/HealthCare/Repro_Guide.pdf). Site consulté le 30 juillet 2021.
- [7] Silverman JG, Raj A. Intimate Partner Violence and Reproductive Coercion: Global Barriers to Women's Reproductive Control. *PLoS Med* 2014;11(9):e1001723.
- [8] Organisation mondiale de la Santé. Lignes directrices de l'OMS sur la prise en charge des complications des mutilations sexuelles féminines. Genève : OMS ; 2016. Disponible à : <https://www.who.int/fr/publications/item/9789241549646>. Site consulté le 22 octobre 2019.
- [9] Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire. Ressources du Dispositif minimum d'urgence (DMU). Disponible à : <https://iawg.net/fr/resources/minimum-initial-service-package-distance-learning-module>. Site consulté le 28 avril 2022.
- [10] Comité international de secours. Screening for gender-based violence in primary health facilities in primary in humanitarian settings. Disponible à : <https://gbvresponders.org/wp-content/uploads/2019/01/GBV-Screening-implementation-guide.pdf>. Site consulté le 28 avril 2022.
- [11] Organisation mondiale de la Santé. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women : WHO clinical and policy guidelines. Genève : OMS ; 2013. Disponible à : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf). Site consulté le 22 octobre 2019.
- [12] Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR). Prise en charge clinique des survivantes de viol et de violence exercée par un partenaire intime : élaboration de protocoles à adopter dans les situations de crise humanitaire. Genève : OMS ; 2020. Disponible à : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/354572/9789240041288-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Site consulté le 15 avril 2022.
- [13] Chamberlain L, Levenson R. Addressing Intimate Partner Violence Reproductive and Sexual Coercion: A Guide for Obstetric, Gynecologic, Reproductive Health Care Settings, Third Edition; 2013. Disponible à : <https://www.futureswithoutviolence.org/userfiles/file/HealthCare/Reproductive%20Health%20Guidelines.pdf>. Site consulté le 19 juin 2020.
- [14] Organisation mondiale de la Santé. Soins de santé pour les femmes victimes d'actes de violence commis par un partenaire intime ou d'actes de violence sexuelle : manuel clinique. Genève : OMS ; 2014. Disponible à : [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204236/WHO\\_RHR\\_14.26\\_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204236/WHO_RHR_14.26_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Site consulté le 28 avril 2022.



- [15] Undie C, Birungi H, Namwebya J, et al. Screening for Sexual and Gender-Based Violence in Emergency Settings in Uganda: An Assessment of Feasibility. Nairobi : Conseil de population ; 2016. Disponible à : [https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2016RH\\_ScreeningSGBV-Uganda.pdf](https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2016RH_ScreeningSGBV-Uganda.pdf). Site consulté le 22 octobre 2019.
- [16] American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Health Care for Underserved Women. Reproductive and Sexual Coercion. Avis du Comité n° 554. ACOG ; 2013, Réaffirmé 2019. Disponible à : <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2013/02/reproductive-and-sexual-coercion>. Site consulté le 28 avril 2022.
- [17] Silverman J, Carter N, Undie C, Wendoh S. Adaptation of a Clinic-based Model to reduce Reproductive Coercion, Intimate Partner Violence, and Unintended Pregnancy: ARCHES Kenya; 2017. Disponible à : [https://www.svri.org/forums/forum2017/Presentations/19%20September/10%20Panel%20Responses%20to%20GBV%20%20Leme/5.%20Jay%20Silverman\\_Nicole%20Carter%20ARCHES%20Kenya\\_SVRI%202017\\_FINAL\\_9.14.17.pdf](https://www.svri.org/forums/forum2017/Presentations/19%20September/10%20Panel%20Responses%20to%20GBV%20%20Leme/5.%20Jay%20Silverman_Nicole%20Carter%20ARCHES%20Kenya_SVRI%202017_FINAL_9.14.17.pdf). Site consulté le 3 août 2021.
- [18] Burnes TR, Singh AA, Witherspoon RG. Sex Positivity and Counseling Psychology: An Introduction to the Major Contribution. *The Counselling Psychologist* 2017;45(4):470–486. Disponible à : <https://www.apa.org/education/ce/sex-positivity.pdf>. Site consulté le 23 juin 2020
- [19] Fédération internationale pour la planification familiale. Les clés du succès pour des services sensibles aux jeunes : Adopter une approche positive de la sexualité. Londres : IPPF ; 2011. Disponible à : [https://www.ippf.org/sites/default/files/sex\\_positivity\\_fr\\_web.pdf](https://www.ippf.org/sites/default/files/sex_positivity_fr_web.pdf). Site consulté le 22 avril 2020.

## 5.1 Ressources

Comité directeur du Système de gestion des informations sur la violence basée sur le genre (IMSVBG). Interagency Gender-Based Violence Case Management Guidelines. 2017. Disponible à : <https://reliefweb.int/report/world/interagency-gender-based-violence-case-management-guidelines>

Comité permanent interorganisations. Identifying and Mitigating Gender-based Violence Risks within the COVID-19 Response. 6 avril 2020. Disponible à : <https://gbvguidelines.org/wp/wp-content/uploads/2020/04/Interagency-GBV-risk-mitigation-and-Covid-tipsheet.pdf>

Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire. Template G: What to do after forced sex. Juin 2016. Disponible à : <https://iawg.net/resources/iec-templates-misp/template-g-what-to-do-after-forced-sex>

Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. Unseen, Unheard: Gender-based Violence in Disasters. Genève : IFRC ; 2015. Disponible à : <https://www.ifrc.org/document/unseen-unheard-gender-based-violence-disasters>

Fédération internationale pour la planification familiale. Les clés du succès pour des services sensibles aux jeunes : Comprendre les capacités évolutives des jeunes. Londres : IPPF ; 2012. Disponible à : [https://www.ippf.org/sites/default/files/evolving\\_capacity\\_fr\\_web.pdf](https://www.ippf.org/sites/default/files/evolving_capacity_fr_web.pdf)

Fédération internationale pour la planification familiale. IMAP Statement on the elimination of female genital mutilation. Londres : IPPF ; 2015. Disponible à : [https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf\\_imap\\_fgm\\_web.pdf](https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_imap_fgm_web.pdf).

Fédération internationale pour la planification familiale. Manuel de politiques. Londres : IPPF ; 2020. Disponible à : <https://www.ippf.org/sites/default/files/2021-04/IPPF%20POLICY%20HANDBOOK%20%20NOV%202020%20FRENCH.pdf>

Okusanya BO, Oduwale O, Nwachuku N, Meremikwu MM. Deinfibulation for preventing or treating complications in women living with type III female genital mutilation: a systematic review and meta-analysis. *Int J Gynecol Obstet* 2017;136 Supp 1:13–20.

Tancredi DJ, Silverman JG, Decker MR et al. Cluster randomized controlled trial protocol: addressing reproductive coercion in health settings (ARCHES), *BMC Women's Health*. 2015;15:57.

UNFPA. Coronavirus Disease (COVID-19) Preparedness and Response UNFPA Interim Technical Brief. 23 mars 2020. Disponible à : [https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID-19\\_Preparedness\\_and\\_Response\\_-\\_UNFPA\\_Interim\\_Technical\\_Briefs\\_Gender\\_Equality\\_and\\_GBV\\_23\\_March\\_2020\\_.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID-19_Preparedness_and_Response_-_UNFPA_Interim_Technical_Briefs_Gender_Equality_and_GBV_23_March_2020_.pdf)





UNFPA, HCR. Operational guidance – Responding to the health and protection needs of people selling or exchanging sex in humanitarian settings. New York : UNFPA ; 2021. Disponible à : <https://www.unfpa.org/publications/operational-guidance-responding-health-and-protection-needs-people-selling-sex>

Women's Refugee Commission. « Je vois que cela est possible » : *Renforcer les capacités pour l'inclusion du handicap dans les programmes relatifs à la violence basée sur le genre dans les environnements humanitaires*. New York : WRC ; 2015. Disponible à : <https://www.womensrefugeecommission.org/wp-content/uploads/2020/04/Je-vois-que-cela-est-possible-Renforcer-les-capacit-s-pour-l-inclusion-du-handicap-dans-les-programmes-relatifs-la-violence-bas-e-sur-le-genre-dans.pdf>

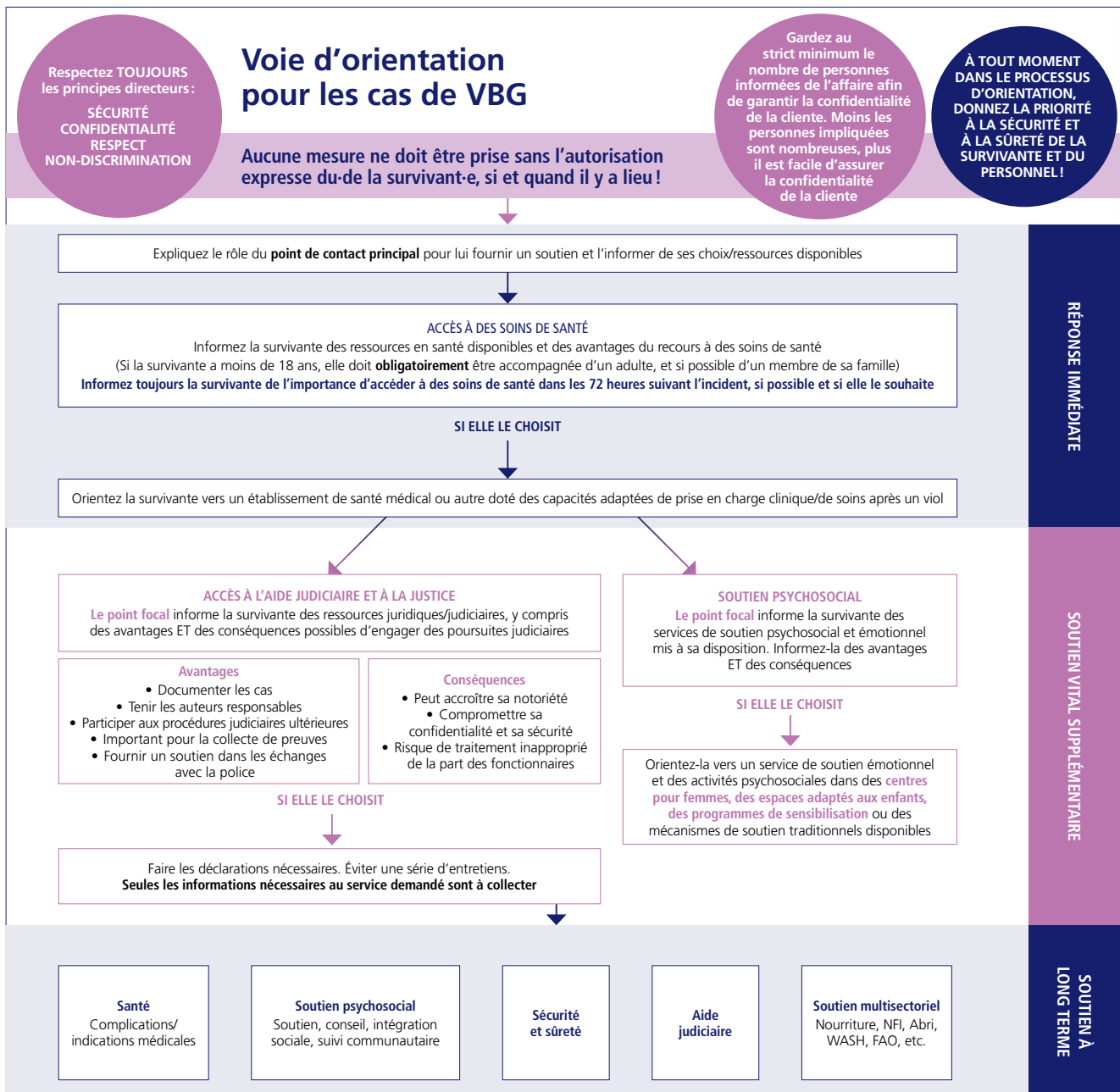
Organisation mondiale de la Santé. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Genève : OMS ; 2013. Disponible à : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf)

