

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION
DIRECTION DE LA SANTÉ DE LA FAMILLE (DSF/MSPP)



MANUEL DE NORMES EN PLANIFICATION FAMILIALE

JUILLET 2019

TABLE DES MATIÈRES

VOLUME I - INTRODUCTION	8
1.. MISE EN CONTEXTE.....	10
2.. PORTÉE ET OBJECTIFS DU MANUEL DE NORMES	10
2.1. PORTÉE DU MANUEL	10
2.2. OBJECTIFS DU MANUEL.....	11
3.. CADRE DE RÉFÉRENCE POUR LA PF EN HAÏTI	12
3.1. ORIENTATIONS NATIONALES POUR LE DÉVELOPPEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ.....	12
3.2. POLITIQUE DE SERVICES EN PLANIFICATION FAMILIALE	14
3.2.1. <i>Orientations relatives à l'offre de services, dans le PSN SSR</i>	14
3.2.2. <i>Autres éléments de politique</i>	16
VOLUME II -PRESTATION DE SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE	17
4.. MÉTHODES PRÉCONISÉES DANS LE CADRE DU PROGRAMME NATIONAL DE PLANIFICATION FAMILIALE	19
5.. NORMES ET STANDARDS DE PRESTATION DE SERVICES	21
5.1. LES DISPOSITIFS INTRA-UTÉRINS	21
5.1.1. <i>Accueil-Orientation</i>	22
5.1.2. <i>Counseling</i>	22
5.1.3. <i>Évaluation des risques</i>	23
5.1.4. <i>Prescription/Administration de la méthode</i>	24
5.1.5. <i>Suivi de la méthode</i>	25
5.2. LES MÉTHODES HORMONALES	26
5.2.1. <i>Accueil-Orientation</i>	26
5.2.2. <i>Counseling</i>	26
5.2.3. <i>Évaluation des risques</i>	27
5.2.4. <i>Prescription/Administration de la méthode</i>	28
5.2.5. <i>Suivi de la méthode</i>	28

5.3.	LES MÉTHODES DITES DE « BARRIÈRE ».....	30
5.3.1.	Accueil-Orientation.....	30
5.3.2.	Counseling.....	30
5.3.3.	Évaluation des risques.....	30
5.3.4.	Prescription/Administration de la méthode.....	30
5.3.5.	Suivi de la méthode.....	30
5.4.	LES MÉTHODES DÉFINITIVES	31
5.4.1.	Accueil-Orientation.....	31
5.4.2.	Counseling.....	31
5.4.3.	Évaluation des risques.....	31
5.4.4.	Prescription/Administration de la méthode.....	32
5.4.5.	Suivi de la méthode.....	33
5.5.	QUELQUES PARTICULARITÉS	33
6..	RESSOURCES CLÉS POUR LA PRESTATION DE SERVICES PF	36
VOLUME III - ORGANISATION DES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE		41
7..	PAQUET DE SERVICES PAR NIVEAU DE SOINS.....	43
7.1.	LE PAQUET PF AU NIVEAU PRIMAIRE	43
7.1.1.	Centre Communautaire de Santé (CCS)	43
7.1.2.	Centre de Santé (CS)	44
7.1.3.	Hôpital Communautaire de Référence (HCR).....	44
7.2.	LE PAQUET PF À L'HÔPITAL DÉPARTEMENTAL (HD).....	45
7.3.	L'APPORT DES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES ET/OU SPÉCIALISÉS.....	45
8..	NORMES ET STANDARDS D'ORGANISATION DES SERVICES.....	47
8.1.	LE DISPOSITIF DE PRESTATION DE SERVICES	47
8.1.1.	La prise en charge en milieu institutionnel.....	47
8.1.2.	La prise en charge communautaire.....	49
8.1.3.	La Clinique Mobile.....	50
8.2.	ACTIVITÉS DE PRISE EN CHARGE	51
8.2.1.	Accueil.....	51
8.2.2.	Counseling.....	52
8.2.3.	Évaluation des risques – Consultation	53
8.2.4.	Initiation de la méthode.....	53
8.2.5.	Suivi du client/de la cliente.....	54

8.2.6.	<i>Prise en charge des effets secondaires et des complications</i>	55
8.2.7.	<i>Retrait de méthode</i>	55
8.3.	INTÉGRATION AVEC LES AUTRES COMPOSANTES DE L'OFFRE DE SERVICES	56
8.3.1.	<i>Prise en charge de la grossesse</i>	56
8.3.2.	<i>Prise en charge de l'accouchement</i>	56
8.3.3.	<i>Prise en charge des enfants</i>	57
8.3.4.	<i>Prise en charge du VIH</i>	57
8.3.5.	<i>Communication et Éducation pour la Santé (EPS)</i>	58
9..	RESSOURCES CLÉS POUR L'ORGANISATION DES SERVICES PF	58
VOLUME IV - GESTION DES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE		58
10..	NORMES ET STANDARDS DE GESTION DES SERVICES PF	60
10.1.	PLANIFICATION DES ACTIVITÉS	60
10.2.	RAPPORTAGE, SUIVI ET ÉVALUATION	60
10.3.	GESTION DE LA QUALITÉ DES SERVICES	61
10.3.1.	<i>Supervision</i>	62
10.3.2.	<i>Rencontres mensuelles de suivi</i>	62
10.3.3.	<i>Revue de cas</i>	62
10.4.	APPROVISIONNEMENT EN CONTRACEPTIFS ET INTRANTS ESSENTIELS	63
11..	RESSOURCES CLÉS POUR LA GESTION DES SERVICES PF	63
ANNEXES		66
ANNEXE 1.. FICHES TECHNIQUES POUR LES MÉTHODES PF AGRÉÉES		68
ANNEXE 2.. FICHES TECHNIQUES POUR LA PRISE EN CHARGE DES EFFETS SECONDAIRES DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES		106
A -	PRISE EN CHARGE DES EFFETS SECONDAIRES DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES À PROGESTATIF SEUL	106
B -	PRISE EN CHARGE DES EFFETS SECONDAIRES DES CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINÉS	109
C -	PRISE EN CHARGE DES EFFETS SECONDAIRES DES MÉTHODES DE STÉRILISATION	111
ANNEXE 3.. STANDARDS POUR L'OFFRE DE SERVICES DE PRESTATION FAMILIALE		112
A -	STANDARDS DE PRESTATION DE SERVICES	112
B -	STANDARDS D'ORGANISATION DES SERVICES	113
C -	STANDARDS DE GESTION DES SERVICES	114
ANNEXE 4.. DOCUMENTS OFFICIELS RELATIFS À LA PF (EN VIGUEUR AU 30 JUIN 2019)		115
A -	ARRÊTÉ PRÉSIDENTIEL DE MAI 2013	116
B -	ENGAGEMENTS POUR L'ACCÉLÉRATION DE LA PF (2018)	120

AVANT PROPOS

Le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) fidèle à sa mission de “Garantir à tous les citoyens sans distinction le droit à la vie, à la santé et leur assurer les moyens appropriés pour la protection, le maintien et le rétablissement de leur santé” a fait de la réduction de la mortalité maternelle l’un des axes prioritaires de sa politique sanitaire. Pour y parvenir, l’état haïtien à travers le MSPP s’est engagé au niveau national, régional et international pour renforcer l’utilisation des services de soins maternels et étendre la prévalence contraceptive pour les méthodes de longue durée et/ou permanentes. Dans cette perspective, la Direction de Santé de la Famille (DSF) du MSPP a remis à jour les normes nationales en planification familiale avec pour objectif de fournir aux prestataires et gestionnaires des directives adaptées en support aux stratégies et priorités définies dans le Plan National Stratégique Santé Sexuelle et de la Reproduction (PNSSR 2019-2023). Cet exercice de révision répond aux besoins de standardisation des pratiques de prestation, d’organisation et de gestion de services et de la disponibilité de nouvelles méthodes. La DSF remercie toutes celles et tous ceux d’horizons divers (consultants, partenaires, directions centrales et départementales, prestataires) qui ont collaboré et participé à cette mise à jour. Ce manuel révisé répond à la vision du Ministère de la Santé Publique et de la Population exprimée dans le plan stratégique SSR. Il est publié pour servir d’orientation et de guide pour tous les prestataires du secteur public comme du secteur privé, engagés dans l’offre des services de santé sexuelle et de contraception

Dr Reynold Grand’Pierre

Directeur Santé de la Famille / MSPP

COMITÉ TECHNIQUE DE RÉVISION

Reynold Grand’Pierre	DSF/MSPP
Herby Gérard Désir	DSF/MSPP
Ghislaine D’Alexis	DSF/MSPP
Marie Rolande Leblanc	DSF/MSPP
Frantz Montes	DG/MSPP
Réginalde G. Massé	USAID
Jean Pythagore Bijik	SHOPS-Plus/Abt Associates Inc
Djina Guillet Delatour	SHOPS-Plus/Abt Associates Inc
Veldony Argant	SHOPS-Plus/Abt Associates Inc
Jean Guy Honoré	HUEH/CHARESS
Floris Nesi	HUP
Ketna Jean Charles	AISFH
Batsch Jean Jumeau	SHOG
Cephora Anglade Musset	SHOG
Stephane Docteur	OHMASS
Sherley M. Villefranche	GHSC-PSM
Alix Michel D’Alexis	PROFAMIL
Gianni Decastro	PROFAMIL
Tania St Dic Viala	GHSC-PSM
Daniel Charles	GENESIS
Mario Laroche	GENESIS
André Megie	FOSREF
Martine Bermes	LOOP.CDN
Maurice Mainville	DPDH/MSPP
Vardine Jean Baptiste	UNFPA
Nahomy Antoine Baptiste	UNFPA

LISTE DES ACRONYMES

AMPR	Acétate de Médroxyprogestérone
ARV	Anti Rétro Viral
ASCP	Agent de Santé Communautaire Polyvalent
CCS	Centre Communautaire de Santé
CCV	Contraception Chirurgicale volontaire
CIPD	Conférence Internationale sur la Population et le Développement
COC	Contraceptifs Oraux Combinés
COP	Contraceptifs Oraux à Progestatifs seuls
CS	Centre de Santé
DIU	Dispositif Intra Utérin
DMPA	Dépôt-Médroxyprogestérone (dépo provera)
DMPA-SC	Dépôt-Médroxyprogestérone Sous-Cutané
DSF	Direction Santé de la Famille
EN-NET	Enanthate de Noréthistérone (Noristérat)
EPS	Éducation pour la Santé
HCG	Hormone Chorionique Gonadotrope
HCR	Hôpital Communautaire de Référence
HD	Hôpital Départemental
IM	Intramusculaire
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
ITG	Infection du Tractus Génital
IVA	Inspection Visuelle après application d'Acide acétique
MAMA	Méthode d'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée
MAST	Ministère des Affaires Sociales et du Travail
MCFDF	Ministère à la Condition Féminine et aux Droits de la Femme
MENFP	Ministère de l'Éducation Nationale et de la Formation Professionnelle
MICT	Ministère de l'Intérieur et des Collectivités Territoriales
MIP	Maladie Inflammatoire Pelvienne
MSPP	Ministère de la Santé Publique et de la Population
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé

PDS	Plan Directeur Santé
PES	Paquet Essentiel de Services
PF	Planification Familiale
PNS	Politique Nationale de Santé
PP	Pilules Progestatives
PSNSSR	Plan Stratégique Nationale de Santé Sexuelle et Reproductive
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SNADI	Système National d'Approvisionnement et de Distribution des Intrants
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SONUB	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets
SSR	Santé Sexuelle et Reproductive
TARV	Thérapie Anti Rétrovirale
VHB	Virus de l'Hépatite B
VIH	Virus d'Immunodéficience Humaine

VOLUME I - INTRODUCTION

1.. MISE EN CONTEXTE

La maîtrise de la fécondité et de la croissance démographique est un enjeu important dans la problématique du développement durable d'Haïti. La réalisation des aspirations légitimes des citoyens au bien-être collectif passe par l'instauration d'un équilibre optimal entre la taille de la population, ses besoins et le niveau de développement des ressources nationales. En ce sens, les services de planification familiale (PF) sont, depuis plusieurs décennies, une composante essentielle de l'offre de soins et services de santé planifiée par l'État haïtien au bénéfice de la population haïtienne.