Organisation mondiale de la Santé. Guidelines for medico-legal care of victims of sexual violence. Genève : OMS ; 2003. Disponible à : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42788/1/924154628X.pdf>

Organisation mondiale de la Santé/London School of Hygiene and Tropical Medicine. Prévenir la violence exercée par des partenaires intimes et la violence sexuelle contre les femmes : intervenir et produire des données. Genève : OMS ; 2010. Disponible à : [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75201/9789242564006\\_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75201/9789242564006_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

## 6. Annexes

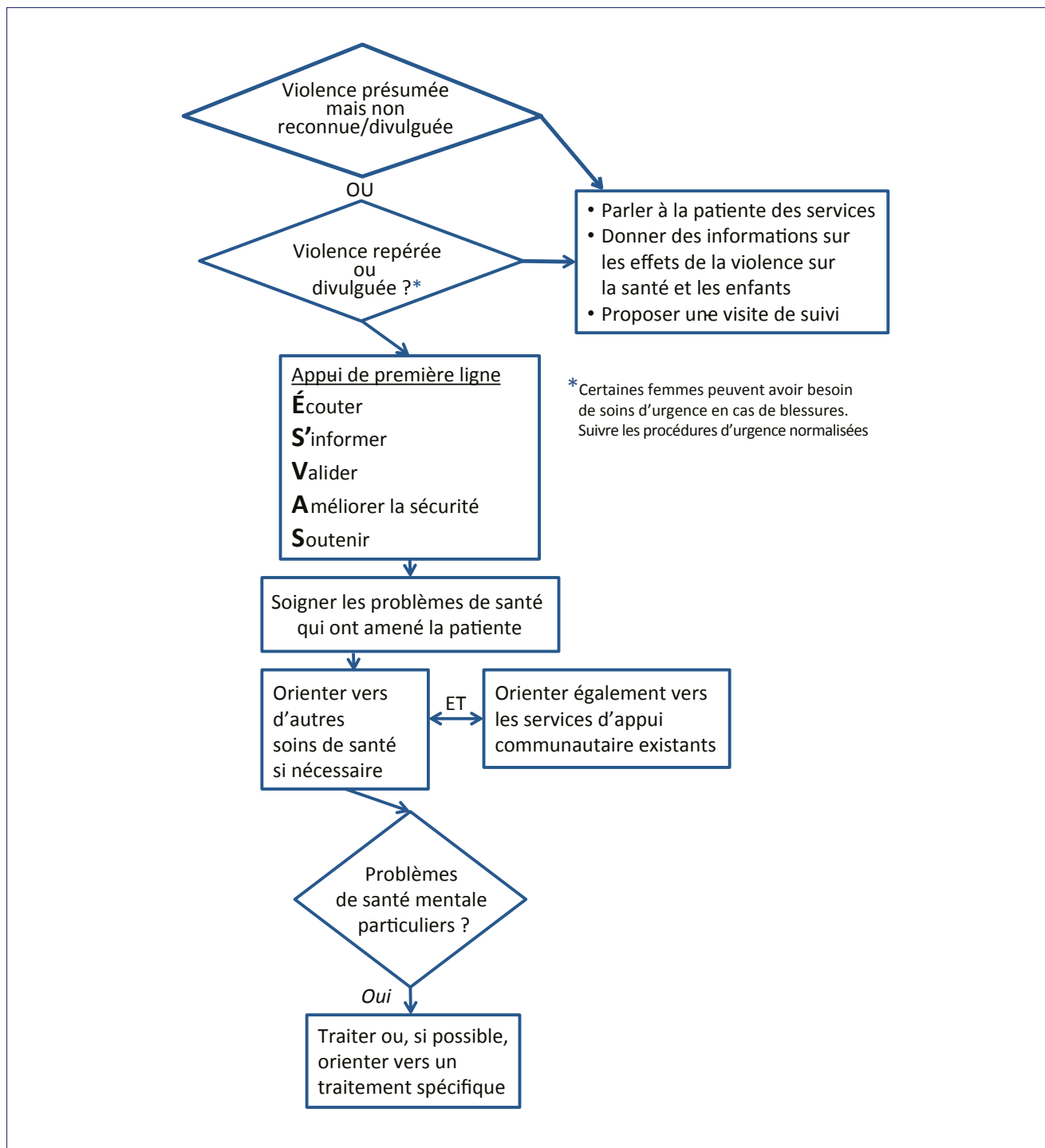
### Annexe 1: Exemple de voie d'orientation pour les violences sexuelles et basées sur le genre



Source: Adapté avec l'autorisation du Global Protection Cluster. Handbook for coordinating gender-based violence interventions in humanitarian settings. Genève: Groupe mondial de la protection; 2010. Disponible à: <https://gbvresponders.org/wp-content/uploads/2014/04/Handbook-for-Coordinating-Gender-based-Violence-in-Humanitarian-Settings-GBV-AoR-2010-ENGLISH.pdf>. Site consulté le 28 avril 2022. Note: Basé sur la voie d'orientation pour les cas de VBG au Darfour



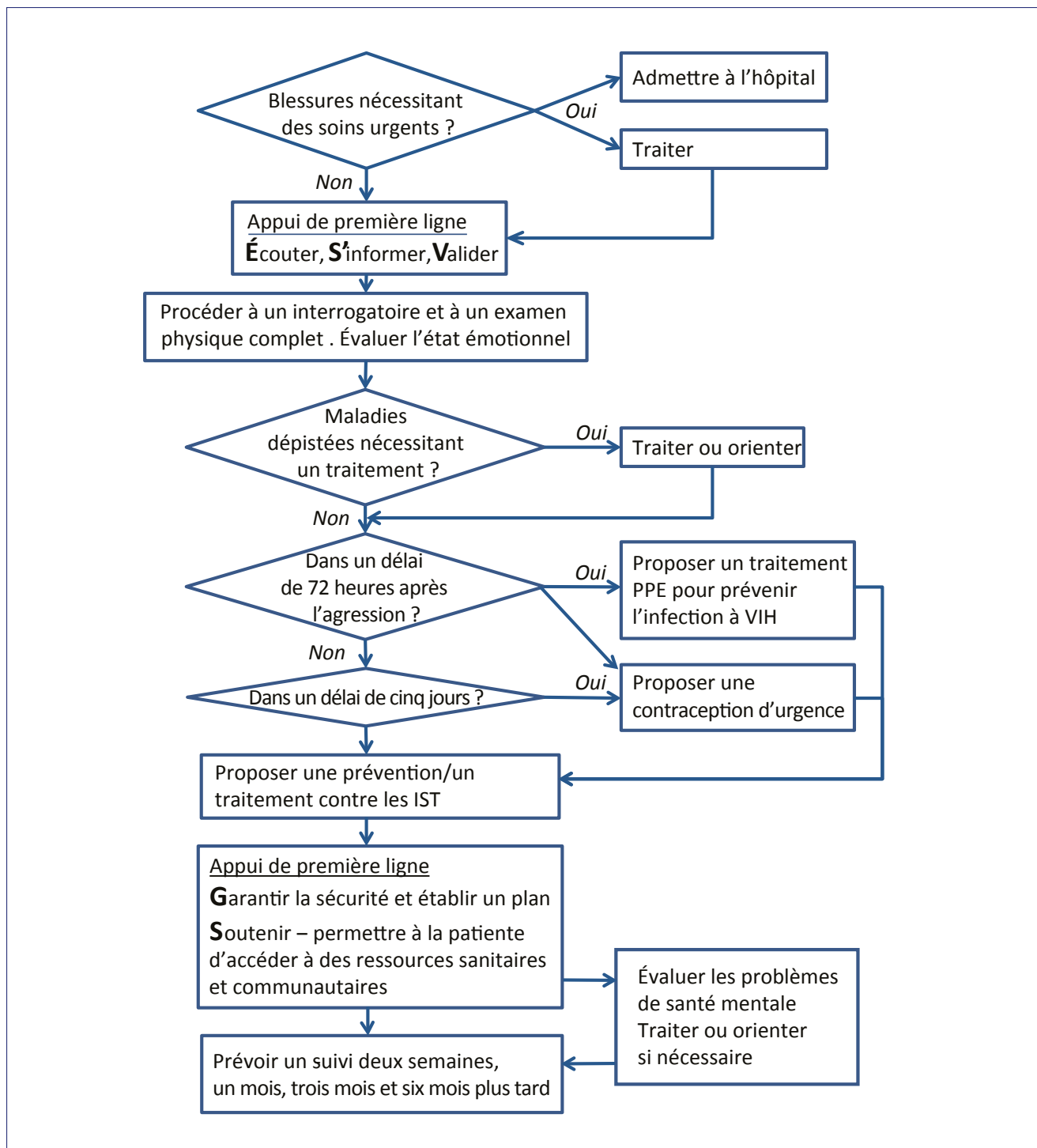
## Annexe 2: Voie de soins pour les clientes victimes d'actes de violence par un partenaire intime



Source : Reproduit/traduit avec l'autorisation de l'Organisation mondiale de la Santé. Soins de santé pour les femmes victimes d'actes de violence commis par un partenaire intime ou d'actes de violence sexuelle : manuel clinique. Genève : OMS ; 2014. Disponible à : [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204236/WHO\\_RHR\\_14.26\\_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204236/WHO_RHR_14.26_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Site consulté le 28 avril 2022.



## Annexe 3 : Voie de soins initiaux après une agression



Source : Reproduit/traduit avec l'autorisation de l'Organisation mondiale de la Santé. Soins de santé pour les femmes victimes d'actes de violence commis par un partenaire intime ou d'actes de violence sexuelle : manuel clinique. Genève : OMS ; 2014. Disponible à : [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204236/WHO\\_RHR\\_14.26\\_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204236/WHO_RHR_14.26_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Site consulté le 28 avril 2022.

# Chapitre 11 :

## Prestation de soins de santé sexuelle et reproductive en situation de crise humanitaire

# sommaire

<b>1. Introduction</b>	<b>390</b>
<b>2. Dispositif minimum d'urgence (DMU) pour la santé sexuelle et reproductive</b>	<b>391</b>
2.1 Objectifs et activités du DMU	392
2.2. Trousses de santé reproductive interorganisations pour soutenir le DMU dans les situations de crise	403
<b>3. Soins complets de santé sexuelle et reproductive</b>	<b>404</b>
3.1 Transition du DMU aux soins complets de santé sexuelle et reproductive une fois la situation stabilisée	404
<b>4. Assistance dans les situations de crise humanitaire</b>	<b>404</b>
<b>5. Bibliographie</b>	<b>405</b>
5.1 Ressources	407

## 1. Introduction

La santé sexuelle et reproductive est un droit humain pour tous, y compris les personnes réfugiées et/ou vivant dans des situations de crise humanitaire. En raison des difficultés que présentent ces contextes, la fourniture de soins de santé nécessite une approche multisectorielle et intégrée pour répondre aux besoins des communautés touchées. Ce chapitre a pour objectif de décrire l'application et l'adaptation des normes mondiales en matière de santé sexuelle et reproductive dans les situations de crise humanitaire.

Toutes sortes de contextes et de situations peuvent déclencher des crises humanitaires. Celles-ci peuvent résulter de catastrophes naturelles, de conflits, d'événements à évolution lente ou rapide, d'épidémies de maladies infectieuses et d'urgences politiques complexes, et elles peuvent se produire en milieu rural comme en milieu urbain. Une crise peut survenir à tout moment, dans n'importe quel pays [1].

En 2021, on estime que 235 millions de personnes ont eu besoin d'aide humanitaire [2]. En général, les populations qui demandent ce genre d'assistance sont composées à environ 25 % de femmes et de filles en âge de procréer [3].

En 1994, pour la toute première fois dans l'histoire, la santé reproductive a été clairement définie et les droits sexuels et reproductifs ont été reconnus lors de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) qui s'est déroulée au Caire en Égypte. Y était incluse la reconnaissance spécifique que la santé et les droits sexuels et reproductifs ne cessent pas pendant les périodes de conflit et de catastrophe (*Section A 7.11*) [4]. La définition a été mise à jour en 2018 pour y intégrer des composantes de la santé sexuelle, des droits sexuels, de la santé reproductive et des droits reproductifs [5].

Publié pour la première fois en 1996 par le Groupe de travail interorganisations (IAWG) sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire, le Dispositif minimum d'urgence (DMU) décrit un ensemble d'interventions minimales en matière de santé sexuelle et reproductive à mettre en place dès le déclenchement d'une situation d'urgence.\* Depuis, le DMU est inscrit dans les normes humanitaires mondiales, y compris les normes Sphère,† qui sont les lignes directrices mondiales pour les interventions humanitaires. La Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF) est membre du comité directeur de l'IAWG, qui fixe les priorités stratégiques

### Sigles et abréviations

<b>DMU</b>	Dispositif minimum d'urgence
<b>IARH</b>	Trousses de santé reproductive interorganisations
<b>IAWG</b>	Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire
<b>IPPF</b>	Fédération internationale pour la planification familiale
<b>IST</b>	infection sexuellement transmissible
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la Santé
<b>PPE</b>	prophylaxie post-exposition
<b>SONUB</b>	soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base
<b>SONUC</b>	soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets
<b>VSBG</b>	violences sexuelles et basées sur le genre

de l'IAWG et assure une gouvernance globale, en veillant à ce que les activités prioritaires, le plaidoyer et les communications externes soient en phase avec les principes de l'IAWG [6].

Le *Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire* [7] de l'IAWG fait fonction de norme humanitaire en matière de santé sexuelle et reproductive. Il reconnaît que les personnes en situation humanitaire font face à des risques accrus et à des obstacles supplémentaires à l'accès à des soins de santé sexuelle et reproductive. Publié pour la première fois en 1999, le manuel de terrain a été mis à jour en 2010 et de nouveau en 2018 [7]. Le chapitre 2 de l'édition de 2018 décrit les principes fondamentaux des programmes de santé sexuelle et reproductive dans les situations de crise humanitaire : (1) travailler dans un partenariat respectueux, (2) faire avancer les droits humains et les droits reproductifs par le biais de programmes de santé sexuelle et reproductive, (3) assurer la solidité technique et la responsabilité sur le plan des droits humains et des finances et (4) partager les informations et les résultats. En outre, le DMU y est incorporé pour en former le chapitre 3 et a été mis à jour pour refléter les bonnes pratiques documentées dans les situations de crise dans le monde entier. Un objectif supplémentaire (la prévention des grossesses non désirées) y a été ajouté,

\* L'IAWG est une coalition internationale d'organisations et d'individus qui travaillent ensemble pour faire avancer collectivement la santé et les droits sexuels et reproductifs dans des situations de crise humanitaire. Créé en 1995, l'IAWG est aujourd'hui un réseau de plus de 2 500 membres. L'IAWG est dirigé par un comité directeur composé de 21 agences membres, représentant les Nations Unies, des organisations gouvernementales, non gouvernementales et de recherche (de plus amples informations sont disponibles à l'adresse : <https://iawg.net/about>).

† De plus amples informations sont disponibles à : <https://spherestandards.org/>.



ainsi qu'une priorité de plus : veiller à ce que les soins liés à l'avortement sans risques soient disponibles, dans toute la mesure autorisée par la loi. Celles-ci sont précisées à la *Section 2*.

## 2. Dispositif minimum d'urgence (DMU) pour la santé sexuelle et reproductive

Les soins de santé sexuelle et reproductive fournissent des soins essentiels et vitaux ; l'accès à ces soins est un droit humain. Les soins de santé sexuelle et reproductive doivent être mis à la disposition des personnes, y compris au début d'une crise, dans les 48 heures si possible. Toutefois, dans les situations d'urgence, seules les priorités en matière de santé sexuelle et reproductive les plus cruciales qui engagent le pronostic vital devraient être ciblées, telles que définies par le DMU. Le DMU repose sur des preuves bien documentées des besoins en matière de santé sexuelle et reproductive dans les situations de crise humanitaire et sur des documents normatifs de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Le DMU regroupe les services et activités minimaux et hautement prioritaires qui auront le maximum d'impact sur la réduction de la morbidité et de la mortalité liées à la santé sexuelle et reproductive et devraient donc être disponibles dès que possible lors du déclenchement d'une crise. Le DMU guide les prestataires de soins sur les soins de santé sexuelle et reproductive prioritaires et sur la planification de la transition vers des soins complets de santé sexuelle et reproductive dès que possible lors de la phase de reprise de la crise ou lors de situations de crise humanitaire prolongées. Le DMU reconnaît l'importance d'inclure les populations mal desservies et marginalisées dans tous les aspects du cycle d'intervention en cas de catastrophe.

L'élaboration du DMU devrait être entreprise pendant les périodes stables, dans le cadre des efforts de préparation aux catastrophes, afin que des interventions rapides puissent être engagées dès le début d'une crise. Il est important de veiller au renforcement des capacités des équipes, des décideurs jusqu'aux prestataires de soins de santé, pour engager le passage rapide de programmes ordinaires à des programmes d'intervention d'urgence. L'évaluation de l'état de préparation au DMU [8] peut aider les associations membres à déterminer les domaines à améliorer en priorité et à agir en conséquence. Elle repose sur un questionnaire qui explore l'état de préparation concernant la politique,

la coordination, les données, les ressources et la prestation de soins de santé à travers les objectifs du DMU au niveau national ou infranational. D'autres modules et ressources de formation sont disponibles dans le cadre du programme de formation Ready to Save Lives [9] et des modules de formation au DMU à l'intention des décideurs politiques, des directeurs de programme et des prestataires de soins de santé disponibles sur le site Internet de l'IPPF [10].

Les soins de santé fournis dans le cadre d'un programme de DMU peuvent être obtenus par tout un éventail de modalités de mise en œuvre, qu'il s'agisse de dispensaires statiques, de dispensaires mobiles et/ou d'un soutien aux installations du ministère de la Santé. Même si des associations membres peuvent ne pas être en mesure de fournir l'intégralité des services répertoriés sous les objectifs du DMU, il n'en reste pas moins qu'il est important de cartographier la prestation de soins de santé au début d'une intervention afin d'élaborer des mécanismes d'orientation pour tous les services du DMU, ainsi que pour éviter les doubles emplois. Lors de la mise en œuvre du DMU, il est important aussi d'envoyer des messages cohérents aux populations cibles sur les sujets liés à la santé sexuelle et reproductive et les soins de santé disponibles grâce à des outils d'information, d'éducation et de communication [11]. Des ressources supplémentaires complètent le DMU et le manuel de terrain du Groupe de travail interorganisations pour les soins aux nouveau-nés [12] et la santé sexuelle et reproductive des adolescents [13], et pour mettre en œuvre des programmes d'urgence en matière de santé sexuelle et reproductive pendant la pandémie de COVID-19 [14]. Il est conseillé de rester en contact avec l'IAWG afin de se tenir au courant des actions de plaidoyer et des conseils élaborés pour une nouvelle urgence spécifique (par exemple, le virus Ebola, COVID-19, etc.).

Au début de toute crise, il est essentiel de se concentrer sur l'ensemble minimum défini de soins sexuels et reproductifs (tel que décrit dans le DMU), sans pour autant perdre de vue la nécessité d'élargir (ou de rétablir) dès que possible la prestation de soins sexuels et reproductifs complets au sortir de la crise. Une fois que le DMU est en place, les prestataires de soins de santé peuvent alors commencer à mettre en œuvre des soins de santé sexuelle et reproductive plus complets (voir l'*Objectif n° 6 du DMU*). Le DMU complet se trouve au Chapitre 3 du manuel de terrain de l'IAWG [7]. Reportez-vous à d'autres chapitres du manuel de terrain pour de plus amples conseils sur les soins complets de santé sexuelle et reproductive.

Les 6+ objectifs du DMU sont illustrés à la *Figure 1*. Des soins liés à l'avortement sécurisé sont désormais inclus en tant que priorité supplémentaire. Les principaux éléments des objectifs et des activités du DMU sont résumés à la *Section 2.1*.<sup>‡</sup> Les trousse de santé reproductive interorganisations (IARH) pour soutenir les activités du DMU dans des situations de crise sont décrites à la *Section 2.2*.

Les associations membres ne disposent pas toutes des ressources et des capacités nécessaires pour réaliser l'ensemble des objectifs du DMU. Il n'en reste pas moins qu'il est absolument fondamental de cartographier la prestation de soins de santé et de se coordonner avec d'autres organisations, par l'intermédiaire de l'IAWG ou d'autres mécanismes de coordination, afin de veiller à mettre en œuvre sur le terrain tous les objectifs du DMU et à établir des voies d'orientation pour permettre l'accès à tous les soins de santé du DMU. En outre, si des lacunes dans la mise en œuvre du DMU sont détectées, il est essentiel de plaider en faveur de ces services auprès de l'IAWG, du groupe sectoriel santé, du ministère de la Santé et d'autres partenaires.

## 2.1 Objectifs et activités du DMU

### Objectif n° 1 du DMU : S'assurer que le secteur de la santé ou le groupe sectoriel santé désigne une organisation chef de file chargée de diriger la mise en œuvre du DMU

En mettant l'accent sur la coordination, l'objectif n° 1 consiste à désigner un coordinateur de la santé sexuelle et reproductive (une organisation chef de file dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive) chargé de fournir un soutien technique et opérationnel à toutes les organisations concernées (gouvernementales et non gouvernementales) et d'éviter les doubles emplois et les lacunes dans les soins de santé, ainsi que de veiller à la complémentarité des soins de santé et des activités exécutées entre organisations. Le groupe de travail sur la santé sexuelle et reproductive est souvent codirigé par le ministère de la Santé et une organisation des Nations Unies, mais d'autres organisations peuvent aussi le codiriger.

**FIGURE 1 : Objectifs du Dispositif minimum d'urgence (DMU) pour la santé sexuelle et reproductive**



<sup>‡</sup> Bien que la plupart des informations de la *Section 2.1* soient extraites du DMU [7], des informations supplémentaires ont également été incluses, telles que citées dans le texte.



Les associations membres de l'IPPF doivent désigner un point focal humanitaire au sein de leur organisation qui sera chargé de veiller à ce que les activités du DMU soient entreprises pendant l'intervention et de rendre compte du travail humanitaire de l'association à la fois au groupe de travail sur la santé sexuelle et reproductive et au groupe sectoriel sur la protection (ou un mécanisme similaire).

Le principe de la responsabilité sectorielle a été établi en 2005 dans le cadre du programme de réforme humanitaire des Nations Unies afin d'assurer une coordination plus efficace en contexte de crise humanitaire [15]. Au déclenchement d'une situation d'urgence, les organisations se réunissent au sein de leurs groupes sectoriels respectifs afin d'assurer une intervention coordonnée, efficace, rapide et mieux dotée en ressources.

Dans le cadre du groupe sectoriel de protection (ou de son équivalent), un sous-groupe sectoriel sur les violences sexuelles et basées sur le genre (VSBG) peut être formé, et placé généralement sous la direction du ministère national de la Femme (ou son équivalent) et/ou d'une organisation des Nations Unies. Que l'association membre mette en œuvre directement des soins de santé liés à des VSBG ou non, il est recommandé qu'elle assiste aux réunions des groupes sectoriels protection ou VSBG afin de mieux intégrer la santé et les droits sexuels et reproductifs et le travail lié aux VSBG.

## Objectif n° 2 du DMU : Prévenir la violence sexuelle et répondre aux besoins des survivant·e·s

De plus amples informations sur le travail de VSBG figurent au [Chapitre 10 : Violences sexuelles et basées sur le genre](#). Cette section se concentre spécifiquement sur les mesures à prendre pour les violences sexuelles et basées sur le genre dans une situation de crise humanitaire.

Le DMU met l'accent sur le traitement et la prévention de la violence sexuelle centrés sur les survivant·e·s.