Le Ministère de la Santé et de la Population (MSPP) vient de finaliser le Plan Stratégique National de Santé Sexuelle et Reproductive (PSNSSR) 2019-2023 qui trace les orientations dans ce domaine. Au moment d'aborder la mise en œuvre du PSNSSR, la Direction de Santé de la Famille a entrepris la mise à jour de son manuel de normes en planification familiale, élaboré en 2009. La démarche de révision du manuel, menée d'avril à juillet 2019, s'est appuyée sur la documentation récente et sur les contributions d'un panel d'acteurs avisés évoluant au sein du secteur, érigé en groupe technique de travail. La méthodologie utilisée a consisté à inventorier les principaux besoins de révision avant de dégager les pistes à explorer pour une meilleure adéquation des normes techniques en matière de PF. L'approche a tenu compte du souci d'intégration des avancées scientifiques, de la nécessité d'aligner les interventions sur les orientations, priorités et objectifs nationaux et, plus largement, de l'obligation de résultats à laquelle doit se soumettre le programme national de planification familiale. Le groupe technique de travail a assisté la DSF dans la validation des différents produits générés tout au long du processus de révision.

2.. PORTÉE ET OBJECTIFS DU MANUEL DE NORMES

2.1. PORTÉE DU MANUEL

Le présent manuel est principalement destiné au personnel du niveau opérationnel : prestataires de services et gestionnaires de la première ligne. Il doit être pour eux un outil de travail à consulter au quotidien pour la réalisation des différentes opérations de prestation de services et de support à la production de services.

Secondairement, le manuel pourra être exploité par les cadres intermédiaires assurant la gestion du programme national au niveau tactique : responsables de programme communaux ou départementaux, responsables de projet ou autres, ... en vue de planifier et conduire efficacement leurs activités d'encadrement du niveau opérationnel et de contrôle de la bonne marche du programme.

Le contenu du manuel offrira à tous les travailleurs de santé, quels que soit leur organisation d'attache et/ou leurs niveaux d'intervention, une mise en perspective globale et intégrée du programme national de planification familiale. En effet, le manuel est organisé en quatre (4) volumes :

- a) Le premier est consacré à des généralités sur le système de santé et la PF en Haïti. Les trois (3) chapitres font ressortir le contexte d'élaboration du manuel, la portée et les objectifs du manuel de normes, ainsi que les principaux éléments de la politique de services en matière de PF.
- b) Le second traite de la prestation de services de PF et comporte quatre (4) chapitres. Ils couvrent : la présentation des méthodes préconisées par le programme, les normes et standards de prestation de services et les ressources clés pour la prestation de services.
- c) Le troisième est dédié à l'organisation des services PF. On y retrouve quatre (4) chapitres qui abordent : la présentation des paquets de services PF par niveau de soins, les normes et standards d'organisation de services PF et les ressources clés pour l'organisation de services PF.
- d) Le dernier aborde le thème de la gestion des services PF, en faisant ressortir : les normes et standards de gestion de services PF et les ressources clés pour la gestion de services PF.

Le manuel propose aussi en annexe des documents officiels relatifs à la PF et des fiches techniques détaillées sur un ensemble de méthodes, celles préconisées dans le cadre du programme national ainsi que d'autres méthodes agréées en Haïti ou couramment évoquées dans la littérature.

2.2. OBJECTIFS DU MANUEL

Comme mentionné antérieurement, la révision du manuel de normes s'inscrit dans une démarche d'amélioration de la performance du programme national de planification familiale. Ainsi, le manuel doit contribuer au développement de l'offre de services PF, dans le cadre des orientations nationales.

De manière générale, le manuel a pour objectif de ***Fournir aux prestataires et gestionnaires des directives adaptées, en support aux stratégies et priorités définies dans le PSN SSR 19-23.***

Plus spécifiquement, le manuel vise à :

- i. Supporter l'introduction des nouvelles méthodes PF décrites dans le PSN SSR ;
- ii. Standardiser les pratiques de prestation, d'organisation et de gestion de services PF.

3.. CADRE DE RÉFÉRENCE POUR LA PF EN HAÏTI

Le cadre de référence pour la mise en œuvre du programme national de planification familiale est constitué de deux (2) piliers : les axes de développement du système de santé et les politiques de services en planification familiale.

3.1. ORIENTATIONS NATIONALES POUR LE DÉVELOPPEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ

L'articulation du programme national de planification familiale avec les orientations et priorités de développement du système de santé est essentielle pour une performance optimale. Une telle articulation sera, en grande partie, réalisée à travers les normes en vigueur. La Politique Nationale de Santé (PNS) et Plan Directeur Santé 2012-2022 (PDS), élaborés en 2012, décrivent les orientations adoptées pour le développement du système de santé haïtien. La PNS et le PDS s'inscrivent dans la conformité à un ensemble de textes : référents constitutionnels et légaux, conventions, accords et traités internationaux. On citera, entre autres, les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)¹, dont quatre (4) adressaient directement des problèmes de santé.

Encadré 1. Les huit Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)

1. Réduire l'extrême pauvreté et la faim.
2. Assurer l'éducation primaire pour tous.
3. Promouvoir l'égalité et l'autonomisation des femmes.
4. Réduire la mortalité infantile.
5. Améliorer la santé maternelle.
6. Combattre les maladies.
7. Assurer un environnement humain durable.
8. Mettre en place un partenariat mondial pour le développement.

Dans les documents suscités, le MSPP expose sa vision du système, à travers les principes et

¹ L'approche a évolué entretemps, avec l'émergence des Objectifs de Développement Durable (ODD), au nombre de dix-sept (17). L'objectif #3 « Bonne santé et Bien-être » décline une dizaine de cibles, avec l'emphasis sur l'accès aux services de planification familiale.

valeurs qui guident son action, les objectifs à atteindre et ses axes d'intervention privilégiés.

- La vision est centrée sur la réduction de la morbi-mortalité et l'accès équitable à des soins et services de qualité.
- L'autorité sanitaire affirme l'adhésion aux principes d'Universalité, Globalité, Équité et Qualité et à des valeurs comme : le Droit à la vie et à la santé, la Solidarité, la Participation citoyenne, l'Efficiencia.
- La réalisation d'une couverture sanitaire optimale, l'exploitation optimale des ressources et la satisfaction des besoins essentiels de la population sont au cœur des objectifs définis pour la décennie en cours.
- Un axe majeur de la stratégie d'intervention est l'extension de l'offre de soins et services, via la réorganisation du modèle de soins. Le PDS met aussi l'accent sur l'Intégration et l'Intersectorialité, comme éléments de stratégie importants.

Encadré 2. Objectifs de la Politique Nationale de Santé

Objectif général

Assurer la réduction de la morbidité et de la mortalité, liées aux principaux problèmes de santé identifiés, à partir d'un système de santé adéquat, efficient, accessible et universel.

Objectifs Spécifiques

- ◆ Établir un système de santé capable d'assurer la couverture sanitaire totale du pays et de satisfaire les besoins essentiels de la population en matière de santé tout en promouvant l'articulation des médecines moderne et traditionnelle.
- ◆ Assurer le leadership du MSPP pour, d'une part la surveillance et la garantie de la qualité de l'état de santé de la population, d'autre part l'application de la régulation sanitaire et l'accréditation des institutions de santé et de formation.
- ◆ Assurer un financement adéquat du système de santé à partir de l'augmentation progressive du pourcentage du budget du trésor public alloué à la santé.
- ◆ Rationaliser l'utilisation des ressources disponibles en réalisant l'alignement des bailleurs de fonds sur les priorités nationales dans le cadre d'un partenariat basé sur la performance et la reddition de compte.
- ◆ Mettre en place un système d'urgences à tous les niveaux capable de donner des réponses structurées aux dommages dus aux événements naturels ou autres.
- ◆ Garantir l'atteinte des buts et objectifs découlant des engagements nationaux et internationaux.

L'option de réorganisation du modèle de soins inclut la redéfinition de la pyramide de soins et de l'offre de services, avec l'introduction d'un 3^{ème} échelon au niveau primaire, l'extension du réseau communautaire de services - à travers le déploiement des Agents de Santé Communautaire Polyvalents (ASCP) - et l'introduction du Paquet Essentiel de Services (PES)².

² Le Manuel du PES a été adopté en juillet 2015.

Encadré 3 - Principes Directeurs et Valeurs

Les principes directeurs, normes et règles de conduite sur lesquels est construite la politique de santé gouvernent également le Plan Directeur de Santé. Il s'agit de : Universalité, Globalité, Équité et Qualité.

- ◆ Le Principe d'Universalité garantit à tous les individus vivant sur le territoire haïtien un accès facile à tous les éléments et à toutes les interventions sans distinction de sexe, d'appartenance sociale ou religieuse, de lieu de résidence, etc.
- ◆ Le Principe de Globalité garantit à chaque individu des soins compréhensifs visant l'ensemble de ses besoins en matière de santé.
- ◆ Le Principe d'Équité garantit à tous les bénéficiaires du système des soins de qualité égale, quelque soient leur lieu de résidence et leur statut socio-économique.
- ◆ Le Principe de Qualité fait obligation à l'ensemble des prestataires de soins et services de développer leurs interventions et de prodiguer les soins de santé avec l'assurance de qualité maximale que permet le développement technologique et les ressources financières du pays.

Les valeurs, convictions qui dirigent et régissent les choix, qui sous-tendent la politique et le Plan Directeur de Santé sont : le droit à la vie et à la santé, la solidarité, la participation citoyenne et l'efficacité.

3.2. POLITIQUE DE SERVICES EN PLANIFICATION FAMILIALE

En l'absence d'un document spécifique traitant de la question, divers éléments de politique de services en planification familiale sont retrouvés dans le PSN SSR 2019-2023 et aussi dans d'autres documents officiels, tels le PDS et l'arrêté présidentiel de mai 2013 sur les services de planification familiale. Les dites orientations sont déterminées par : les avancées scientifiques réalisées, les tendances et orientations internationales et enfin les choix des autorités nationales. Le PSN SSR recherche de manière systématique l'alignement avec le PDS et avec les engagements internationaux pris par l'État haïtien³.

3.2.1. ORIENTATIONS RELATIVES A L'OFFRE DE SERVICES, DANS LE PSN SSR

Le PSN SSR établit les grandes orientations en matière d'offre de services de PF, qui représente la principale composante de la politique de services en PF. On retiendra : les principes et valeurs, les objectifs, les priorités et stratégies d'intervention.

³ On peut citer notamment, en matière de SSR/PF, l'adhésion d'Haïti au Programme de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD-1994), aux résolutions de la 4^{ème} Conférence sur l'Intégration de la Femme dans le processus de Développement (1995), aux Engagements du Sommet international sur la planification familiale-Initiative FP2020 (2012) en soutien à la Stratégie mondiale pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents 2016-2030 (OMS).

Pilotage et Coordination

Le pilotage et la coordination du programme national de Planification Familiale relève de la DSF, dans le cadre de sa mission de « *Veiller à l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des politiques de santé de l'enfant, des adolescents/jeunes ainsi que de la santé de la reproduction* ».

Pour accomplir son mandat, la DSF développe des partenariats avec les entités centrales, départementales et locales concernées du MSPP, et avec des organisations privées, nationales et internationales, agréées par l'État haïtien et intéressées à la PF.

Principes et valeurs

Dans la lignée du PSN SSR, le programme national de Planification Familiale s'aligne sur les principes et valeurs véhiculés dans la PNS et le PDS (voir plus haut). Il est aussi traversé - de manière assez explicite - par diverses autres valeurs relevant de l'approche fondée sur les droits, prônée dans l'Initiative FP2020 : Autonomisation/Empowerment des femmes, Dignité de la personne, Respect de la personne, Liberté de choix, Confidentialité, Tolérance, Innocuité, ...

Objectifs du programme

Le programme a pour objectif général de :

1. Contribuer à l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive et le respect des droits y afférents pour les femmes, les enfants et les adolescents.
2. Réduire le taux de croissance de la population

Il poursuit, par ailleurs, les objectifs spécifiques suivants :

- Améliorer l'accès aux services de planification familiale de qualité en vue de réduire les besoins non couverts en matière de PF
- Augmenter l'utilisation des méthodes de contraception / la prévalence contraceptive
- Contribuer à réduire le nombre de grossesses précoces et/ou non-désirées chez les jeunes de 15-24 ans.