Si le DMU fait spécifiquement référence à la violence sexuelle, les associations membres devraient utiliser une approche centrée sur les survivant·e·s qui aborde toutes les formes de VSBG. L'IPPF préfère le terme « violences sexuelles et basées sur le genre » (VSBG) plutôt que « violences basées

## Objectif n° 1 du DMU

L'organisation chef de file en matière de santé sexuelle et reproductive :

- Désigne un coordonnateur de la santé sexuelle et reproductive responsable de l'apport d'un appui technique et opérationnel à toutes les organisations prestataires de services de santé
- Organise régulièrement des réunions avec toutes les parties prenantes concernées pour faciliter la coordination des actions visant à assurer la mise en œuvre du DMU
- Rend compte au groupe sectoriel santé, au sous-groupe sectoriel VBG et/ou aux réunions de coordination nationale VIH sur toute question liée à la mise en œuvre du DMU
- De pair avec les mécanismes de coordination santé/VBG/VIH, assure la cartographie et l'analyse des soins existants de santé sexuelle et reproductive
- Partage des informations sur la disponibilité des soins et des produits de santé sexuelle et reproductive
- S'assure que la communauté est au courant de la disponibilité et de l'emplacement des services de santé reproductive

Source : IAWG [7].

sur le genre » (VBG), « violences sexistes » ou « violence à l'égard des femmes » (VAF), en raison de l'accent qu'il met sur la composante de violence sexuelle. D'autres organisations préfèrent utiliser les termes violences sexuelles et sexistes, VSBG, VSS, VBG ou VAF, en fonction du mandat et des activités de l'organisation, mais les termes VSBG et VBG peuvent être utilisés de manière interchangeable, tout comme la VAF, lorsque l'accent est mis sur les femmes survivantes (voir plus d'informations au [Chapitre 10 : Violences sexuelles et basées sur le genre](#)).

Les VSBG englobent quatre catégories de violence : la violence sexuelle, la violence physique, la violence émotionnelle/psychologique (y compris les menaces et la coercition) et la privation arbitraire d'un accès et d'opportunités économiques/sociales de quelqu'un. La majorité des incidents de VSBG sont perpétrés par des hommes contre des femmes et des filles<sup>5</sup>,

§ Il arrive aussi que des hommes et des garçons subissent des violences sexuelles et peuvent donc avoir besoin de soins de santé pertinents. Pour autant, les VSBG sont perpétrés dans une mesure disproportionnée à l'encontre des femmes et des filles. Les hommes et les garçons devraient avoir accès au même soutien et aux mêmes soins que les femmes et les filles, selon les besoins.



dans des périodes stables de même que pendant des situations d'urgence. À l'échelle mondiale, on estime qu'une femme sur trois a été victime de VSBG au cours de sa vie [16].

Pour des raisons de stigmatisation, de honte, de peur, de rejet de la responsabilité sur les victimes et de manque de services de soutien social, il arrive que les survivant-e-s de VSBG refusent ou ne soient pas en mesure de déclarer avoir été victimes d'incidents de VSBG. D'autres facteurs contribuent à nuire aux survivant-e-s de VSBG et à leur capacité de dénoncer les faits, parmi eux des structures publiques et des lois qui entretiennent les inégalités entre les genres, qui ne protègent pas les survivant-e-s de VSBG et ne rendent pas les auteurs de violences redevables de leurs actes. Dans les situations de crise humanitaire, les systèmes de soins de santé et de soutien des survivant-e-s sont encore plus perturbés. Tous ces problèmes se conjuguent pour expliquer une sous-dénonciation des VSBG et un manque de données précises sur leur prévalence. Il n'en reste pas moins qu'il est mondialement reconnu et convenu que malgré l'absence de données adéquates, on peut supposer que des VSBG se produisent dans tous les contextes [17].

Les survivant-e-s de VSBG peuvent être victimes de toutes sortes de séquelles liées à leur santé, en particulier celles et ceux qui ont subi des violences sexuelles et qui peuvent avoir des besoins en santé sexuelle et reproductive. Il peut s'agir, entre autres, de grossesses forcées et non désirées, d'avortements non sécurisés, de fistules traumatiques, d'infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH, de lésions aux organes reproducteurs et même de décès [18]. Si les causes profondes des violences sexuelles et basées sur le genre sont l'inégalité entre les sexes et des rôles de genre néfastes, il n'en reste pas moins qu'il existe des facteurs spécifiques à une situation de crise humanitaire qui contribuent à l'augmentation des VSBG :

- Les perturbations infligées aux communautés, avec des populations en mouvement et des systèmes de protection qui ne sont pas pleinement en place [19].
  - Les perturbations infligées aux mécanismes d'application de la loi, tels que la police et l'aide judiciaire, et d'autres services [20].
  - Le déplacement de populations, à la fois dans des abris temporaires initiaux et en cas de prolongation des déplacements [20].
  - La séparation des membres d'une famille et d'une communauté, qui détériore d'autant plus les mécanismes de soutien et de protection communautaires [21].
- Le conflit et le déplacement, avec leurs conséquences sur le plan socio-économique (perte de travail et de revenus, ainsi que changements de rôles sociaux et de statut), la déstabilisation des communautés et des sociétés et la création de divisions, avec le risque de faire de la violence une norme sociétale [19].
  - Le manque d'intimité et la perturbation des unités familiales pendant le déplacement, tant dans les camps qu'en milieu urbain (par exemple, plusieurs familles, qui peuvent ou non se connaître, se retrouvent contraintes de vivre dans le même espace) [17].
  - Des interrogatoires prolongés aux points de contrôle et la séparation résultante de membres de la famille peuvent rendre vulnérables les personnes déplacées, en particulier en cas de perte ou de confiscation de leurs cartes d'identité ou passeports [17].
  - Une situation qui accorde l'impunité aux auteurs de violences [17].

### Prise en charge clinique des agressions sexuelles

Quel que soit le contexte, les associations membres œuvrent pour répondre aux besoins des survivant-e-s de VSBG (voir le *Chapitre 10: Violences sexuelles et basées sur le genre*). Toutefois, dans des situations de crise humanitaire, d'autres considérations sont à prendre en compte pour soutenir efficacement les survivant-e-s. Les considérations cliniques portent sur les points suivants :

- Prôner les principes directeurs des VSBG pour répondre aux besoins des survivant-e-s de violence sexuelle (sécurité, confidentialité, respect et non-discrimination [7]), adopter une approche centrée sur les survivant-e-s et toujours croire les survivant-e-s. L'approche dite « LIVES » (écouter, s'informer des besoins et des préoccupations, valider, améliorer la sécurité et soutenir) [16] est la norme que les prestataires de soins de santé doivent observer pour soutenir les survivant-e-s de VSBG.
- La prestation des soins de santé doit être ajustée pour répondre aux besoins de communication du-de la survivant-e de VSBG en ayant recours à des aides auditives, visuelles ou de traduction, selon les besoins.
- Des soins de santé devraient être mis à la disposition des survivant-e-s de VSBG qui viennent consulter pour obtenir des soins, y compris la contraception d'urgence, des soins liés à l'avortement sécurisé, la prophylaxie post-exposition (PPE) pour le VIH, le traitement des IST, le traitement préventif de l'hépatite B et du

tétanos et le soutien psychologique de première ligne (voir le [Chapitre 10 : Violences sexuelles et basées sur le genre](#) pour en savoir plus).

Pour tous les échanges avec des survivant-e-s de VSBG, il s'agit d'aménager un espace sûr, confidentiel et privé, où le-la client-e et le prestataire de soins de santé peuvent se rencontrer. Avant de commencer le traitement ou l'examen, le prestataire de soins de santé doit s'assurer que le-la client-e donne son consentement éclairé concernant les soins de santé qui seront fournis et les informations qui seront stockées dans ses notes. Le prestataire doit respecter la décision d'un-e client-e qui refuse de donner son consentement. Le consentement doit être obtenu à chaque étape d'un examen et que le-la client-e peut arrêter à tout moment (voir les informations complémentaires au [Chapitre 2 : Conditions nécessaires relatives à l'établissement de santé, antécédents et examen des clients](#) et [Chapitre 3 : Conseil](#)).

### Orientations vers des services spécialisés

Si une association membre n'est pas en mesure de fournir elle-même des soins pour la prise en charge clinique d'agressions sexuelles, elle doit pouvoir offrir une orientation rapide vers des services spécialisés. Chaque association membre doit en outre être en mesure d'orienter les survivant-e-s vers des soins spécialisés en VSBG capables de répondre à leurs besoins d'ordre non médical.

- Mettre à jour la voie d'orientation pour les VSBG, afin de refléter tout changement dans la disponibilité des soins et dans les modalités d'accès ou de créer une nouvelle voie d'orientation s'il n'en existe pas encore. Tous les membres du personnel et les volontaires qui peuvent travailler avec des survivant-e-s doivent recevoir une formation sur la voie mise à jour et sur la façon de l'utiliser.
- S'assurer que le personnel qui utilisera cette voie a conscience des obstacles potentiels pour les clients (par exemple, les langues parlées, le soutien prévu pour les personnes handicapées, l'accès au service par des hommes ou s'il est exclusivement réservé aux femmes).
- Lorsqu'une association membre fournit des services pour la prise en charge clinique des agressions sexuelles, elle doit indiquer clairement la manière d'accéder à ces services aux prestataires de soins de VSBG et autres, aux survivant-e-s et aux communautés.

### Dépistage des VSBG

Partout dans le monde, des études ont lieu sur le dépistage des VSBG dans les établissements de soins de santé afin de déterminer les meilleures pratiques et l'efficacité en termes de bien-être des survivant-e-s de VSBG [22,23]. Compte tenu des recherches et des données actuelles, **l'IPPF ne recommande pas le dépistage des survivant-e-s de VSBG dans les situations de crise humanitaire**. Toutefois, si un dépistage de VSBG a lieu, il est impératif que les trois conditions préalables suivantes soient remplies avant de procéder à un dépistage sélectif<sup>¶</sup> dans un cadre d'établissement de soins de santé :

- L'établissement de santé est capable d'assurer l'intimité, la sécurité et la confidentialité des clients.
- L'établissement de santé est capable d'assurer des attitudes et des compétences appropriées de la part des prestataires.
- L'établissement de santé est capable de faire en sorte que les prestataires aient quelque chose à offrir aux survivant-e-s (par exemple, une voie d'orientation).

Si ces trois conditions préalables ne sont pas réunies, un dépistage des VSBG ne devrait pas avoir lieu, car celui-ci pourrait causer d'autres préjudices aux survivant-e-s de VSBG et être contraire au principe humanitaire de « ne pas nuire ». Il existe peu de données sur le dépistage des VSBG dans les situations d'urgence. Malgré tout, il arrive souvent que les trois grandes conditions visées plus haut soient perturbées en situation d'urgence, auquel cas le dépistage des VSBG ne devrait pas avoir lieu. C'est particulièrement vrai lorsqu'il est nécessaire d'orienter les survivant-e-s de VSBG vers d'autres services, dans la mesure où l'élaboration d'une voie d'orientation dans une situation d'urgence peut être difficile et prendre du temps. Le fait de détecter des survivant-e-s de VSBG par le dépistage sans pour autant être capables de répondre à leurs besoins en leur apportant un soutien sanitaire et psychosocial réel est non seulement contraire à l'éthique, mais contraire aussi à l'objectif principal du dépistage des VSBG [24].

¶ Le dépistage sélectif consiste à interroger des survivant-e-s sur les violences subies lorsque face aux signes et symptômes apparents, un prestataire de soins de santé a des raisons de suspecter qu'il s'agit de victimes d'actes de violence/d'abus [23].



Dans la mesure du possible, les genres représentés parmi le personnel clinique et non clinique devraient être proportionnels à ceux de la population cliente. Tous ces membres du personnel doivent être formés aux principes fondamentaux des VSBG et à la prise en charge des cas de VSBG, et en particulier à la manière de communiquer de manière sensible avec les survivant-e-s de VSBG. Si votre établissement/structure n'est pas en mesure de répondre aux exigences ci-dessus, travaillez avec d'autres prestataires dans la région pour mettre au point une voie d'orientation sûre, fiable et confidentielle pour les survivant-e-s de VSBG afin qu'ils puissent recevoir des soins de santé appropriés.

### Objectif n° 2 du DMU

- Travailler avec d'autres groupes sectoriels, en particulier le sous-groupe sectoriel protection ou VBG, à la mise en place de mesures de prévention aux niveaux communautaire, local et du district en y incluant les établissements de santé afin de protéger les populations, en particulier les femmes et les filles, victimes de violence sexuelle
- Mettre à la disposition des survivant-e-s de violence sexuelle des soins cliniques et les orienter vers d'autres services de soutien
- Assurer des espaces confidentiels et sûrs dans les établissements de santé pour y recevoir des survivant-e-s de violence sexuelle et leur prodiguer des soins cliniques adaptés et les orienter vers des services appropriés (sous réserve du consentement éclairé du/de la survivant-e)

Source : IAWG [7].

### Objectif n° 3 du DMU : Empêcher la transmission et réduire la morbidité et la mortalité dues au VIH et à d'autres IST

La prévalence d'IST, y compris du VIH, peut s'intensifier dans des situations d'urgence dans les cas de manque de services de prévention, de dépistage et de traitement. Les IST peuvent avoir un impact sérieux sur la santé sexuelle et reproductive et certaines peuvent augmenter le risque d'infection à VIH.

En cas de situation de crise, et dans les contextes où les ressources sont limitées, les IST sont gérées par une prise en charge syndromique. Celle-ci a pour fonction de gérer les cas d'après les manifestations cliniques (symptômes et signes) en se référant à un algorithme décisionnel et en ayant recours à des tests au microscope sur place s'ils sont disponibles et appropriés. Les ressources supplémentaires nécessaires pour procéder à des tests étiologiques des IST ne sont pas justifiées dans les situations d'urgence. Voir le *Chapitre 6 : Infections sexuellement transmissibles* pour plus de détails sur les symptômes, les signes et la prise en charge clinique des IST, avec les algorithmes à suivre pour la prise en charge syndromique (voir l'*Annexe 3 du Chapitre 6*).

En situation de crise, il est impératif de continuer à observer les précautions standard et les mesures de contrôle des infections. Les directeurs d'établissement de santé, les prestataires de soins de santé et le coordinateur de la santé sexuelle et reproductive doivent travailler ensemble pour réduire la transmission du VIH et d'autres IST. Pour cela, il est impératif qu'ils respectent les protocoles de précaution standard, utilisent des équipements de protection individuelle (blouses, gants, etc.), aient accès à des installations de lavage des mains et puissent distribuer des préservatifs et des médicaments (médicaments de lutte contre les IST, antirétroviraux, y compris la PPE pour le VIH, ainsi que la prophylaxie par le co-trimoxazole pour prévenir les infections opportunistes chez les personnes vivant avec le VIH). En outre, les associations membres peuvent souhaiter se concerter avec les programmes nationaux de lutte contre le VIH/sida, tels que le Fonds mondial et le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR). Ces organismes peuvent fournir des conseils, des protocoles nationaux, des trousse de dépistage et des médicaments.

On entend par une transfusion sanguine sûre et rationnelle le fait que tous les dons de sang doivent être testés pour le VIH et d'autres infections transmissibles par les tissus (ITT). Le sang doit être testé pour le VIH, les hépatites B et C et la syphilis. Des systèmes devraient être en place pour s'assurer que les hôpitaux de niveau d'orientation disposent de suffisamment de sang, de fournitures et de personnel qualifié pour assurer une transfusion sanguine sûre et rationnelle [7,25].



Considérations spécifiques au VIH (voir le [Chapitre 7 : VIH](#) pour plus d'informations) :

- Pour les personnes vivant avec le VIH qui ont déjà mis en route un traitement antirétroviral, la perturbation ou l'arrêt du traitement pourrait entraîner le développement d'une résistance aux antirétroviraux et augmenter considérablement la probabilité de maladie grave, voire de décès. Il est vital de faire en sorte que les personnes sous antirétroviraux poursuivent leur traitement.
- En début de crise, il n'est pas faisable de mettre en œuvre un dépistage et un conseil à l'initiative du prestataire ou de fournir un service de conseil et de dépistage volontaire à la demande pour l'ensemble de la population de clients. La seule exception à cela tient au dépistage et au conseil du VIH dans le cadre des programmes de prévention de la transmission périnatale, qu'il est impératif de ne pas interrompre afin de réduire le risque de transmission au fœtus/nourrisson.
- La prestation de services de dépistage et de conseil à l'initiative des prestataires et d'un service de conseil et de dépistage volontaire devra être pleinement rétablie dès que possible lorsque toutes les autres priorités du DMU auront été remplies. C'est ce qui permettra de veiller à mettre en route un traitement antirétroviral dès que possible pour les personnes séropositives. L'OMS recommande la mise en route d'un traitement antirétroviral chez toutes les personnes vivant avec le VIH, quel que soit le stade clinique de l'OMS et quel que soit leur taux de CD4 [26].
- La prophylaxie au co-trimoxazole est un médicament simple et bien toléré pour prévenir les infections opportunistes chez les personnes vivant avec le VIH. Elle est recommandée pour les adultes (y compris les personnes enceintes), les nourrissons, les enfants et les adolescents infectés par le VIH, ainsi que pour les personnes infectées par le VIH et atteintes de tuberculose active (pour plus de précisions, voir le [Chapitre 7 : VIH, Encadré 2](#) ou les lignes directrices de l'OMS sur la PPE et la prophylaxie au co-trimoxazole [27]).
- La PPE pour le VIH doit être mise à la disposition des survivant-e-s de VSBG et de celles et ceux qui peuvent avoir été accidentellement exposés à du sang (par exemple, un agent de santé ayant subi une blessure par piqûre d'aiguille).

Les mesures visant à réduire la transmission des IST et du VIH doivent prévoir la disponibilité et la distribution abondantes de préservatifs gratuits. Il est essentiel de s'assurer que des préservatifs masculins et féminins sont disponibles (lubrifiés ou avec des lubrifiants compatibles avec les préservatifs, selon les besoins) dans tous les lieux appropriés (sur site ou hors site), dès les premiers jours d'une intervention humanitaire, dans la mesure où ce sont les préservatifs qui offrent la meilleure protection contre les IST, y compris le VIH.

### Objectif n° 3 du DMU

- Établir une utilisation sûre et rationnelle des transfusions sanguines
- Assurer l'application des précautions standard
- Garantir la disponibilité de préservatifs masculins gratuits et, le cas échéant (par exemple s'ils sont déjà utilisés par la population) assurer la distribution de préservatifs féminins, ainsi que de lubrifiants compatibles avec les préservatifs
- Soutenir la fourniture d'antirétroviraux (ARV) pour permettre aux personnes qui étaient déjà sous traitement antirétroviral (TAR) avant la situation d'urgence de poursuivre leur traitement sans interruption, y compris les femmes qui étaient inscrites à des programmes de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME)
- Fournir une PPE aux victimes de violence sexuelle, le cas échéant et en cas d'exposition dans le cadre professionnel
- Soutenir la fourniture d'une prophylaxie au co-trimoxazole pour prévenir les infections opportunistes chez les clients diagnostiqués avec le VIH ou déjà connus comme vivant avec le VIH
- Assurer la disponibilité dans les établissements de santé de la prise en charge syndromique des IST

Source : IAWG [7].

## Objectif n° 4 du DMU : Prévenir une morbidité et une mortalité maternelles et néonatales excessives

À l'échelle mondiale, une femme enceinte sur sept (environ 15 %) sera confrontée à une complication pendant la grossesse ou l'accouchement ; les deux tiers des décès maternels évitables et 45 % des décès de nouveau-nés se produisent dans des pays touchés par un conflit récent, une catastrophe naturelle ou les deux [7]. La mortalité maternelle mondiale reste élevée, avec environ 295 000 décès en 2017 dus à des causes « liées ou aggravées par la grossesse ou sa prise en charge », survenant pendant la grossesse et jusqu'à 42 jours après la fin de la grossesse [28]. Pour chaque décès maternel, 20 à 30 autres femmes sont gravement handicapées, infectées ou blessées [29].

Près des trois quarts des décès maternels sont dus à des causes obstétricales directes, principalement :

- hémorragie (saignement sévère), la plupart du temps juste après l'accouchement
- infection/septicémie (généralement après l'accouchement)
- hypertension artérielle pendant la grossesse (prééclampsie et éclampsie)
- complications de l'accouchement (par exemple, accouchement dystocique)
- avortement non sécurisé [30]

En outre, un peu plus du quart des décès maternels sont dus à des causes indirectes, telles que des infections (par exemple le paludisme, le VIH) ou des maladies chroniques préexistantes (par exemple des maladies cardiaques ou rénales, diabète) qui se sont aggravées en raison de la grossesse [30]. En situation de crise, les personnes enceintes ont moins de possibilités de se rendre dans un établissement de santé et de recevoir un soutien médical. Les obstacles peuvent être nombreux : destruction de l'établissement de santé, mise hors service des salles d'opération et des salles d'accouchement, absence de médicaments essentiels, départ de la zone de personnel médical formé, etc. Les organismes d'aide devraient élargir leurs capacités pour offrir des soins de santé vitaux. Les soins prodigués dans les situations d'urgence devraient se concentrer sur le travail d'accouchement, l'accouchement/les soins intrapartum et la période post-partum/postnatale immédiate, car c'est à cette période que surviennent la plupart des décès.

Les soins aux nouveau-nés font partie intégrante du continuum de soins de santé sexuelle et reproductive qui s'étend sur tout le cycle de la vie. Les soins aux nouveau-nés sont essentiels pour assurer un début de vie sûr et en bonne

santé. Les soins essentiels aux nouveau-nés sont les soins de base à prodiguer à chaque bébé, y compris les soins liés à la température, la prévention des infections, la mise en route de la respiration, l'aide à l'alimentation, la surveillance des signes de danger, les contrôles des soins postnatals, la détection des complications chez le nouveau-né et l'orientation vers des services spécialisés en cas d'urgence [31]. D'autres informations sur les soins aux nouveau-nés sont également disponibles dans le guide de terrain de l'IAWG sur la santé des nouveau-nés [12].

Sept fonctions vitales de base (actions) visent les principales causes de mortalité maternelle, désignés sous le terme de soins obstétricaux et néonataux d'urgence de *base* (SONUB) (voir le [Tableau 1](#) – page suivante). Deux autres actions vitales devraient être disponibles au niveau secondaire et, s'ajoutant aux sept actions vitales de base, on parle de soins obstétricaux et néonataux d'urgence *complets* (SONUC) (voir le [Tableau 1](#) – page suivante). Lorsque les services ordinaires sont perturbés en raison d'une crise, un système d'orientation 24 heures sur 24 doit être mis en place pour s'assurer que les personnes au cours de travail, pendant l'accouchement et immédiatement après l'accouchement ont toujours accès à des SONUB et des SONUC, selon les besoins. Ces soins de santé devraient être fournis sans frais à la cliente. Afin d'assurer l'accès à ces soins, l'organisation chef de file de santé sexuelle et reproductive (ou le coordinateur) détermine le ou les établissements de santé les plus proches, transmet ces informations aux clientes, offre des moyens de transport vers l'établissement de santé approprié le plus proche, veille à ce qu'un membre du personnel responsable reçoive la cliente au site d'orientation et collecte des informations de suivi sur les soins et l'état de la cliente afin d'améliorer le système d'orientation si nécessaire.

Les soins post-avortement réduisent le risque de complications potentiellement mortelles qui résultent d'un avortement spontané et non sécurisé et doivent donc être disponibles dès que possible en cas de crise. Le traitement peut inclure la prise de médicaments et des moyens d'aspiration manuelle intra-utérine. Voir le [Chapitre 5 : Soins d'avortement](#) pour en savoir plus.