Priorités et Stratégies d'intervention

- ❖ Le programme est essentiellement axé sur la contraception et met peu d'emphasis sur l'infertilité.
- ❖ Il s'intéresse à l'ensemble de la population sexuellement active, en vue de satisfaire leurs besoins de contraception/planification familiale. Cependant, les stratégies développées visent à répondre aux besoins spécifiques de différents groupes-cibles/bénéficiaires.
- ❖ Les priorités actuelles sont :

- l'offre de méthodes contraceptives de longue durée, notamment en post-partum et post-abortum, et
 - l'accès accru des jeunes aux services de contraception.
- ❖ En regard des priorités établies et en vue d'atteindre ses objectifs, le programme favorisera des modèles opérationnels basés sur l'intégration et l'offre de proximité : diversification des méthodes, PF du Post-Partum, PF post-abortum, articulation avec les fonctions essentielles Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU), services spécifiques dédiés aux adolescents et aux jeunes (soins complets de qualité 15-24 ans), services communautaires et activités mobiles, ...
 - ❖ En ce qui a trait au profil des prestataires, historiquement, le programme de planification familiale s'est toujours appuyé sur différentes catégories de prestataires de services : travailleurs communautaires (promoteurs, agents de santé), auxiliaires-infirmières, infirmières, infirmière sage-femme et sage-femme, médecin généraliste ou spécialiste.
 - ❖ La délégation d'actes médicaux est courante dans le cadre du programme. La plupart des prestations sont fournies par des médecins généralistes, des infirmières ou encore des auxiliaires-infirmières, et non par des médecins spécialistes. Le nouveau manuel précise les choix et directives techniques en la matière.

3.2.2. AUTRES ÉLÉMENTS DE POLITIQUE

Outre les orientations relatives à l'offre, d'autres éléments de politique sont manifestes dans les documents et/ou les actions du MSPP.

Acquisition/Approvisionnement/Distribution

L'acquisition des contraceptifs destinés au secteur public se réalise actuellement dans le cadre des politiques et procédures du Système National d'Approvisionnement et Distribution des Intrants (SNADI), en fonction des besoins établis par la DSF. L'introduction de toute nouvelle méthode de contraception nécessite l'approbation du Ministère de la Santé Publique et de la Population.

Des approches de marketing social sont implémentées, avec l'autorisation du MSPP, pour certains produits comme les condoms, les contraceptifs injectables.

La commercialisation dans le privé à but lucratif est autorisée pour les produits contraceptifs répondant aux critères et procédures établies par le MSPP. La procédure d'accréditation de produits pharmaceutiques relève de la responsabilité de la Direction de Pharmacie.

Démédicalisation

Outre le transfert de responsabilités médicales à des professionnels non-médecins, le programme explore actuellement les options de démedicalisation et libéralisation de l'accès aux contraceptifs, ceci dans l'optique de l'autonomisation accrue des femmes. Ainsi, les approches de marketing social favorisent l'accès aux contraceptifs en dehors des établissements de soins. Le programme s'ouvre aussi à de nouvelles techniques permettant l'auto administration de contraceptifs : c'est le cas du DMPA-SC (Sayana Press®), que l'État s'est engagé à rendre disponible d'ici 2020.

Financement

La subvention des services PF est la règle, répondant au souci d'accessibilité financière du MSPP et de l'État haïtien. La gratuité des produits PF est assurée jusqu'ici grâce aux programmes de coopération externe. Le recouvrement de coûts est aussi pratiqué dans les approches de marketing social.

Pendant la période d'exécution du PSNSSR, l'État assumera progressivement une part croissante du financement des achats de contraceptifs.

Intersectorialité

Les liens entre le développement économique et social, l'émancipation des jeunes filles et des femmes, la protection de l'enfance et la fécondité, la croissance démographique n'est plus à démontrer. Dans le cadre de l'Initiative FP2020, le MSPP s'est engagé à renforcer le partenariat avec les Ministères de l'Éducation Nationale et de la Formation Professionnelle (MENFP), à la Condition Féminine et aux Droits de la Femme (MCFDF), de l'Intérieur et des Collectivités territoriales (MICT), à la Jeunesse, aux Sports et à l'Action Civique (MJSAC), des Affaires sociales et du Travail (MAST).

Plaidoyer, Engagement politique et Cadre légal

L'absence de dialogue politique et social sur la santé reproductive et la planification familiale est reconnue dans le PSNSSR. Les orientations tracées annoncent un regain d'attention envers ce volet, avec un renforcement de la communication avec différents groupes sociaux et la mobilisation sociale autour de la santé sexuelle et reproductive. Le renforcement du cadre légal en faveur du droit à la santé de la reproduction pour les jeunes et les adolescentes/adolescents est aussi à l'agenda du MSPP.

VOLUME II - PRESTATION DE SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE

4.. MÉTHODES PRÉCONISÉES DANS LE CADRE DU PROGRAMME NATIONAL DE PLANIFICATION FAMILIALE

Les méthodes contraceptives préconisées par le programme national sont au nombre de dix (10). Elles sont classées en deux grandes catégories :

- les méthodes réversibles
- les méthodes définitives.

Les méthodes réversibles comportent trois (3) sous catégories :

- Les dispositifs intra-utérins,
- les méthodes hormonales
- les méthodes dites « de barrière ».

Ce chapitre dresse de façon sommaire les principales caractéristiques des méthodes préconisées dans le cadre du programme national de planification familiale. Une description détaillée figure dans les fiches techniques présentées en annexe.

- **Les méthodes dites « de barrière »**

Les méthodes de barrière agissent en formant une «barrière» qui empêche les spermatozoïdes de pénétrer dans le canal cervical et donc de féconder un ovule. Le condom et le diaphragme sont les deux méthodes préconisées dans le cadre du programme national de planification familiale. Il en existe d'autres : la cape cervicale, l'éponge contraceptive, les spermicides⁴.

- **Les méthodes hormonales**

Les méthodes hormonales de contraception permettent aux femmes de contrôler leur pouvoir de fécondité. Elles sont réversibles et comptent parmi les méthodes les plus efficaces. Les contraceptifs hormonaux sont dits de « courte durée », lorsque la méthode doit être renouvelée sur base mensuelle ou trimestrielle, ou de « longue durée », quand la méthode couvre une période allant de trois (3) à douze (12) ans.

Le programme national de planification familiale propose quatre (4) méthodes hormonales :

- Les contraceptifs oraux combinés (COC) et les contraceptifs oraux à progestatif seul (COP, PP), appelés aussi mini pilules ;

⁴ Produits contenant un agent chimique (souvent nonoxynol-9) et un agent transporteur (glycérine, lactose, etc.), qui agissent principalement en détruisant les spermatozoïdes ou en les rendant inactifs.

- Les injectables à base de Dépo-Médroxyprogestérone acétate (DMPA), en injection intramusculaire ou en sous cutané ;
- Les plaques cutanées (patch) dont l'agent contraceptif est similaire aux COC ;
- Les implants, de trois variétés (Norplant, Jadelle, Implanon®) ;

Encadré 4. Méthodes préconisées dans le cadre du programme de planification familiale**I. MÉTHODES RÉVERSIBLES****A Les Dispositifs Intra utérins:**

- 1) Dispositif intra utérin (stérilet) : CopperT 380 A
- 2) DIU imprégné au lévonorgestrel

B Méthodes hormonales :

- 1) Les Implants
- 2) Les injectables
- 3) Les contraceptifs oraux : combinés ou progestatifs
- 4) Plaque cutanée (patch)

C Méthodes de « BARRIÈRE »

- 1) Le diaphragme
- 2) Le Condom

II. MÉTHODES DÉFINITIVES

- 1) Ligature/Section des trompes
- 2) Vasectomie

• Les dispositifs intra-utérins

Les dispositifs intra-utérins (DIU) sont des contraceptifs de longue durée, à action mécanique et/ou hormonale. Leur utilisation peut s'étaler sur dix (10) à douze (12) ans. Toutes les femmes en âge de procréer sont éligibles pour cette méthode, cependant elle intéresse surtout les femmes ou couple qui ne veulent plus d'enfants et qui refusent de recourir à une méthode de stérilisation.

Le programme national de planification familiale inclut dans cette catégorie:

- Le dispositif intra-utérin au cuivre ;
- Le dispositif intra-utérin imprégné au levonorgestrel, qui associe à l'appareil une hormone progestative.

• Les méthodes définitives⁵

Ce sont des méthodes chirurgicales, de stérilisation, intéressant surtout les couples ou individus qui ne veulent plus avoir d'enfants.

⁵ On utilise souvent pour les désigner l'expression « contraception chirurgicale volontaire » (CCV).

Le programme national de planification familiale préconise deux méthodes chirurgicales : la ligature/section des trompes et la vasectomie.

5.. NORMES ET STANDARDS DE PRESTATION DE SERVICES

La planification familiale est l'ensemble de moyens mis à la disposition des populations en âge de procréer pour contrôler et décider du principe de régulation de la reproduction. En ce sens, les services de planification familiale sont des bénéfices proposés aux couples et aux individus en âge de procréer, en vue du libre exercice de leur droit à maîtriser leur pouvoir de procréation.

Le programme national de planification familiale offre cinq (5) services spécifiques:

- i) L'accueil/orientation,
- ii) Le counseling en planification familiale,
- iii) L'évaluation de risque pour la PF,
- iv) La prescription/administration de méthode de contraception et
- v) Le suivi de la méthode (incluant la prise en charge des effets secondaires et complications, et le retrait de méthode).

Les normes et standards de prestation sont déclinés tenant compte :

- d'une part, des différentes catégories de méthodes décrites plus haut et,
- d'autre part, des services PF offerts aux clientes/clients.

Les choix en matière de prestation de services PF sont guidés par les standards suivants :

Les hommes et femmes en âge de procréer, en couple ou non, qui le désirent doivent bénéficier de services de PF de qualité, incluant la disponibilité d'une gamme diversifiée de méthodes sûres et efficaces, sans discrimination aucune, dans le respect de leurs droits sexuels et génésiques.

L'orientation des usagères/usagers en âge de procréer vers les services de PF doit être systématique au niveau de toutes les unités de soins de l'établissement de santé.

5.1. LES DISPOSITIFS INTRA-UTÉRINS

Les dispositifs intra-utérins (DIU) sont des méthodes de contraception de longue durée, utilisés surtout par des femmes ou des couples qui ne veulent plus avoir d'enfants. Ils sont aussi utilisés dans le post-abortum, dans le post-partum et aussi dans la contraception d'urgence.

5.1.1. ACCUEIL-ORIENTATION

Les normes et standards pour l'accueil-orientation en PF ne diffèrent pas en fonction de la méthode désirée par le/la client/e. L'accueil-orientation en PF est l'accompagnement fourni aux clientes/clients pour leur permettre d'évoluer au sein du système de soins, particulièrement des unités engagées dans la prestation de services PF. Tout le personnel de l'établissement est concerné par cet accompagnement, qui consiste en :

- Une information générale sur les modalités de prestation et sur la disponibilité de méthodes, et
- Une aide directe pour accéder à l'unité de soins appropriée (au sein du même établissement ou dans un autre établissement proche).

Ce service doit être dispensé dès la première visite de la demanderesse/du demandeur de PF et tout long de son histoire d'utilisatrice/utilisateur. Il repose sur une bonne connaissance par le prestataire du paquet de méthodes contraceptives préconisées par le programme national, sa connaissance de leur disponibilité au sein du système. Il fait appel aussi à ses capacités relationnelles.

Des relations empreintes de cordialité permettent de parvenir à la satisfaction de la cliente/du client. En toute situation, le personnel doit faire preuve d'empathie, de respect pour la cliente/le client. L'environnement de la consultation doit présenter un cachet d'intimité et de confidentialité.

Standards :

L'établissement de santé offre à ses usagères/usagers, acceptantes/acceptants et utilisatrices/utilisateurs PF un environnement sans discrimination, respectueux des droits sexuels et génésiques, empreint de convivialité et d'empathie, et favorable au développement d'une relation de confiance.

5.1.2. COUNSELING

Les normes et standards pour le counseling en PF ne diffèrent pas en fonction de la méthode désirée par le/la client/e. Le counseling est l'assistance-conseil procurée aux clientes/clients en vue d'une prise de décision éclairée dans l'exercice de leur droit de choisir librement une méthode PF, en garantissant l'intimité et la confidentialité des échanges. Le counseling consiste aussi à obtenir des informations sur la situation sociale, les besoins et les désirs de la cliente/du client, de façon à bien adapter les conseils qui lui seront prodigués. Ce service sera offert et dispensé lors de la visite initiale de la demanderesse/du demandeur et, ultérieurement, en fonction de nouveaux besoins.

Le conseiller devra :

- S'enquérir des raisons qui portent le client/ la cliente à rechercher la contraception, de ses attentes et préoccupations ;
- Bien cerner les besoins du client/de la cliente⁶ ;
- Vérifier que le client/la cliente est bien informé des options existant dans le cadre du programme, avec leurs avantages et inconvénients respectifs ;
- Donner au client et/ou à la cliente toutes les informations voulues sur la méthode choisie, notamment ses effets secondaires, les modalités de suivi, les signes d'alarme éventuels et la conduite à tenir en cas de complications, ...
- Une fois la décision prise, vérifier que le client/la cliente est bien imbu des exigences de la méthode et, s'agissant de méthodes réversibles, des modalités de retrait ;
- Faire signer par la cliente/le client la forme de consentement/acceptation en usage ;
- Au besoin, réorienter le client/la cliente pour la poursuite de sa prise en charge.

Standards :

L'établissement de santé fournit à ses usagers/usagers, acceptantes/acceptants et utilisatrices/utilisateurs PF une aide à la prise de décision personnalisée et efficace, adaptée à leurs besoins.

5.1.3. ÉVALUATION DES RISQUES

L'évaluation des risques liés à la contraception est un service technique proposé aux clients afin de les assurer qu'ils peuvent utiliser en toute sécurité la méthode contraceptive de leur choix.

- Un bilan de santé est nécessaire avant toute insertion de DIU. Ce bilan comporte une exploration de l'histoire personnelle et familiale de la cliente et un examen physique ciblé.
- Le bilan est orienté de manière à dépister divers facteurs de risque, conditions ou pathologies, qui compromettraient l'éligibilité de la cliente ou nécessitent des précautions particulières⁷.
- On citera, comme contre-indications :
 - une grossesse en cours,
 - une infection pelvienne aigue ou récente,

⁶ Relever les facteurs socioculturels (connaissances, attitudes et pratiques) susceptibles d'affecter l'utilisation continue d'une méthode de contraception.

⁷ Voir en annexe la fiche technique correspondante.

- un avortement infecté récent,
 - un cancer génital (ovaire, col ou corps de l'utérus),
 - une anomalie congénitale ou un fibrome utérin provoquant une déformation de la cavité utérine,
 - un saignement utérin anormal.
- L'examen doit toujours comporter un examen vaginal sous spéculum pour visualiser le col utérin et un toucher vaginal bi-manuel pour bien apprécier l'utérus et les annexes.
 - Aucun examen de laboratoire ne sera demandé, en dehors d'indications spécifiques.

L'évaluation des risques pour la pose du dispositif intra-utérin relève de prestataires entraînés et certifiés, disposant des qualifications de base appropriées (voir section 6.2, ci-après).

En toute situation, le personnel concerné veillera à :

- Bien expliquer à la cliente le bien-fondé, l'objet et les conclusions de la démarche ;
- Appliquer avec rigueur les protocoles en vigueur ;
- Disposer d'intrants et matériels requis pour l'examen gynécologique (voir section 6.2, ci-après) ;
- Orienter la cliente en vue du choix d'une nouvelle méthode, en cas de contre-indications pour la méthode choisie ;
- Référer la cliente pour toute autre prise en charge requise, si nécessaire vers un niveau de soins plus complexe.

Standards :

L'évaluation des risques est réalisée de manière rigoureuse et systématique avant toute insertion de DIU.

5.1.4. PRESCRIPTION/ADMINISTRATION DE LA MÉTHODE

La prescription/administration de la méthode représente le bénéfice concret que la cliente est venue chercher.

Le service démarre avec la révision du dossier pour confirmer du choix de méthode et les résultats de l'évaluation de risque. Ceci étant fait, le personnel planifie l'insertion du DIU⁸, ce qui requiert la mobilisation opportune d'un niveau significatif de ressources (voir section 6.2, ci-après).

⁸ Il faudra tenir compte du moment particulier du cycle menstruel ou encore faire la preuve préalable de l'absence de grossesse. Voir Fiche technique en Annexe, pour détails.

On soulignera que la pose d'un DIU relève de prestataires entraînés et certifiés, disposant des qualifications de base appropriées.

Après avoir inséré le DIU, le prestataire veillera à :

- Rappeler les informations sur les avantages, inconvénients, effets secondaires et signes d'alarme ;
- Donner des consignes à suivre en cas de complications ou de doute quelconque ;
- Fixer un premier rendez-vous de suivi.

Standards :

L'insertion d'un DIU doit être réalisée par un personnel certifié, dans des installations adéquates.

5.1.5. SUIVI DE LA MÉTHODE

Le suivi de la méthode représente le « service après-vente », l'accompagnement offert à la cliente, en fonction de la méthode qu'elle aura choisi d'utiliser.

Le suivi de la cliente sous DIU répond à la nécessité de s'assurer de l'absence d'effets secondaires néfastes pour l'utilisatrice ou susceptibles de provoquer l'abandon de la méthode. Il prend la forme de visites de consultation, survenant selon les modalités arrêtées avec les prestataires ou dès que la cliente l'estime opportun.

- En routine, le suivi sera assuré par le personnel prestataire et se fera comme suit :
 - Une première visite, un mois après la pose du DIU, après ou en dehors des règles ;
 - Une visite annuelle, durant laquelle la cliente bénéficiera d'un examen physique et gynécologique complet, si nécessaire, accompagné d'un examen de détection du cancer du col (pap test, IVA, colposcopie...)

Au départ, le prestataire en charge du suivi veillera à :

- Expliquer à l'utilisatrice les modalités de suivi et fixer avec la première date de rendez-vous ;
- Remettre à l'utilisatrice sa carte de suivi dûment remplie ;
- Actualiser périodiquement l'échéancier, en fonction des besoins.

Le suivi inclut aussi la prise en charge des effets secondaires et complications, le remplacement et, le cas échéant, le retrait du DIU.

- Dans le suivi et la prise en charge des effets secondaires⁹, l'attention se portera particulièrement sur la survenue des évènements suivants :
 - Des règles abondantes accompagnées de douleurs hypogastriques, de métrorragies,
 - Des signes de grossesse (retard de règles, nausée, vomissements, rapports sexuels durant le cycle, pollakiurie),
 - Des signes de perforation utérine (douleur hypogastrique, saignement utérin anormal, ...),
 - Une disparition des fils du DIU,
 - Une expulsion partielle ou totale du DIU.
- Le retrait sera exécuté sans délai dès que la cliente le décidera. En aucun cas, le personnel de santé ne s'opposera ou ne diffèrera le retrait du DIU.

Standards :

La cliente porteuse d'un DIU doit être suivie de façon régulière par un personnel certifié, conformément au protocole en vigueur, jusqu'au retrait de la méthode.

5.2. LES MÉTHODES HORMONALES

Les méthodes hormonales de contraception sont réversibles et permettent aux femmes et aux couples de limiter et/ou d'espacer les grossesses. Elles comptent parmi les méthodes les plus efficaces.

5.2.1. ACCUEIL-ORIENTATION

Les normes et standards pour l'accueil-orientation en PF ne diffèrent pas en fonction de la méthode désirée par le/la client/e. Voir l'alinéa 5.1.1 ci-avant, pour détails.

5.2.2. COUNSELING

Les normes et standards pour le counseling en PF ne diffèrent pas en fonction de la méthode désirée par le/la client/e. Voir l'alinéa 5.1.2 ci-avant, pour détails.

Le counseling sur les méthodes hormonales devra cependant consacrer une attention particulière aux contraceptifs injectables et leurs effets secondaires. Il faudra notamment bien discuter de l'aménorrhée induite par les méthodes hormonales à progestatif seul et plus particulièrement par le DMPA, qui est souvent mal vécu dans le contexte haïtien. D'un autre côté, il faudra aussi bien préparer les femmes à l'auto-administration du DMPA-SC.

⁹ Voir en annexe la fiche technique correspondante.

5.2.3. ÉVALUATION DES RISQUES

L'évaluation des risques liés à la contraception est un service technique proposé aux clientes afin de les assurer qu'ils peuvent utiliser en toute sécurité la méthode contraceptive de leur choix.

- La plupart des méthodes hormonales ne nécessitent pas un bilan de santé. Cependant, si les antécédents de la cliente révèlent des facteurs de risque, un bilan sera demandé.
- Un bilan de santé est nécessaire avant toute insertion d'implant sous-cutané. Ce bilan comporte une exploration de l'histoire personnelle et familiale de la cliente et un examen physique ciblé. Un examen vaginal sous spéculum n'est cependant pas nécessaire.
- Le bilan est orienté de manière à dépister divers facteurs de risque, conditions ou pathologies, qui compromettent l'éligibilité de la cliente ou rendent nécessaires des précautions particulières¹⁰.
- On citera, comme contre-indications :
 - une grossesse en cours,
 - une tumeur maligne du sein.
- Aucun examen de laboratoire ne sera demandé, en dehors d'indications spécifiques.

L'évaluation des risques pour les méthodes hormonales autres que l'implant sous-cutané peut être déléguée à certaines catégories de personnels communautaires formés à l'utilisation d'outils standardisés d'aide à la décision. Pour les implants, cette évaluation relève de prestataires entraînés et certifiés, disposant de qualifications de base appropriées (voir section 6.3, ci-après).

En toute situation, le personnel concerné veillera à :

- Bien expliquer à la cliente le bien-fondé, l'objet et les conclusions de la démarche ;
- Appliquer avec rigueur les protocoles en vigueur ;
- Orienter la cliente en vue du choix d'une nouvelle méthode, en cas de contre-indications pour la méthode choisie ;
- Référer la cliente pour toute autre prise en charge requise, si nécessaire vers un niveau de soins plus complexe.

Standards :

L'évaluation des risques est réalisée de manière rigoureuse et systématique avant toute méthode hormonale, conformément au protocole en vigueur.

¹⁰ Voir en annexe la fiche technique correspondante.

5.2.4. PRESCRIPTION/ADMINISTRATION DE LA MÉTHODE

La prescription/administration de la méthode représente le bénéfice concret que la cliente est venue chercher.

Le service démarre avec la révision du dossier pour confirmer le choix de la méthode et les résultats de l'évaluation de risque. Ceci étant fait, le prestataire prépare l'administration de la méthode, en tenant compte du moment particulier du cycle menstruel et de la nécessité de faire la preuve préalable de l'absence de grossesse¹¹.

On rappellera que seul la pose d'un implant sous-cutané relève de prestataires entraînés et certifiés, disposant de qualifications de base appropriées. Dans le cas du DMPA sous-cutané, les deux premières auto-injections seront effectuées en présence d'un prestataire autorisé (voir section 6.3, ci-après).

Après avoir administré un injectable ou inséré un implant, le prestataire veillera à :

- Rappeler les informations sur les avantages, inconvénients, effets secondaires et signes d'alarme ;
- Donner des consignes à suivre en cas de complications ou de doute quelconque ;
- Fixer un premier rendez-vous de suivi.

Standards :

L'administration des méthodes hormonales doit se faire dans le strict respect des protocoles en vigueur.

L'insertion d'un implant doit être réalisée par un personnel certifié, dans des installations adéquates.

5.2.5. SUIVI DE LA MÉTHODE

Le suivi de la méthode représente le « service après-vente », l'accompagnement offert à la cliente, en fonction de la méthode qu'elle aura choisi d'utiliser.

Le suivi de la cliente sous implants répond à la nécessité de s'assurer de l'absence d'effets secondaires néfastes pour l'utilisatrice ou susceptibles de provoquer l'abandon de la méthode. Il prend la forme de visites de consultation, survenant selon les modalités arrêtées avec les prestataires ou dès que la cliente l'estime opportun.