On estime que 10 % à 15 % des accouchements doivent être effectués par césarienne pour empêcher les décès maternels et néonataux [32]. Par conséquent, les SONUC (avec les installations chirurgicales et de transfusion sanguine qui les accompagnent) sauvent des vies et des services ou un système d'orientation doivent être mis en place.

Au début d'une crise, les personnes enceintes peuvent ne pas avoir accès à des établissements de santé et peuvent être contraintes d'accoucher à domicile sans l'aide d'accoucheuses qualifiées. Pour améliorer les pratiques d'accouchement, des trousseaux d'accouchement propre et des trousseaux de



soins immédiats aux nouveau-nés devraient être mises à la disposition des personnes enceintes qui n'ont pas accès à un établissement de SONUB 24 heures sur 24 au cours du troisième trimestre [7,12]. Quoi qu'il en soit, il convient toujours

de conseiller aux personnes enceintes d'accoucher dans un établissement de santé et de leur remettre des informations sur les signes de danger obstétrical auxquelles elles doivent être attentives et l'accès à des installations obstétricales.

**TABLEAU 1 : Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base et complets (SONUB et SONUC)**

SONUB – Les centres de santé devraient avoir les ressources pour offrir ces sept fonctions des SONUB	SONUC – Les hôpitaux devraient avoir les ressources pour offrir les neuf fonctions des SONUC
1. Administrer des antibiotiques par voie parentérale pour le traitement de la septicémie	1 à 7. Comme pour les SONUB
2. Administrer des utérotoniques (à savoir de l'ocytocine par voie parentérale ou des comprimés de misoprostol) pour le traitement des hémorragies de postpartum et administrer de l'acide tranexamique par intraveineuse en plus des soins de base pour les femmes qui présentent une hémorragie postpartum diagnostiquée cliniquement	8. Réaliser des interventions chirurgicales (par exemple, césariennes) 9. Réaliser des transfusions sanguines sécurisées en observant les précautions universelles de prévention des infections
3. Administrer des anticonvulsifs par voie parentérale (à savoir, du sulfate de magnésium), pour le traitement de la pré-éclampsie et de l'éclampsie	
4. Réaliser un accouchement vaginal assisté (par exemple recours à l'extraction par ventouse)	
5. Retirer le placenta manuellement	
6. Évacuer les produits de conception intrautérins après l'accouchement ou un avortement incomplet	
7. Procéder à la réanimation néonatale de base (par exemple, avec un ballon et un masque)	

Source: IAWG [7].

#### Objectif n° 4 du DMU

- Assurer la disponibilité et l'accessibilité de services d'accouchement propres et sécurisés, de soins essentiels du nouveau-né et de services de soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) vitaux, y compris :
  - Au niveau de l'hôpital d'orientation :**  
Du personnel médical qualifié et des fournitures pour la prestation de soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONUC)
  - Au niveau de l'établissement de santé :**  
Des accouchements médicalisés en présence de personnel qualifié et des fournitures pour des accouchements par voie vaginale non compliqués et la prestation de soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)
  - Au niveau communautaire :**  
Fourniture d'informations à la communauté sur la disponibilité de services d'accouchement et de SONU et sur l'importance de chercher à se

faire soigner auprès des établissements de soins de santé. Des trousses d'accouchement propre doivent être distribuées aux personnes visiblement enceintes et aux accoucheuses pour promouvoir des accouchements à domicile dans de bonnes conditions d'hygiène lorsque l'accès à un établissement de santé n'est pas possible

- Mettre en place un système d'orientation 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 afin de faciliter les transports et les communications entre la communauté et l'établissement de santé ou l'hôpital
- Assurer la disponibilité de soins post-avortement vitaux dans les établissements de santé et les hôpitaux
- Assurer la disponibilité de fournitures et de produits pour un accouchement propre et des soins néonataux immédiats lorsque l'accès à un établissement de santé n'est pas possible ou est peu fiable

Source: IAWG [7].



## Objectif n° 5 du DMU : Prévenir les grossesses non désirées

L'impact positif de la contraception sur la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles (en plus de la prévention des grossesses non désirées) est bien établi, qui se traduit par une réduction de la mortalité estimée à 30 % dès lors que sont satisfaits les besoins en contraception non satisfaits [33].

Tout un éventail d'options de contraception (y compris des contraceptifs réversibles à action prolongée et à courte durée d'action) devrait être mis à la disposition de tous les adolescents et adultes sexuellement actifs, sans stigmatisation, dès le déclenchement d'une situation de crise. Les contraceptifs préviennent les grossesses non désirées, réduisant ainsi le risque de morbidité et de mortalité maternelles et néonatales. De plus, une contraception efficace peut prévenir environ 90 % des complications liées à un avortement non sécurisé [7]. En périodes de déplacement et d'insécurité, il est possible que les personnes soient plus susceptibles de vouloir retarder une grossesse. Les risques associés à une grossesse non désirée sont exacerbés dans les contextes humanitaires, car l'accès aux soins de santé peut être limité.

Des outils communautaires d'information, d'éducation et de communication ont un rôle important à jouer pour chasser les idées fausses sur la contraception. Il faut faire participer les membres de la communauté touchés par la crise, y compris tous les groupes marginalisés et mal desservis, en vue de favoriser la prise de conscience

### Objectif n° 5 du DMU

- Assurer la disponibilité d'un éventail de méthodes contraceptives réversibles à longue durée d'action et à courte durée d'action (y compris les préservatifs masculins et féminins et la contraception d'urgence) dans les établissements de santé primaires pour répondre à la demande
- Fournir des informations, y compris des supports IEC (information, éducation et communication) existants, et un conseil en contraception qui mettent l'accent sur le choix éclairé et le consentement, l'efficacité, l'intimité et la confidentialité des clients, l'équité et la non-discrimination
- S'assurer que la communauté est au courant de la disponibilité de contraceptifs pour tous, y compris les adolescents

Source : IAWG [7].

des options de contraception accessibles, disponibles et culturellement acceptables qui existent.

La distribution à grande échelle de préservatifs gratuits et de lubrifiants compatibles avec les préservatifs à partir de lieux discrets contribue beaucoup à la prévention des IST, y compris le VIH, et des grossesses non désirées.

## Objectif n° 6 du DMU : Planifier des soins complets de santé sexuelle et reproductive, intégrés dès que possible dans les soins de santé primaires. Travailler avec des partenaires du secteur de la santé/des groupes sectoriels pour aborder les six composantes du système de santé

Le DMU constitue un point de départ pour la mise en place de programmes de santé sexuelle et reproductive lors du déclenchement d'une situation de crise, dans la mesure où il est centré sur les priorités les plus cruciales et vitales en matière de santé sexuelle et reproductive. À terme, si la crise se prolonge, l'élargissement des soins de santé en vue d'y inclure des soins complets de santé sexuelle et reproductive nécessite la contribution des membres de la communauté et des partenaires collaborateurs pour déterminer les lacunes, les stratégies réussies et les améliorations à engager. Cet élargissement devrait être entrepris le plus tôt possible dès que la situation se stabilise. La planification d'une transition précoce vers des soins de santé complets permet à la population d'exercer son droit d'accès aux soins de santé, même en période de crise. Le Groupe de travail interorganisations a élaboré un ensemble de mesures visant à aider les formateurs, les directeurs de programme et les coordinateurs en matière de santé sexuelle et reproductive à réintégrer un programme de DMU dans un programme complet de santé sexuelle et reproductive à mesure que la crise se stabilise [34].

Cet objectif ne peut être atteint que par une démarche de concertation et de collaboration entre les organismes publics, les organisations et les partenaires à l'échelon local et international. Les options de collaboration devraient être évaluées et des activités de renforcement des capacités et de plaidoyer devraient être réalisées, le cas échéant, pour s'assurer que les fournitures et les médicaments sont disponibles dès que le besoin s'en fait sentir. Les autres aspects critiques à prendre en considération sont énumérés à l'objectif n° 6 du DMU. Les soins sexuels et reproductifs importants, tels que les soins prénatals et postnatals, le dépistage et le traitement du cancer du col de l'utérus et



les soins de procréation médicalement assistée, par exemple, ne font pas partie du DMU, mais ils sont indispensables dans le cadre de soins sexuels et reproductifs complets. Le rétablissement des soins de santé sexuelle et reproductive à leur niveau de fonctionnement d'avant la crise doit être planifié dans une démarche de collaboration, en utilisant les ressources disponibles, comme l'illustre la *Figure 2*.

La transition vers des soins complets de santé sexuelle et reproductive devrait commencer progressivement dès que le DMU est assuré et lorsque la planification humanitaire passe d'une perspective à court terme à une perspective à long terme. En général, la transition est plus efficace si le système de santé est envisagé comme formant un tout. Les questions suivantes peuvent être utiles pour déterminer la nécessité ou non d'offrir certains soins de santé plutôt que d'autres lors du déclenchement d'une crise ou d'attendre que les circonstances soient plus propices :

1. Ces soins de santé sauvent-ils des vies à court terme ?

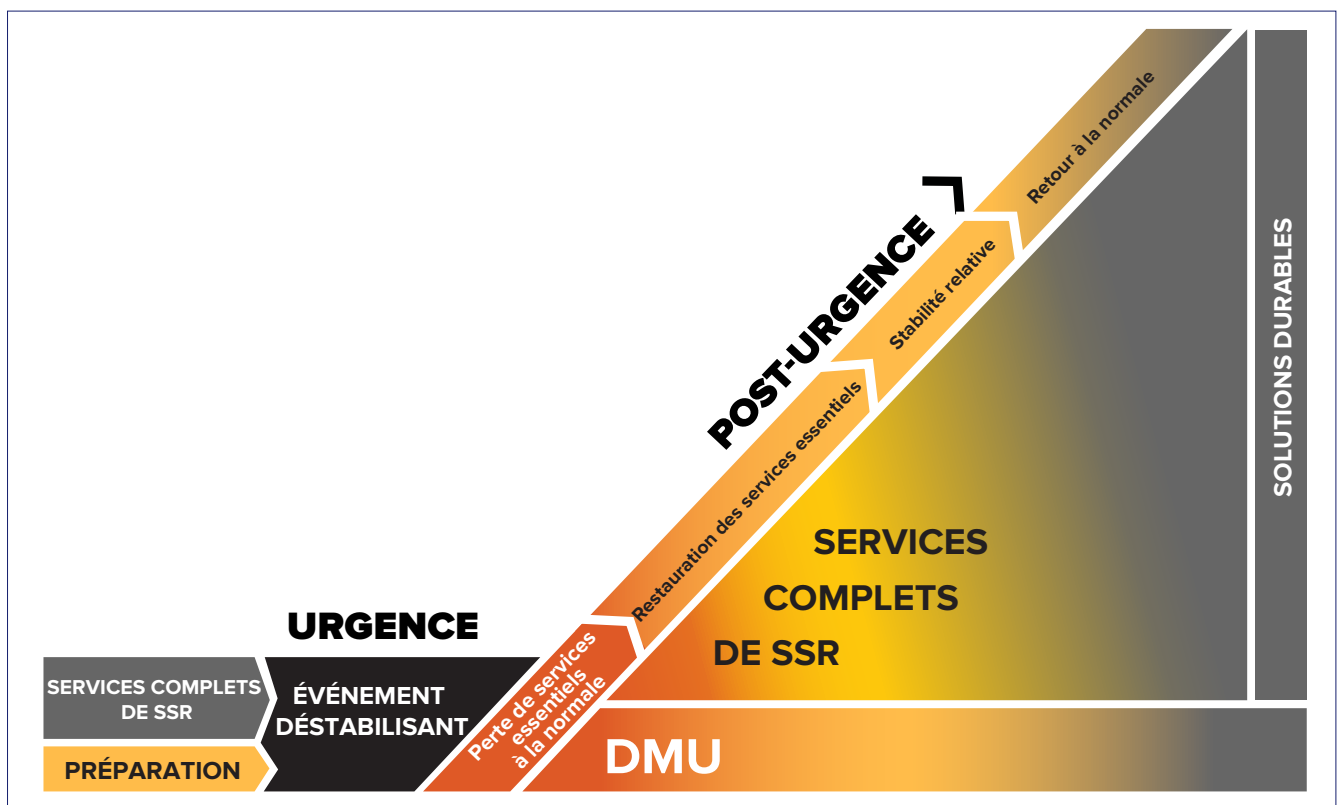
Exemple : Les soins prénatals complets ne font pas partie du DMU en matière de santé sexuelle et reproductive, car ils ne sauvent pas immédiatement des vies et requièrent une grande quantité de ressources. Lors d'une crise aiguë, il est

indispensable de déterminer la priorité des interventions qui auront le plus fort impact sur la mortalité et la morbidité à court terme. Il est certain que le fait de reconnaître les signes de danger pendant la grossesse et d'apprendre aux individus et aux couples à reconnaître les signes de danger pendant le travail et l'accouchement et chez leur nouveau-né aura un impact vital. Dès que la situation se stabilise, il est recommandé de rétablir la prestation des soins prénatals complets en raison de leur impact à long terme sur la morbidité et la mortalité maternelles.

2. Existe-t-il un moyen d'obtenir les mêmes résultats tout en utilisant moins de ressources ?

Exemple : Certains cliniciens préfèrent attendre les résultats des analyses en laboratoire et/ou des examens histologiques pour étayer leur diagnostic clinique. Or en situations de crise, il n'est fait recours à des kits de tests diagnostiques et à d'autres ressources de laboratoire que lorsqu'ils sont essentiels. Par conséquent, les IST peuvent être prises en charge en adoptant l'approche syndromique, dans la mesure où la gestion étiologique ne modifierait que légèrement le traitement, mais augmenterait considérablement les coûts et prendrait plus de temps (voir le *Chapitre 6 : Infections sexuellement transmissibles*).

**FIGURE 2 : Le passage de soins de santé sexuelle et reproductive d'urgence (minimum) à une situation de soins post-urgence (complets) de santé sexuelle et reproductive dans des situations de crise humanitaire**



Source : Reproduit/traduit avec la permission de l'IAWG. Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire. New York : IAWG ; 2018.



3. Le suivi que ces soins nécessitent est-il disponible ou réalisable ?

Il est fréquent que dans des situations de crise humanitaire, les soins de santé sexuelle et reproductive soient prodigués dans des dispensaires mobiles, qui ne sont en place qu'à titre provisoire. Il est contraire à l'éthique de fournir des soins de santé comme le dépistage du VIH qui nécessite des rendez-vous de suivi pour fournir des résultats de test et un traitement si ces soins de suite ne sont pas disponibles.

Le *Tableau 2* énumère les six éléments constitutifs du système de santé de l'OMS et fournit des exemples d'activités d'évaluation et de planification pour chaque élément, dans le contexte du rétablissement à des soins complets de santé sexuelle et reproductive.

### Objectif n° 6 du DMU

Aspects fondamentaux à prendre en considération :

- Communication entre les décideurs (y compris les gouvernements nationaux) et les partenaires de mise en œuvre (voir l'objectif n° 1 du DMU)
- Financement suffisant
- Efficacité de la coordination
- Gestion de la chaîne d'approvisionnement
- Gestion des ressources humaines
- Suivi et évaluation
- Système d'échange d'informations, de retour d'information et de redevabilité envers la communauté touchée
- Planification d'une stratégie de sortie pour les partenaires humanitaires (organisations internationales)

Source : IAWG [7].

**TABLEAU 2. Planifier le retour à des soins complets de santé sexuelle et reproductive : Exemples d'évaluation et de planification pour chacune des six composantes du système de santé de l'OMS**

Composante du système de santé	Lorsque vous planifiez des soins complets de santé sexuelle et reproductive, collaborez avec toutes les parties prenantes pour :
<b>Prestation de soins de santé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déterminer les besoins en matière de santé sexuelle et reproductive dans la communauté</li> <li>• Déterminer les sites appropriés pour la prestation de soins de santé sexuelle et reproductive</li> </ul>
<b>Personnel de santé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluer les capacités du personnel</li> <li>• Déterminer les besoins et les niveaux de dotation en personnel</li> <li>• Concevoir et planifier la formation du personnel</li> </ul>
<b>Système d'information de santé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inclure des informations sur la santé sexuelle et reproductive dans le système d'information de santé</li> </ul>
<b>Fournitures médicales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déterminer les besoins en produits de santé sexuelle et reproductive</li> <li>• Renforcer les lignes d'approvisionnement en produits de santé sexuelle et reproductive</li> </ul>
<b>Financement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déterminer les possibilités de financement de la santé sexuelle et reproductive</li> </ul>
<b>Gouvernance et leadership</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examiner les lois, politiques et protocoles relatifs à la santé sexuelle et reproductive</li> <li>• Coordonner les actions avec le ministère de la Santé du pays</li> <li>• Impliquer les communautés dans des actions de redevabilité</li> </ul>

Source : IAWG [7].

## DMU – Autres priorités en matière de santé sexuelle et reproductive : Soins liés à l'avortement sécurisé dans la pleine mesure de la loi

Les soins d'avortement sécurisé font référence à la fois à la prise en charge médicale de l'avortement (c.-à-d. en utilisant des médicaments, du misoprostol seul ou en association avec de la mifépristone, pour une interruption volontaire de grossesse, un avortement incomplet ou en cas de mort du fœtus in utero) et aux soins d'avortement chirurgical sécurisé ou post-avortement (c.-à-d. en utilisant une procédure sécurisée, telle que l'aspiration manuelle intra-utérine). Dans la mesure du possible, toutes les personnes qui ont subi un avortement devraient avoir accès à la contraception. Pour plus d'informations, voir le *Chapitre 5 : Soins d'avortement*.

L'avortement non sécurisé est l'une des quatre causes obstétricales directes les plus fréquentes de décès maternel dans le monde et l'on estime qu'il est à l'origine de 4,7 % à 13,2 % des décès maternels [35]. On estime que 73 millions d'interruptions volontaires de grossesse ont lieu chaque année et qu'environ 45 % de la totalité des avortements sont pratiqués dans des conditions dangereuses, dont 97 % dans des pays à faibles ressources [36].

### Des grossesses non désirées arrivent n'importe où : Position de l'IPPF

L'IPPF continue de plaider en faveur de l'inclusion de soins d'avortement sécurisé dans les soins sexuels et reproductifs et de veiller à ce qu'il en aille ainsi. Les soins liés à l'avortement sécurisé constituent une composante fondamentale des soins sexuels et reproductifs afin de répondre aux besoins essentiels de chacune et chacun.

Cette stratégie devrait être poursuivie dans les situations de crise et d'urgence humanitaire et l'accès à des soins liés à l'avortement sécurisé devrait être assuré en adoptant une approche fondée sur les droits.

Le DMU préconise la prestation de soins d'avortement sécurisé de bonne qualité dans la pleine mesure de la loi. Une pareille approche adhère aux valeurs et à la mission de l'IPPF de veiller à ce que chacune et chacun puissent exercer leur droit humain d'accès à l'avortement sécurisé en tant qu'élément essentiel et intégral de tout ensemble de soins de santé sexuelle et reproductive, lorsqu'ils en ont besoin, qu'ils vivent dans un environnement stable ou traversent une crise humanitaire.

## 2.2. Trousses de santé reproductive interorganisations pour soutenir le DMU dans les situations de crise

L'UNFPA a créé les trousses de santé reproductive interorganisations (IARH) pour soutenir les fournitures et la logistique dans les situations d'urgence au début d'une crise humanitaire [3]. Les 13 trousses IARH, regroupées en trois ensembles ou blocs, sont conçues pour fournir le matériel essentiel nécessaire à la réalisation des objectifs spécifiques du DMU (à l'exception de la trousse 0, qui correspond à l'administration et à la formation). Par exemple, pour soutenir les activités cliniques visées à l'objectif n° 2 du DMU (prévenir la violence sexuelle et répondre aux besoins des survivant-e-s), selon les capacités, un établissement de santé clinique peut nécessiter la trousse 3 (traitement post-viol), la trousse 8 (prise en charge des complications de fausse couche ou d'avortement) et/ou la trousse 9 (fournitures nécessaires pour réparer les déchirures cervicales et vaginales et effectuer un examen vaginal). Des trousses similaires pour les soins aux nouveau-nés dans les situations d'urgence ont été mises au point et peuvent être commandées auprès de l'UNICEF. Tous les établissements de santé n'auront pas besoin de toutes les trousses.

### 2.2.1 Rapport entre les objectifs du DMU et les trousses IARH

Chacune des 13 trousses IARH est préemballée pour servir un nombre estimé de clients pendant une période de 3 mois : le bloc 1 comprend les trousses 0 à 5 pour 10 000 personnes, le bloc 2 comprend les trousses 6 à 10 pour 30 000 personnes et le bloc 3 comprend les trousses 11 et 12 pour 150 000 personnes, comme illustré dans le manuel de terrain du Groupe de travail interorganisations [7]. Le Bureau de pays des Nations Unies peut apporter de l'aide pour la commande de trousses IARH ou bien vous pouvez contacter [HumanitarianSRHsupplies@unfpa.org](mailto:HumanitarianSRHsupplies@unfpa.org)

Plusieurs ressources sont disponibles pour aider au calcul du nombre de fournitures nécessaires, y compris un calculateur du DMU en ligne [37] et le manuel des trousses IARH [3]. Le minimum d'informations requises est le nombre de personnes touchées.



### 3. Soins complets de santé sexuelle et reproductive

À mesure que la situation de crise se stabilise et que le système de santé se rétablit, les soins de santé sexuelle et reproductive devraient réintégrer le système de santé primaire et s'élargir pour inclure des soins complets de santé sexuelle et reproductive. Il est indispensable que les soins de santé atteignent les populations les plus pauvres et les marginalisées.

#### 3.1 Transition du DMU aux soins complets de santé sexuelle et reproductive une fois la situation stabilisée

Les projets humanitaires qui fournissent le DMU sont destinés à être des interventions provisoires qui répondent aux besoins des populations touchées par des crises. Dès le déclenchement de l'intervention, il est crucial de planifier une stratégie de sortie ou de transition en vue d'assurer la fourniture de soins complets de santé sexuelle et reproductive (tels que les soins prénatals et postnatals, des services de gynécologie, etc.). Pour que la transition se fasse en douceur, il est nécessaire de réfléchir très tôt à la question de la durabilité, de consulter régulièrement les partenaires et les parties prenantes et de communiquer en permanence avec la population touchée.

Les meilleures stratégies de transition comportent les volets suivants :

- L'évaluation des difficultés locales en matière de santé sexuelle et reproductive et l'élaboration de plans de passage de relais, en consultation avec le ministère de la Santé et d'autres partenaires, y compris des organisations communautaires. Il est essentiel de tenir compte des voix des communautés marginalisées et mal desservies dans l'élaboration d'un plan global en matière de santé sexuelle et reproductive.
- Quand une intervention touche à sa fin, les modalités doivent être prévues pour la remise des supports, du matériel, des médicaments et des produits du programme d'urgence au programme ordinaire. La remise de ces ressources peut contribuer à une transition en douceur et accroître les capacités de prestation de soins complets en matière de santé sexuelle et reproductive.
- Les soins du personnel doivent être assurés pendant et après l'intervention.

- Il convient de veiller à la collaboration avec les partenaires et de prévoir un mécanisme d'orientation pour assurer l'accès à toutes les composantes des soins complets de santé sexuelle et reproductive qui ne sont pas fournis par l'association membre.
- Des investissements sont à engager dans les compétences et les capacités du personnel disponible afin d'assurer la prestation de soins complets de santé sexuelle et reproductive.

### 4. Assistance dans les situations de crise humanitaire

L'IPPF comporte une équipe humanitaire mondiale spécialisée dans la mise en œuvre du DMU dans les situations de crise et capable d'aider au niveau des questions de logistique de sécurité et d'urgence. Le programme humanitaire de l'IPPF fournit un modèle distinct pour soutenir la santé et les droits sexuels et reproductifs en situation de crise, en faisant le lien entre les principaux éléments de l'action humanitaire (prévention, préparation, intervention, relèvement et résilience) avec une démarche de développement à long terme et équitable.