Pour les autres méthodes hormonales, notamment les contraceptifs oraux, le suivi vise aussi à

¹¹ Voir Fiches techniques en Annexe, pour détails.

assurer le réapprovisionnement de la cliente.

- Pour les implants sous cutanés, le suivi routinier se fera comme suit :
 - Deux visites initiales, aux 5^{èmes} et 8^{èmes} jours, pour le suivi de la cicatrisation ;
 - Une visite de contrôle au 3^{ème} mois ;
 - Une visite annuelle, durant laquelle la cliente bénéficiera d'un examen physique et gynécologique complet, accompagné d'un examen de détection du cancer du col.
- Pour les injectables, le suivi routinier se fera en fonction du délai de renouvellement de l'injection. Pour les contraceptifs oraux, le suivi s'alignera sur le délai de réapprovisionnement entendu avec la cliente. Dans tous les cas, la visite annuelle sera de rigueur.

Au départ, le prestataire en charge du suivi veillera à :

- Expliquer à l'utilisatrice les modalités de suivi et fixer avec la première date de rendez-vous ;
- Remettre à l'utilisatrice sa carte de suivi dûment remplie ;
- Actualiser périodiquement l'échéancier, en fonction des besoins.

Le suivi inclut aussi la prise en charge des effets secondaires et complications, et le retrait de l'implant.

- Dans le suivi et la prise en charge des effets secondaires¹², l'attention se portera particulièrement sur la survenue des événements suivants :
 - Une aménorrhée secondaire,
 - Des saignements utérins anormaux,
 - Une hausse de tension artérielle.
- Le retrait de l'implant sera exécuté sans délai dès que la cliente le décidera. En aucun cas, le personnel de santé ne s'opposera ou ne diffèrera le retrait de l'implant.

Standards :

La cliente utilisant une méthode hormonale doit être suivie de façon régulière par un personnel certifié, conformément au protocole en vigueur, jusqu'au retrait de la méthode.

¹² Voir en annexe la fiche technique correspondante.

5.3. LES MÉTHODES DITES DE « BARRIÈRE »

Les méthodes « de barrière » préconisées par le MSPP sont le condom et le diaphragme. Elles sont très efficaces si utilisées de manière exclusive et systématique. De plus, le condom en latex protège contre la transmission des IST/VIH/VHB.

Le condom et le diaphragme sont en vente libre dans le commerce, sans la médiation d'un travailleur de santé. L'offre de service pour ces méthodes se limite à des prestations générales, lorsque le client et/ou la cliente sollicite les établissements de santé.

5.3.1. ACCUEIL-ORIENTATION

Les normes et standards pour l'accueil-orientation en PF ne diffèrent pas en fonction de la méthode désirée par le/la client/e. Voir l'alinéa 5.1.1 ci-avant, pour détails.

5.3.2. COUNSELING

Les normes et standards pour le counseling en PF ne diffèrent pas en fonction de la méthode désirée. Voir l'alinéa 5.1.2 ci-avant, pour détails.

5.3.3. ÉVALUATION DES RISQUES

L'évaluation des risques liés à la contraception est un service technique proposé aux clients afin de les assurer qu'ils peuvent utiliser en toute sécurité la méthode contraceptive de leur choix. Elle n'est pas nécessaire pour les méthodes « de barrière ».

5.3.4. PRESCRIPTION/ADMINISTRATION DE LA MÉTHODE

La prescription/administration de la méthode représente le bénéfice concret que le client ou la cliente est venue chercher.

On peut difficilement parler de prescription/administration pour les méthodes « de barrière ». Le condom est distribué à grande échelle dans les secteurs public et privé, pour la PF et la prévention des IST/VIH.

5.3.5. SUIVI DE LA MÉTHODE

Le suivi de la méthode représente le « service après-vente », l'accompagnement offert au client/à la cliente, en fonction de la méthode qu'il/elle aura choisi d'utiliser.

Aucun suivi n'est nécessaire pour les clients et/ou les clientes utilisant les méthodes « de barrière ». Une allergie au latex se présente parfois et requiert de discontinuer l'utilisation de tels produits.

5.4. LES MÉTHODES DÉFINITIVES

Les méthodes de stérilisation, ou contraception chirurgicale volontaire (CCV), sont : la ligature/section des trompes et la vasectomie. Très efficaces, elles permettent aux couples qui ne veulent plus avoir d'enfants de recourir à une option définitive. Les complications sont plutôt rares et facilement prises en charge.

5.4.1. ACCUEIL-ORIENTATION

Les normes et standards pour l'accueil-orientation en PF ne diffèrent pas en fonction de la méthode désirée par le/la client/e. Voir l'alinéa 5.1.1 ci-avant, pour détails.

5.4.2. COUNSELING

Les normes et standards pour le counseling en PF ne diffèrent pas en fonction de la méthode désirée par le/la client/e. Voir l'alinéa 5.1.2 ci-avant, pour détails.

5.4.3. ÉVALUATION DES RISQUES

L'évaluation des risques liés à la contraception est un service technique proposé aux clientes/clients afin de les assurer qu'ils peuvent utiliser en toute sécurité la méthode contraceptive de leur choix.

- Un bilan de santé est nécessaire, tant pour la ligature/section des trompes, que pour la vasectomie. Ce bilan comporte une exploration de l'histoire personnelle et familiale du client/de la cliente et un examen physique ciblé.
- Le bilan est orienté de manière à dépister divers facteurs de risque, conditions ou pathologies, qui compromettent l'éligibilité du client/de la cliente ou rendent nécessaires des précautions particulières¹³.
- On citera, comme contre-indications à la ligature/section des trompes :
 - une grossesse en cours,
 - une infection pelvienne ou systémique aigue,
 - un saignement vaginal inexpliqué.
- Les contre-indications relatives à la vasectomie incluent :

¹³ Voir en annexe la fiche technique correspondante.

- Des pathologies comme le diabète, des troubles de la coagulation, des valvulopathies ;
- Des problèmes affectant la sphère inguino-scrotale : orchite-épididymite, varicocèle, hernie inguinale, masse intra scrotale, cryptorchidie, ...
- Aucun examen de laboratoire ne sera demandé, en dehors d'indications spécifiques.

L'évaluation des risques pour les méthodes de stérilisation relève de prestataires entraînés et certifiés, disposant des qualifications de base appropriées (voir section 6.5, ci-après).

En toute situation, le personnel concerné veillera à :

- Bien expliquer au client/à la cliente le bien-fondé, l'objet et les conclusions de la démarche ;
- Appliquer avec rigueur les protocoles en vigueur ;
- Disposer d'intrants et matériels requis pour l'examen gynécologique (voir section ..., ci-après) ;
- Orienter le client/la cliente en vue du choix d'une nouvelle méthode, en cas de contre-indications pour la méthode choisie ;
- Référer le client/la cliente pour toute autre prise en charge requise, si nécessaire vers un niveau de soins plus complexe.

Standards :

L'évaluation des risques est réalisée de manière rigoureuse et systématique avant toute stérilisation.

5.4.4. PRESCRIPTION/ADMINISTRATION DE LA MÉTHODE

La prescription/administration de la méthode représente le bénéfice concret que le client/la cliente est venue chercher.

Le service démarre avec la révision du dossier pour confirmer le choix de la méthode et les résultats de l'évaluation de risque. Une fois ceci fait, le personnel planifie l'intervention chirurgicale, ce qui requiert la mobilisation opportune d'un niveau significatif de ressources (voir section 6.5, ci-après). La ligature/section des trompes et la vasectomie relèvent de prestataires entraînés et certifiés, disposant des qualifications de base appropriées.

Après l'intervention, le prestataire veillera à :

- Rappeler les informations sur les effets secondaires et signes d'alarme ;

- Donner des consignes à suivre en cas de complications ou de doute quelconque¹⁴;
- Fixer un premier rendez-vous de suivi.

Standards :

La ligature/section des trompes et/ou la vasectomie doivent être réalisées par un personnel certifié, dans des installations adéquates.

5.4.5. SUIVI DE LA MÉTHODE

Le suivi de la méthode représente le « service après-vente », l'accompagnement offert au client/à la cliente, en fonction de la méthode qu'il/elle aura choisi d'utiliser.

Le suivi de la stérilisation répond à la nécessité de s'assurer de l'absence d'effets secondaires néfastes pour le client/la cliente. Il prend la forme de visites de consultation, survenant selon les modalités arrêtées avec les prestataires ou dès que le client/la cliente l'estime opportun.

- Dans le cadre du suivi,
 - Le client/la cliente sera vu/e en consultation le 5^{ème} jour après l'intervention pour une évaluation de son état physique ainsi que l'état de la plaie. Le cas échéant, on enlèvera aussi les fils de suture ;
 - En cas d'inconfort, le client/la cliente pourra se présenter à n'importe quel moment.
- Toute cliente ayant subi une ligature/section des trompes et qui présenterait une aménorrhée plus d'un mois après la première visite doit contacter l'établissement de santé. L'investigation des causes de l'aménorrhée inclura un test de grossesse¹⁵.

Standards :

Après une stérilisation, le client/la cliente doit être réexaminé au moins une fois par un personnel certifié, conformément au protocole en vigueur.

5.5. QUELQUES PARTICULARITÉS

Cette section traite de trois (3) contextes particuliers qui déterminent les conditions de choix et d'utilisation des méthodes contraceptives. On veut parler de : la contraception du post-partum, la contraception post-abortum et la contraception d'urgence.

¹⁴ Voir en annexe la fiche technique correspondante.

¹⁵ Voir en annexe la fiche technique correspondante.

5.5.1. CONTRACEPTION DU POST-PARTUM

La contraception du post-partum désigne l'utilisation de méthodes contraceptives, par la mère, allaitante ou non¹⁶, après l'accouchement, selon l'innocuité et/ou la disponibilité de la méthode.

Dans le cadre du programme national de planification familiale, la contraception du post-partum repose sur les méthodes de stérilisation, le dispositif intra-utérin, l'implant sous-cutané¹⁷ et les méthodes hormonales (minipilule¹⁸, injectables et COC).

- Les méthodes de stérilisation (ligature/section des trompes) sont proposées à tout couple et/ou à toute mère ayant complété sa famille. Dès la consultation prénatale, la femme et/ou le couple est informé des options de contraception existant en Haïti.
 - La stérilisation féminine est d'application immédiate - soit dans les vingt-quatre (24) à quarante-huit (48) heures après l'accouchement, si la femme le désire, et à tout moment après six (6) semaines de post-partum, qu'elle allaite ou pas.
- Si la mère et/ou le couple ne désire pas une contraception définitive, d'autres options sont proposées :
 - Le dispositif intra-utérin au cuivre et/ou imprégné au lévonorgestrel¹⁹, méthode de longue durée applicable à toutes femmes voulant espacer les grossesses et celles ayant complété la taille de la famille ;
 - L'implant sous-cutané peut-être accepté et utilisé immédiatement, dans les 24 à 48 heures du post-partum, par toutes les mères voulant espacer les naissances qu'elles allaitent ou pas. On aura auparavant vérifié l'absence de toute pathologie et/ou antécédent de maladie thromboembolique ;
 - Les méthodes hormonales à progestatif seul (minipilule, DMPA, Noristérat) peuvent-être proposées dès la première semaine de post-partum. On aura auparavant vérifié l'absence de toute pathologie et/ou antécédent de maladie thromboembolique;
 - Les méthodes hormonales (COC) sont déconseillées durant l'allaitement maternel. Elles peuvent-être utilisées pour les femmes allaitantes à partir de la sixième

¹⁶La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) n'est plus préconisée par le programme, mais demeure très utilisée en Haïti. Cette méthode est décrite dans la fiche technique correspondante en Annexe.

¹⁷ Voir Fiches techniques en Annexe, pour détails.

¹⁸ Voir Fiches techniques en Annexe, pour détails

¹⁹ Voir Fiches techniques en Annexe, pour détails.

semaine de post-partum, après exclusion de toute pathologie et/ou antécédent de maladie thromboembolique. Toutefois, si aucune méthode n'est disponible, et que la femme allaite, les COC peuvent-être proposés à la mère.

Encadré 5. Options de contraception lors du post-partum immédiat

<i>Pour les femmes qui allaitent :</i> ▪ Stérilisation féminine ▪ Stérilisation masculine ▪ Dispositif intra-utérin (DIU) ▪ Implants ▪ Pilules progestatives ▪ Condom ▪ Diaphragme	<i>Pour les femmes qui n'allaitent pas :</i> • Stérilisation féminine • Stérilisation masculine • Dispositif intra-utérin (DIU) • Implants • Pilules progestatives • Injectables • Contraceptifs oraux combinés • Condom • Diaphragme
--	---

5.5.2. CONTRACEPTION POST-ABORTUM

La contraception post-abortum considère le recours aux méthodes contraceptives, suite à un avortement spontané ou aux complications liées à l'avortement, selon l'innocuité et/ou la disponibilité de la méthode.

Toutes les méthodes du programme national de planification familiale peuvent être utilisées dans le cadre de la contraception post-abortum, qu'il s'agisse des méthodes définitives ou de stérilisation, des DIU, des méthodes « de barrière » et des méthodes hormonales.

Cette utilisation doit être envisagée immédiatement après la survenue de l'avortement. L'offre de services PF s'inscrit donc dans le contexte spécifique de la prise en charge de l'avortement (ses manifestations, ses causes et ses conséquences).

5.5.3. CONTRACEPTION D'URGENCE

On désigne par contraception d'urgence²⁰, l'ensemble des méthodes pouvant être utilisées peu de temps après un rapport sexuel pour bloquer une grossesse non désirée, non planifiée.

Dans le cadre du programme national de planification familiale, la contraception d'urgence a recours à des méthodes chimiques et des méthodes mécaniques.

- Les contraceptifs hormonaux : COC, COP et implants, sont les méthodes chimiques préconisées. Ils agissent en bloquant l'ovulation.

²⁰ Voir Fiches techniques en Annexe, pour détails.

- Les contraceptifs doivent être administrés, en dose unique ou double, dans les quarante-huit (48) à soixante-douze (72) heures qui suivent le/s rapport/s sexuel/s non protégé/s et à risque de grossesse.
- Le DIU est utilisé comme méthode mécanique de contraception d'urgence²¹. Il agit en empêchant la nidation.
 - Il doit être inséré au plus tard dans les cinq (5) jours qui suivent le/s rapport/s sexuel/s non protégé/s et à risque de grossesse.

6.. RESSOURCES CLÉS POUR LA PRESTATION DE SERVICES PF

Les ressources clés sont identifiées en fonction des catégories de méthodes préconisées par le programme national de planification familiale. On distinguera, en plus, les ressources clés consacrées à l'accueil-orientation et au counseling.

6.1. RESSOURCES-CLÉS POUR L'ACCUEIL-ORIENTATION ET LE COUNSELING

6.1.1. ACCUEIL-ORIENTATION

L'accueil-orientation est, en grande partie, intégré dans le dispositif d'accueil de l'établissement, ce qui entraîne une forte imbrication des ressources.

Au plan des ressources humaines

Il est essentiel que les établissements de santé disposent de ressources humaines formées à l'accueil-orientation. Comme indiqué antérieurement, différentes catégories de personnel interagissent avec les usagers de l'établissement et participent ainsi à l'accueil. Selon le cas, il s'agira de préposés à l'accueil, de prestataires de soins, d'agents administratifs et/ou de personnel de surface ; en somme, toute autre personne susceptible d'entrer en contact de près ou de loin avec une usagère/un usager.

- a) Les préposés à l'accueil, lorsqu'ils existent, jouent un rôle majeur dans l'accueil-orientation des usagères/usagers, en établissant le premier contact avec l'établissement de santé. Le plus souvent, ils ne sont pas attachés spécifiquement à une unité PF.

²¹ Voir Fiches techniques en Annexe, pour détails.

- b) Tous les prestataires de soins, même ceux qui n'évoluent pas au sein d'une unité PF ou ne sont pas engagés en routine dans la dispensation des services PF, peuvent être amenés à accueillir et orienter un visiteur intéressé à la PF ou un patient ayant un besoin de PF.
- c) Les agents administratifs et le personnel de surface développent avec les patients des interactions régulières ou occasionnelles, en fonction du poste qu'ils occupent.

La formation à l'accueil-orientation portera : d'une part, sur la relation travailleur de santé ↔ cliente/client et, d'autre part, sur l'offre de services PF. Les préposés à l'accueil et les prestataires de soins directement concernés par la PF devront recevoir une formation approfondie, tandis que les autres catégories bénéficieront d'une orientation dans le domaine.

Au plan des ressources matérielles

La production de textes d'informations et de matériels audio-visuels en support à l'accueil-orientation est recommandée.

6.1.2. COUNSELING

Vu les limitations dans ce domaine, les ressources en counseling doivent, autant que possible, être exploitées de manière intégrée. Les capacités de counseling des établissements de santé se sont considérablement accrues sous l'impulsion de la prise en charge du VIH, les disponibilités demeurent toutefois inégales d'un établissement à l'autre.

Au plan des ressources humaines

Il importe d'exploiter de manière combinée les multiples profils présents sur le terrain : travailleurs sociaux, psychologues, sociologues, sages-femmes, infirmières et médecins formés.

Les compétences devront être renforcées afin d'atteindre un mix optimal entre : d'une part, les capacités de communication et d'écoute, et la maîtrise des informations pertinentes sur l'offre de services PF.

Au plan des ressources matérielles

La production de textes d'informations et de matériels audio-visuels en support au counseling en PF est recommandée.

6.2. RESSOURCES-CLÉS POUR LES DISPOSITIFS INTRA-UTÉRINS

Au plan des ressources humaines

- Les sages-femmes et les maïeuticiens, les infirmières sages-femmes, les infirmières et les médecins (généralistes, médecins de famille et spécialistes) sont les prestataires détenant

les qualifications de base requises pour fournir de façon adéquate les services d'évaluation de risque, prescription/administration de méthode et suivi de méthode.

- La formation à l'insertion du DIU est impérative pour toutes les catégories de personnel sus citées. Il s'agira d'une formation accréditée par le MSPP, débouchant sur la certification des professionnels bénéficiaires.

Au plan des ressources matérielles

- Le produit contraceptif, à savoir le DIU, est l'intrant clé.
- D'autres ressources sont nécessaires pour l'examen préalable et pour l'insertion du DIU:
 - Environnement physique adéquat : salle propre, aérée, bien éclairée avec table de consultation gynécologique conforme.
 - Champs stériles.
 - Spéculum et/ou avec source lumineuse incorporée, pince à col.
 - Solution d'asepsie vulvaire et vaginale : eau savonneuse, polyvidone iodée, ...
 - Gazes stériles.
 - Gants stériles.
 - Baladeuse (source lumineuse).
- Dans le cas des unités mobiles de contraception, il est recommandé que les ressources matérielles nécessaires soient disponibles au sein de l'établissement de santé bien avant l'arrivée de l'unité mobile de contraception.
- Cependant, les conditions logistiques peuvent porter à mobiliser simultanément le personnel et le matériel requis pour la production du service.

6.3. RESSOURCES-CLÉS POUR LES MÉTHODES HORMONALES

Au plan des ressources humaines

- Les travailleurs communautaires : Agents de Santé Communautaires Polyvalents (ASCP) et/ou auxiliaires infirmières, seront autorisés à prescrire cinq (5) méthodes hormonales:
 - Contraceptifs oraux à progestatif seul (COP)
 - Contraceptifs oraux combinés (COC)
 - Injectables par voie sous-cutanée
 - Plaque cutanée (Patch)
 - Dépo-provéra sous-cutané (DMPA-SC).

- Ils recevront l'entraînement adéquat afin d'acquérir les habiletés requises pour :
 - Présenter correctement les méthodes du programme national et particulièrement les cinq (5) méthodes sus citées,
 - Apprécier le risque lié aux cinq (5) méthodes, et
 - Assister la cliente dans son choix.
- De plus, grâce aux liens conviviaux serrés qu'ils développent et entretiennent à l'intérieur de la communauté, ils servent de personne-ressource pour l'orientation en cas d'effets secondaires et complications.
- Les infirmières, les infirmières sages-femmes, les sages-femmes²² et les médecins (généralistes, médecins de familles et spécialistes) sont habilités à prescrire toutes les méthodes hormonales.
- La formation à l'insertion des implants est impérative pour les catégories de personnel suscitées. Il s'agira d'une formation accréditée par le MSPP, débouchant sur la certification des professionnels bénéficiaires.
- Les auxiliaires-infirmières sont autorisées à prescrire toutes les méthodes hormonales, à l'exception des implants sous-cutanés. Elles recevront un entraînement approprié en ce sens, et notamment la formation adéquate pour prendre en charge les effets secondaires des méthodes contraceptives hormonales.

Au plan des ressources matérielles

- Le produit contraceptif est l'intrant clé pour toutes les méthodes hormonales.
- Les méthodes suivantes : COC, COP, plaque cutanée, DMPA sous-cutané, ne nécessitent quasiment aucune ressource additionnelle.
- L'insertion des Implants sous-cutanés requiert en outre :
 - Un environnement adéquat : salle propre, aérée, bien éclairée avec table de consultation conforme.
 - Gants stériles.
 - Matériel pour anesthésie locale : seringues, agent anesthésique, ...
 - Matériel pour pansement : gazes stériles, ruban adhésif, bandage, ...

²² Incluant les maïeuticiens, i.e. les hommes exerçant la profession.

- Dans le cas des cliniques mobiles, il est recommandé que les ressources matérielles nécessaires soient disponibles au sein de l'établissement de santé bien avant l'arrivée de l'équipe mobile.
- Cependant, les conditions logistiques peuvent porter à mobiliser simultanément le personnel et le matériel requis pour la production du service.

6.4. RESSOURCES-CLÉS POUR LES MÉTHODES DE BARRIÈRE

Au plan des ressources humaines

- Les travailleurs communautaires : Agents de Santé Communautaires Polyvalents (ASCP), et/ou auxiliaires infirmières, de même que les auxiliaires-infirmières, les infirmières, les infirmières sages-femmes, les sages-femmes²³ et les médecins (généralistes, médecins de familles et spécialistes) sont habilités offrir les méthodes de barrière.

Au plan des ressources matérielles

- Le produit contraceptif est l'intrant clé pour toutes les méthodes de barrière.
- Aucune autre ressource n'est nécessaire.

6.5. RESSOURCES-CLÉS POUR LA LIGATURE/SECTION DES TROMPES ET LA VASECTOMIE

Au plan des ressources humaines

- Les sages-femmes, les infirmières sages-femmes et les médecins (généralistes, médecins de famille et spécialistes) sont les prestataires détenant les qualifications de base requise pour fournir les services de chirurgie contraceptive façon adéquate.
- La formation aux méthodes chirurgicales est impérative pour les catégories de personnel sus citées. Il s'agira d'une formation accréditée par le MSPP, débouchant sur la certification des professionnels bénéficiaires.

Au plan des ressources matérielles

- Les intrants clés nécessaires à la contraception chirurgicale volontaire (CCV) sont les suivants :
 - Un environnement adéquat : salle propre, aérée, bien éclairée avec table d'opération conforme.

²³ Incluant les maïeuticiens, i.e. les hommes exerçant la profession.

- Champs stériles,
 - Blouses chirurgicales pour les opérateurs,
 - Source lumineuse adéquate,
 - Solution d'asepsie abdominale: eau savonneuse, polyvidone iodée, ...
 - Gaze stérile,
 - Gants stériles,
 - Plateau complet de chirurgie pour la ligature/section des trompes,
 - Plateau de petite chirurgie avec pinces spéciales (vasectomie sans scalpel).
- Dans le cas des cliniques mobiles, il est recommandé que les ressources matérielles nécessaires soient disponibles au sein de l'établissement de santé bien avant l'arrivée de l'équipe mobile.
 - Cependant, les conditions logistiques peuvent porter à mobiliser simultanément le personnel et le matériel requis pour la production du service.