**S'il se produit une crise humanitaire dans votre pays, il est possible que l'équipe humanitaire soit en mesure de vous aider. Veuillez contacter [humanitarianalert@ippf.org](mailto:humanitarianalert@ippf.org) ou prenez contact avec votre interlocuteur humanitaire national ou régional.**

## 5. Bibliographie

- [1] Sphère. Le manuel Sphère. Charte humanitaire et les standards minimums de l'intervention humanitaire. Disponible à : <https://spherestandards.org/fr/standards-humanitaires/la-charte-humanitaire/>. Site consulté le 16 avril 2020.
- [2] Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires. Aperçu de la situation humanitaire mondiale 2021. Genève: OCHA; 2021. Disponible à : <https://www.unocha.org/global-humanitarian-overview-2020>. Site consulté le 18 mars 2022.
- [3] Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire. Inter-Agency Reproductive Health Kits 6th edition – Manual. Disponible à : <https://iawg.net/resources/inter-agency-reproductive-health-kits-6th-edition-manual>. Site consulté le 25 mai 2021.
- [4] Fonds des Nations Unies pour la population. Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, édition du 20<sup>e</sup> anniversaire. New York: UNFPA; 2014. Disponible à : <https://www.unfpa.org/fr/publications/programme-daction-de-la-conference-internationale-sur-la-population-et-le>. Site consulté le 10 avril 2020.
- [5] Starrs AM, Ezeh AC, Barker G, et al. Accelerate progress-sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission. *Lancet*. 2018;391(10140):2642–2692.
- [6] Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire. Committee and Members. New York: IAWG; 2020. Disponible à : <https://iawg.net/about/committee-members>. Site consulté le 8 juin 2020.
- [7] Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire. Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire. New York: IAWG; 2018. Disponible à : <https://www.medbox.org/pdf/5e148832db60a2044c2d20ad>. Site consulté le 9 avril 2020.
- [8] Fédération internationale pour la planification familiale. Évaluation de l'état de préparation au DMU. 2020. Disponible à : [https://fp2030.org/sites/default/files/ready\\_to\\_save\\_lives/FP2020\\_MRA\\_WEB\\_FINAL\\_FR.pdf](https://fp2030.org/sites/default/files/ready_to_save_lives/FP2020_MRA_WEB_FINAL_FR.pdf). Site consulté le 29 avril 2022.
- [9] Family Planning 2020, Fédération internationale pour la planification familiale, John Snow, Inc., Women's Refugee Commission, Fonds des Nations Unies pour la population. Ready to Save Lives. Sexual and Reproductive Health Care in Emergencies. Washington, DC : FP2020; 2020. <https://reliefweb.int/report/world/ready-save-lives-preparedness-toolkit-sexual-and-reproductive-health-care-emergencies>. Site consulté le 1 octobre 2021.
- [10] Fédération internationale pour la planification familiale [site Internet]. Our priorities: Humanitarian. Disponible à : <https://www.ippf.org/humanitarian>. Site consulté le 19 mars 2022.
- [11] Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire. Universal and adaptable information, education and communication (IEC) templates on the MISRP. New York: IAWG; 2016. Disponible à : <https://iawg.net/resources/iec-templates-misp>. Site consulté le 12 juillet 2021.
- [12] Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire. La santé du nouveau-né en situations de crise humanitaire: Guide de terrain. New York: IAWG; 2018. Disponible à : <https://www.healthynewbornnetwork.org/resource/newborn-health-humanitarian-settings-field-guide/>. Site consulté le 12 juillet 2021.
- [13] Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire. Boîte à outils pour la santé sexuelle et reproductive des adolescent-e-s (SSRA) en situations de crise humanitaire: Édition de 2020. New York: IAWG; 2020. Disponible à : <https://iawg.net/resources/adolescent-sexual-and-reproductive-health-asrhtoolkit-for-humanitarian-settings-2020-edition/la-version-fran%C3%A7aise-de-la-la-bo%C3%A9te-%C3%A0-outils-pour-la-sant%C3%A9-sexuelle-et-reproductive-des-adolescent-e-s-ssra>. Site consulté le 12 juillet 2021.
- [14] Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire. Directives programmatiques pour la santé sexuelle et reproductive dans les situations de crise humanitaire et les contextes fragiles pendant la pandémie du covid-19. New York: IAWG; 2020. Disponible à : [https://cdn.iawg.rgn.io/documents/Full-Programmatic-Guidance\\_FRENCH\\_EW.pdf?mtime=20200410210153&focal=none#asset:31425](https://cdn.iawg.rgn.io/documents/Full-Programmatic-Guidance_FRENCH_EW.pdf?mtime=20200410210153&focal=none#asset:31425). Site consulté le 12 juillet 2021.

- [15] Comité permanent interorganisations. Guidance note: Using the cluster approach to strengthen humanitarian response. Genève: IASC ; 2006. Disponible à : <https://www.humanitarianresponse.info/en/coordination/clusters/document/iasc-guidance-note-using-cluster-approach-strengthen-humanitarian>. Site consulté le 21 mars 2022.
- [16] Organisation mondiale de la Santé. Violence against women: Intimate partner and sexual violence against women: Evidence Brief. Genève: OMS ; 2019. Disponible à : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329889>. Site consulté le 14 avril 2020.
- [17] Comité permanent interorganisations. Directives pour l'intégration d'interventions ciblant la violence basée sur le genre dans l'action humanitaire. IASC: Genève; 2015. Disponible à : [https://gbvguidelines.org/wp/wp-content/uploads/2016/03/2015-IASC-Directrices-VBG\\_version-francaise.pdf](https://gbvguidelines.org/wp/wp-content/uploads/2016/03/2015-IASC-Directrices-VBG_version-francaise.pdf). Site consulté le 9 avril 2020.
- [18] Fonds des Nations Unies pour la population [site Internet]. Violence basée sur le genre. Juin 2022. Disponible à : <https://www.unfpa.org/fr/violence-bas%C3%A9e-sur-le-genre>. Site consulté le 13 juillet 2022.
- [19] Holmes R, Bhuvanendra D. Preventing and responding to gender-based violence in humanitarian crises. Network Paper No. 77. Londres: HPN/ ODI; 2014. Disponible à : [http://odihpn.org/wp-content/uploads/2014/02/NP\\_77\\_web.pdf](http://odihpn.org/wp-content/uploads/2014/02/NP_77_web.pdf). Site consulté le 10 avril 2020.
- [20] Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. Unseen, Unheard: Gender-based violence in disasters: Global study. Genève: IFRC ; 2015. Disponible à : <https://www.ifrc.org/document/unseen-unheard-gender-based-violence-disasters>. Site consulté le 9 avril 2020.
- [21] Fonds des Nations Unies pour la population. Normes minimales interorganisations pour la programmation d'actions de lutte contre la violence basée sur genre dans les situations d'urgence. New York: UNFPA; 2019. Disponible à : [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Minimum%20Standards.FRENCH.Final\\_.2020.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Minimum%20Standards.FRENCH.Final_.2020.pdf). Consulté le 29 mai 2020.
- [22] Organisation mondiale de la Santé. Soins de santé pour les femmes victimes d'actes de violence commis par un partenaire intime ou d'actes de violence sexuelle: manuel clinique. Genève: OMS ; 2014. Disponible à : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/204236>. Consulté le 22 avril 2020.
- [23] Bott S, Guedes A, Claramunt MC, Guezmes A. Improving the Health Sector Response to Gender Based Violence: A Resource Manual for Health Care Professionals in Developing Countries. New York: IPPF/ WHR; 2010. Disponible à : [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/GBV\\_cdbookletANDmanual\\_FA\\_FINAL%5b1%5d.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/GBV_cdbookletANDmanual_FA_FINAL%5b1%5d.pdf). Consulté le 29 mai 2020.
- [24] Comité international de secours. Screening for Gender-Based Violence in Primary Health Facilities in Humanitarian Settings; Implementation Guidelines and Recommendations for IRC Programs. New York: IRC ; 2015. Disponible à : <https://gbvresponders.org/wp-content/uploads/2019/01/GBV-Screening-implementation-guide.pdf>. Consulté le 29 mai 2020.
- [25] Organisation mondiale de la Santé. Mise en place de programmes d'évaluation externe de la qualité appliqués au dépistage des infections transmissibles par transfusion dans les dons de sang: guide pratique. Genève: OMS; 2016. Disponible à : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259373>. Site consulté le 21 mars 2022.
- [26] Organisation mondiale de la Santé. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: Recommendations for a public health approach, second edition. Genève: OMS ; 2016. Disponible à : <http://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en/>. Consulté le 12 février 2020.
- [27] Organisation mondiale de la Santé. Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of co-trimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children: Recommendations for a public health approach – December 2014 supplement to the 2013 consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Genève: OMS; 2014. Disponible à : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/145719>. Consulté le 20 février 2020.
- [28] Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Fonds des Nations Unies pour la population, Groupe de la Banque mondiale, Division de la population des Nations Unies. Évolution de la mortalité maternelle: 2000 à 2017. Genève: OMS; 2019. Disponible à : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332962>. Site consulté le 9 avril 2020.
- [29] Fonds des Nations Unies pour la population [site Internet]. Santé maternelle. Mai 2022. Disponible à : <https://www.unfpa.org/fr/sant%C3%A9-maternelle>. Site consulté le 13 juillet 2022.
- [30] Organisation mondiale de la Santé [site Internet]. Mortalité maternelle: principaux repères. 2019. Disponible à : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>. Consulté le 29 mai 2020.

- [31] Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire. Newborn Health in Humanitarian Settings. New York: UNICEF, Save the Children; 2018. Disponible à : <https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/NewBornHealthBook-Production2017-V4b-WEB.pdf>. Consulté le 16 juillet 2020.
- [32] Organisation mondiale de la Santé. WHO statement on caesarean section rates. Genève: OMS; 2015. Disponible à : [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO\\_RHR\\_15.02\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf). Consulté le 15 avril 2022.
- [33] Saifuddin A, Li Q, Liu L, Tsui AO. Maternal deaths averted by contraceptive use: an analysis of 172 countries. *Lancet*. 2012;380(9837):111–125.
- [34] Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire. Planning for Comprehensive Sexual and Reproductive Health (SRH) in Crisis-Affected Settings. New York: IAWG; 2021. Disponible à : <https://iawg.net/resources/planning-for-comprehensive-sexual-and-reproductive-health-srh-in-crisis-affected-settings>. Consulté le 15 juillet 2021.
- [35] Say L, Chou D, Gemmill A, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Global Health*. 2014;2(6):e323–e333.
- [36] Organisation mondiale de la Santé [site Internet]. Avortement : Principaux faits. Novembre 2021. Disponible à : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/abortion>. Consulté le 22 mars 2022.
- [37] Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire. Minimum Initial Service Package (MISP) Calculators. New York: IAWG; 2019. Disponible à : <https://iawg.net/resources/misp-calculator>. Consulté le 8 juin 2020

## 5.1 Ressources

Women's Refugee Commission, Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire. Dispositif minimum d'urgence (DMU) pour la santé sexuelle et reproductive (SSR) en situations de crise: Un module d'apprentissage à distance. New York: IAWG; 2019. Disponible à : <https://iawg.net/resources/minimum-initial-service-package-distance-learning-module>. Site consulté le 9 avril 2020.



Publié en juillet 2022 par International Planned Parenthood Federation

4 Newhams Row, Londres SE1 3UZ, Royaume-Uni

tél. +44 (0)20 7939 8200

fax +44 (0)20 7939 8300

web [www.ippf.org](http://www.ippf.org)

e-mail [info@ippf.org](mailto:info@ippf.org)

Œuvre de bienfaisance britannique enregistrée sous le n° 229476

Twitter : @IPPF

Facebook : IPPF Global

Instagram : IPPF Global

**Contacts presse**

Veillez envoyer un e-mail à

[media@ippf.org](mailto:media@ippf.org) ou appeler le

+44 (0)20 7939 8200