Tableau 1.. Profil des prestataires de services de planification familiale, selon la méthode ou la catégorie de méthode considérée

Catégorie	CCV	Implant	DIU	Pilule	Barrière	DMPA-SC	DMPA
<i>ASCP</i>	–	–	–	×	×	×	–
<i>Auxiliaires infirmières</i>	–	–	–	×	×	×	×
<i>Infirmières</i>	–	×	×	×	×	×	×
<i>Infirmières Sage-femme</i>	×	×	×	×	×	×	×
<i>Sages-femmes/Maïeuticiens</i>	×	×	×	×	×	×	×
<i>Médecin</i>	×	×	×	×	×	×	×

VOLUME III - ORGANISATION DES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE

7.. PAQUET DE SERVICES PAR NIVEAU DE SOINS

Les méthodes contraceptives sont disponibles à tous les niveaux du système de soins, selon des modalités correspondant aux mandats et caractéristiques de chaque échelon du système²⁴. L'offre de services de planification familiale relève essentiellement des niveaux primaire et secondaire, le niveau tertiaire assumant surtout un rôle d'appui aux autres échelons et aux activités du programme. L'offre de méthodes de planification familiale varie en fonction du niveau de soins et de l'échelon considéré, en accord avec les normes et standards de prestation de services établis dans le volume 2.

7.1. LE PAQUET PF AU NIVEAU PRIMAIRE

Le niveau primaire est formé de trois (3) échelons de soins, organisés en micro système intégré et fonctionnant de manière complémentaire pour une prise en charge optimale de la population desservie. Ce sont : les Centres Communautaires de Santé (CCS), les Centres de Santé (CS) et l'Hôpital Communautaire de Référence (HCR).

7.1.1. CENTRE COMMUNAUTAIRE DE SANTE (CCS)

Le CCS, en tant que porte d'entrée du système de soins, assume un mandat axé sur les services préventifs et promotionnels, dans une relation de proximité. Il s'appuie, pour cela, sur les ASCP qui travaillent sous la supervision d'une auxiliaire-infirmière.

Les méthodes suivantes doivent être disponibles au niveau du CCS :

- Injectables
- Contraceptifs oraux : combinés ou progestatifs
- Plaque cutanée (patch)
- Diaphragme
- Condom

D'autres méthodes peuvent être proposées à l'occasion de cliniques mobiles, qui sont décrites ci-après.

²⁴ Le Manuel du Paquet Essentiel de Services fournit des précisions sur les caractéristiques des différents échelons du système.

7.1.2. CENTRE DE SANTÉ (CS)

Le CS représente le 2^{ème} échelon du niveau primaire et dispose de capacités de prise en charge accrues. Son mandat couvre notamment les fonctions de Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base (SONUB). Il s'appuie, pour cela, sur des médecins généralistes, infirmières sages-femmes et sages-femmes.

Les méthodes suivantes doivent être disponibles au niveau du CS :

- Dispositif intra utérin (DIU)
- DIU imprégné au levonorgestrel
- Implants
- Injectables
- Contraceptifs oraux : combinés ou progestatifs
- Plaque cutanée (patch)
- Diaphragme
- Condom

Les méthodes définitives peuvent aussi être proposées à l'occasion de cliniques mobiles ou si l'établissement dispose d'au moins deux (2) prestataires certifiés et d'installations adéquates (voir Ressources clés, volume II, section 6.5).

7.1.3. HOPITAL COMMUNAUTAIRE DE REFERENCE (HCR)

L'HCR, 3^{ème} échelon du niveau primaire, a pour responsabilité principale d'offrir des soins complexes de premier recours. Il a la capacité d'exécuter l'ensemble des fonctions de Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets (SONUC). L'équipe de prestataires inclut des sages-Femmes/maïeuticiens, médecins généralistes et médecins de famille.

L'HCR est tenu d'offrir toutes les méthodes contraceptives préconisées par le programme national de planification familiale :

- Dispositif intra utérin (DIU)
- DIU imprégné au levonorgestrel
- Implants
- Injectables
- Contraceptifs oraux : combinés ou progestatifs
- Plaque cutanée (patch)

- Diaphragme
- Condom
- Ligature/Section des trompes
- Vasectomie.

7.2. LE PAQUET PF À L'HÔPITAL DÉPARTEMENTAL (HD)

L'HD représente le niveau secondaire et a pour mandat d'offrir des soins complexes avancés, dans plusieurs spécialités médicales. Les médecins spécialistes y jouent un rôle essentiel.

L'HD est capable d'offrir toutes les méthodes contraceptives préconisées par le programme national de planification familiale, mais il doit contribuer surtout à la prise en charge des complications. Y sont disponibles :

- Dispositif intra utérin (DIU)
- DIU imprégné au levonorgestrel
- Implants
- Injectables
- Contraceptifs oraux : combinés ou progestatifs
- Plaque cutanée (patch)
- Diaphragme
- Condom
- Ligature/Section des trompes
- Vasectomie

L'HD intervient aussi dans la formation du personnel dans le domaine de la planification familiale, particulièrement en ce qui a trait aux méthodes chirurgicales.

7.3. L'APPORT DES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES ET/OU SPÉCIALISÉS

La contribution principale des hôpitaux du niveau tertiaire consiste en l'accueil de programmes de formation (certifiée) et/ou projets de recherche en planification familiale.

Les hôpitaux universitaires et spécialisés maintiendront une capacité de prestation appropriée, pour répondre aux exigences de la formation et aussi pour faire face aux situations où le besoin se manifestera. Les cas pris en charge seront référés au niveau inférieur pour suivi.

Tableau 2.. Disponibilité de services de planification familiale par échelon

Services de PF	Échelon/Niveau (<i>cocher</i>)			
	CCS	CS	HCR	HD
Accueil-Orientation	X	X	X	X
Information et Conseil	X	X	X	X
Première consultation PF - Évaluation initiale et Inscription	X	X	X	X
Prescription de la méthode				
– <i>Contraceptifs oraux combinés</i>	X	X	X	X
– <i>Contraceptifs injectables</i>	X	X	X	X
– <i>Implants</i>	–	X	X	X
– <i>Ligature/section des trompes</i>	–	–	X	X
– <i>Vasectomie</i>	–	–	X	X
– <i>Dispositifs Intra Utérins (DIU)</i>	–	X	X	X
– <i>Méthodes « de Barrière » (condoms, diaphragme)</i>	X	X	X	X
– <i>Patch cutané</i>	X	X	X	X
Suivi des clients/es – Réapprovisionnement				
– <i>Contraceptifs oraux combinés</i>	X	X	–	–
– <i>Contraceptifs injectables</i>	X	X	–	–
– <i>Implants</i>	–	–	X	–
– <i>Contraception Chirurgicale Volontaire (CCV)</i>	–	–	X	–
– <i>Dispositifs Intra Utérins (DIU)</i>	–	X	X	–
– <i>Méthodes « de Barrière » (condoms, diaphragme)</i>	X	X	–	–
Retrait				
– <i>Implants</i>	–	X	X	–
– <i>Dispositifs Intra Utérins (DIU)</i>	–	X	X	–
Prise en charge des complications	–	X	X	X

8.. NORMES ET STANDARDS D'ORGANISATION DES SERVICES

Les normes et standards d'organisation des services s'intéressent, d'une part, au dispositif de prestation de services et, d'autre part, aux activités clés de prise en charge. Les choix d'organisation des services de planification familiale sont guidés par le standard suivant :

Les services de planification familiale doivent être organisés de manière à permettre une accessibilité optimale aux différentes méthodes de contraception et une utilisation éclairée et opportune par les individus et couples qui en ont besoin, sans discrimination aucune, dans le respect de leurs droits sexuels et génésiques.

8.1. LE DISPOSITIF DE PRESTATION DE SERVICES

Les services de planification familiale sont dispensés en milieu institutionnel et en milieu communautaire, selon des modalités adaptées à chaque milieu. Les cliniques mobiles représentent une composante particulière du dispositif de prestation. Leurs caractéristiques essentielles sont discutées dans cette section.

Les directives techniques formulées ici laissent une marge de manœuvre significative aux gestionnaires et prestataires de terrain, qui devront utiliser de façon optimale les ressources dont ils disposent, tout en s'adaptant à l'environnement dans lequel ils interviennent.

8.1.1. LA PRISE EN CHARGE EN MILIEU INSTITUTIONNEL

La prise en charge en planification familiale se déroule, dans la grande majorité des cas, au sein d'établissements de soins polyvalents. Quelle que soit la catégorie d'établissement, le standard adopté est que :

Le processus institutionnel de prise en charge repose sur la polyvalence du personnel et favorise la permanence, l'intégration et la flexibilité des services.

Les gestionnaires d'établissements de soins établiront leur dispositif de prestation en accord avec les directives suivantes :

❖ Option pour la permanence des services

- Les prestations seront disponibles tous les jours réguliers de fonctionnement, surtout pour les nouveaux clients/clientes.
- Toutefois, un système de rendez-vous sera instauré pour les méthodes chirurgicales ou encore pour le suivi et réapprovisionnement.

❖ **Option pour un dispositif intégré, privilégiant la polyvalence**

- Le dispositif de prestation doit s'appuyer sur une équipe de prestataires polyvalents, i.e. impliqués dans d'autres activités régulières de l'établissement.
- Le processus de prise en charge réalise l'articulation entre la consultation générale et les services PF. La consultation générale, ouverte au tout-venant, est souvent le point de départ de la prise en charge, mais les individus désireux d'initier une méthode PF se présentent souvent directement à l'unité où se trouve le prestataire en charge de la PF.
- L'intégration avec d'autres processus de prise en charge (VIH, prénatale, ...) est discutée plus bas.

❖ **Option pour un processus de prise en charge flexible**

- Le dispositif de prestation doit assurer une accessibilité optimale aux services de PF, aux plans organisationnel, financier et culturel.
- On considèrera :
 - Des horaires de visite flexibles, offrant aux clients/clientes des possibilités au-delà des heures de bureau habituelles ;
 - Des modalités d'enregistrement/inscription et/ou approvisionnement spéciales, préservant la discrétion, voire la confidentialité des services et l'anonymat, pour les clients/clientes qui le désirent ;
 - Des processus de prise en charge « personnalisés », adaptés aux spécificités (âge, genre, religion, statut social) de certains groupes de clients/clientes ;
 - Une politique d'exonération pour les intrants non subventionnés.

❖ **Nécessité d'espaces physiques adéquats**

- Les espaces physiques utilisés pour la prestation de services PF font partie intégrante de l'établissement considéré. Certains, une salle d'attente par exemple, peuvent supporter le fonctionnement général de l'établissement, tandis que d'autres seront préférentiellement utilisés pour la PF. Ces derniers doivent remplir les conditions décrites ci-après. Ils consistent au moins en : une (1) salle de counseling et une (1) salle de consultation.
- Selon la catégorie d'établissement, une salle sera réservée à la chirurgie contraceptive.

- Ainsi, un environnement de prestation adéquat doit :
 - Être suffisamment spacieux pour accueillir le prestataire et le client/la cliente ;
 - Offrir des conditions de propreté et de confort satisfaisantes ;
 - Disposer de matériels et équipements appropriés ;
 - Préserver l'intimité du client/de la cliente et la confidentialité des actes et échanges.

8.1.2. LA PRISE EN CHARGE COMMUNAUTAIRE

La prise en charge communautaire en planification familiale intervient en support à la prestation au sein des établissements de soins. L'action en milieu communautaire participe à l'identification des besoins en méthode contraceptive et assure l'extension des services fournis en milieu institutionnel. Elle s'inscrit aussi dans le cadre d'une relation de proximité avec la population et, à ce titre, stimule la participation communautaire, surtout au niveau des établissements de première ligne²⁵. On retient comme standard en la matière :

A travers ses prestataires PF et son équipe de Santé familiale, l'établissement de santé développe et entretient des interactions régulières avec les acteurs communautaires, pour faire connaître les services PF et favoriser leur utilisation.

La prise en charge en milieu communautaire sera organisée d'après les directives suivantes :

- Le dispositif de prestation distinguera :
 - les activités individuelles ciblées, pour le recrutement d'utilisateurs potentiels, le réapprovisionnement et le suivi des clients/clientes actifs ;
 - les activités collectives de vulgarisation/sensibilisation et les activités mobiles de prestation.
- L'exécution du programme mensuel d'intervention reposera principalement sur les ASCP et les auxiliaires-infirmières qui les supervisent.
- Tous les autres membres de l'équipe de planification familiale (médecins, sages-femmes, ...) doivent aussi être impliqués.
- Le personnel communautaire clé (ASCP, auxiliaire-infirmière) doit être accessible pour les utilisateurs/utilisatrices.

²⁵ Les Centres Communautaires de Santé (CCS) et, le cas échéant, les Centres de Santé (CS).

- Les approches participatives seront privilégiées pour la programmation et la mise en œuvre des activités.
- Le personnel identifiera, avec l'aide des acteurs évoluant dans la communauté, des installations (salles équipées) disponibles, aptes à accueillir les activités.

8.1.3. LA CLINIQUE MOBILE

On désigne par *Clinique Mobile* un dispositif temporaire de prestation²⁶, qui déploie des ressources significatives – et notamment des prestataires « experts » - en un lieu donné afin de fournir des services à des individus fréquentant le site ou vivant à proximité. En général, la clinique mobile s'inscrit dans une stratégie de prestation de services, qui vise l'extension de l'offre au profit de communautés ou groupes de population que le dispositif ordinaire de prestation ne couvre que partiellement ou ne permet pas du tout d'atteindre. C'est une stratégie coûteuse, qui requiert une certaine capacité logistique (en raison du déplacement de ressources d'un point à un autre).

Les cliniques mobiles peuvent contribuer à une meilleure réponse aux besoins de méthode contraceptive de la population. Les intervenants se conformeront aux standards suivants :

Les cliniques mobiles sont planifiées et organisées au sein du réseau départemental de santé, en fonction d'une analyse de la couverture des services PF.

La prise en charge dans les cliniques mobiles repose sur l'expertise des prestataires et la coordination avec les équipes de santé locales.

Le recours à cette stratégie sera guidé par les directives ci-après :

- Dès l'étape de planification, le paquet de méthodes disponible lors des cliniques mobiles devra être clairement défini. L'emphasis sera portée sur les méthodes de longue durée et surtout la contraception chirurgicale volontaire.
- Chaque séance de clinique mobile requiert une programmation adéquate établie de façon concertée par l'entité assurant la prestation et l'établissement responsable de desservir la zone ciblée.
- Les activités préparatoires incluent, entre autres, l'information/sensibilisation et le recrutement de nouvelles/nouveaux acceptantes/acceptants et utilisatrices/utilisateurs. Une séance de clinique mobile réussie doit prendre en charge une quantité optimale de clientes/clients, compte tenu du niveau de ressources mobilisé pour l'occasion.

²⁶ La clinique mobile fonctionne sur une très courte durée, limitée à quelques heures.

- Afin d'assurer la justesse technique des actes réalisés, la prestation de services à l'occasion des séances de clinique mobile sera confiée à des prestataires « experts », i.e. entraînés et certifiés, expérimentés, capables d'évoluer sous pression, ...
- Hormis le suivi de la méthode, tous les services PF déclinés dans le volume 2 accueil/orientation, counseling, évaluation des risques, prescription/initiation de la méthode, sont fournis à l'occasion des cliniques mobiles.
- Les modalités de suivi de méthode seront définies lors de la programmation conjointe entre l'entité de prestation et l'établissement responsable de desservir la zone ciblée.
- Le dispositif en place pour les séances de clinique mobile doit permettre de garantir une qualité optimale des services.
- Les séances de clinique mobile peuvent être réalisées au sein d'un établissement de santé ou dans une infrastructure communautaire. Dans les deux cas, les installations devront garantir un environnement de prestation adéquat :
 - Être suffisamment spacieux pour accueillir le prestataire et le client/la cliente ;
 - Offrir des conditions de propreté et de confort satisfaisantes ;
 - Disposer de matériels et équipements appropriés ;
 - Préserver l'intimité du client/de la cliente et la confidentialité des actes et échanges.

8.2. ACTIVITÉS DE PRISE EN CHARGE

Le processus de prise en charge en planification familiale comporte sept (7) activités clés : l'accueil, le counseling, l'évaluation/consultation, l'initiation de la méthode, le suivi, la prise en charge des effets secondaires et des complications et le retrait de méthode. Le thème « Planification familiale » fera aussi partie du contenu des activités d'éducation et communication de groupe, réalisées à la consultation générale.

Les activités essentielles de prise en charge sont réalisées de façon effective dans les institutions sanitaires, en fonction de leur place dans le système de soins.

8.2.1. ACCUEIL

L'accueil s'exprime à travers les relations interpersonnelles établies entre le personnel et le client/la cliente pendant son passage au sein de l'établissement, du premier contact établi à son

arrivée jusqu'à la dernière interaction précédant sa sortie. Et cette relation se poursuit même en dehors de l'établissement. Outre les préposés à l'accueil, plusieurs agents (agents de sécurité, gardiens, personnel de surface, prestataires de soins, personnel administratif) sont susceptibles d'intervenir afin d'orienter le client/la cliente vers l'unité appropriée à ses besoins et faciliter une utilisation optimale des services.

Le personnel concerné devra agir avec cordialité et courtoisie, de manière à susciter la confiance et favoriser une communication optimale entre les prestataires et le client/la cliente.

- Les agents d'accueil doivent recevoir une formation appropriée.
- L'espace d'accueil doit permettre des échanges discrets.
- Les échanges avec le client/la cliente doivent être, autant que possible, personnalisés.

Standards :

Le personnel préposé à l'accueil démontre les capacités techniques et humaines requises pour des interactions empreintes de respect et de discrétion avec les clients.

8.2.2. COUNSELING

A travers le Counseling, l'établissement de santé offre au client/à la cliente le support d'un prestataire qui l'assistera en vue d'une prise de décision éclairée quant à la méthode PF qu'il choisira d'utiliser. Il s'agit donc là d'une activité majeure du processus de prise en charge, qui doit être confiée à un personnel compétent en la matière et se dérouler dans un cadre physique adapté. Plus encore qu'à l'accueil, la cordialité, le respect et l'empathie sont essentiels.

- L'espace dédié au counseling doit préserver l'intimité du client/de la cliente ;
- Le profil du prestataire doit répondre aux exigences stipulées au volume 2 du présent manuel ;
- L'accompagnement doit être personnalisé, de façon à répondre aux besoins du client/de la cliente ou du couple. Si nécessaire, organiser des séances additionnelles.
- Au cas où l'établissement compte plusieurs conseillers, des rencontres de débriefing et d'orientation doivent être organisées ;
- Une fois la décision prise, vérifier que le client/la cliente est bien imbu(e) des exigences de la méthode et, s'agissant de méthodes réversibles, des modalités de retrait ;
- Au besoin, orienter le client/la cliente pour la poursuite de sa prise en charge.

Standards :

Les services de counseling sont délivrés par des prestataires compétents, selon des

horaires adaptés, dans un environnement favorable à l'interaction.

8.2.3. ÉVALUATION DES RISQUES – CONSULTATION

L'évaluation des risques liés à la contraception revêt une importance considérable, pour garantir l'innocuité de la méthode pour le client/la cliente. Cette évaluation se fait à travers une exploration de l'histoire personnelle et familiale du client/de la cliente et, au besoin, avec un examen physique ciblé.

La conduite de l'appréciation de l'histoire clinique peut être déléguée à certaines catégories de personnel communautaire formé à l'utilisation d'outils standardisés d'aide à la décision. L'examen physique, qui inclura parfois un examen pelvien, requiert des compétences d'ordre médical et relève de catégories de prestataires qualifiés ou spécifiquement entraînés à cet effet. L'évaluation doit être réalisée dans un environnement discret. La conduite de l'examen requiert une salle de consultation appropriée pour préserver l'intimité du client/de la cliente.

La conduite de l'évaluation des risques doit répondre aux exigences suivantes :

- Information préalable au client/à la cliente sur le bien-fondé, l'objet et les conclusions de la démarche ;
- Disponibilité des protocoles en vigueur sur le lieu de travail ;
- Disponibilité d'intrants et matériels adéquats ;
- Possibilité de recours à une autre méthode, en cas de contre-indications pour la méthode choisie ;
- Possibilité de référence pour toute condition nécessitant une autre prise en charge.

Standards :

Les prestataires de services démontrent des compétences techniques requises pour apprécier efficacement le niveau de risque encouru par le client/la cliente, eu égard à la méthode choisie.

8.2.4. INITIATION DE LA MÉTHODE

En l'absence de contre-indications, le client/la cliente sera autorisé/e à utiliser la méthode. Les dispositions seront prises pour l'initiation de la méthode choisie. Au plan de l'organisation des services, les conditions de prescription et d'administration varient selon la méthode, en fonction

des ressources requises²⁷. Ainsi,

- Les méthodes hormonales et de barrière ne nécessitent pas de ressources additionnelles importantes, en plus du produit contraceptif ;
- Implants, DIU et méthodes chirurgicales requièrent un niveau significatif de ressources et d'organisation, la ligature/section des trompes demeurant la plus exigeante.

Pour l'exécution adéquate de l'activité, l'établissement doit assurer :

- La disponibilité du personnel clé, selon l'horaire de prestation établi ;
- La disponibilité continue des produits contraceptifs et autres intrants requis ;
- L'accès à des capacités installées adéquates (salle, matériels, équipements).

Standards :

Une fois la méthode choisie par le/la client(e) prescrite, l'établissement l'initie dans le délai le plus court possible.

8.2.5. SUIVI DU CLIENT/DE LA CLIENTE

Le suivi du client/de la cliente répond à la nécessité de :

- S'assurer de l'absence d'effets secondaires néfastes pour l'utilisateur/utilisatrice ou susceptibles de provoquer l'abandon de la méthode ;
- Réapprovisionner l'utilisateur/utilisatrice en produits contraceptifs, surtout pour les méthodes réversibles, de courte durée ;
- Récupérer des utilisateurs perdus de vue, i.e. qui ne se sont pas présentés à leur rendez-vous.

Le suivi est lancé dès l'initiation de la méthode, avec la prise du premier rendez-vous. Il se prolonge tout autant que le client/la cliente adhère à une méthode dans le cadre du programme. L'activité dépend de la disponibilité de personnel compétent au plan technique et relationnel.

Le personnel en charge du suivi veillera à :

- Discuter des modalités de suivi avec l'utilisateur/utilisatrice ;
- Fixer les échéances de suivi en tenant compte des besoins et les enregistrer sur les supports prévus à cet effet ;
- Remettre à l'utilisateur/utilisatrice le support (carte de suivi) qui restera en sa possession ;

²⁷ Au plan technique, il faudra tenir compte du moment particulier du cycle menstruel ou encore faire la preuve préalable de l'absence de grossesse.

- Planifier les activités de suivi en milieu communautaire, en fonction des besoins ;
- Actualiser périodiquement l'échéancier, en fonction des besoins.

Le système de suivi sera organisé de manière à préserver la confidentialité des services, et même l'anonymat au cas où le client/la cliente en exprimerait le vœu.

Standards :

L'établissement doit disposer d'un système fonctionnel, institutionnel et communautaire, grâce auquel il parvient à planifier et gérer les différents contacts avec les lientes/clients et suivre l'évolution de la prise en charge.

8.2.6. PRISE EN CHARGE DES EFFETS SECONDAIRES ET DES COMPLICATIONS

La prise en charge des complications est une activité complémentaire au suivi de l'utilisateur/utilisatrice. Une fois les problèmes signalés, il est essentiel d'y répondre de façon adéquate pour éviter des conséquences néfastes pour le client/la cliente et prévenir un abandon.

Les principales directives sont les suivantes :

- Effets secondaires et complications doivent être pris en charge en se référant aux protocoles de prise en charge en vigueur.
- Le cas échéant, le client/la cliente sera référé/e vers un niveau de soins plus complexe pour la prise en charge requise.

Standards :

L'établissement fournit des soins appropriés aux clients présentant des effets secondaires et complications liées à l'utilisation d'une méthode contraceptive.

8.2.7. RETRAIT DE METHODE

Le retrait marque la fin de l'utilisation de la méthode contraceptive par l'utilisatrice. La décision de retrait peut découler de la volonté de la cliente de suspendre l'utilisation de la méthode, pour un motif quelconque. Elle peut aussi se justifier par la mise en évidence chez la cliente d'une condition nouvelle rendant contre-indiquée l'utilisation de la méthode.

Le retrait d'une méthode n'exclut pas le choix d'une autre méthode jugée mieux appropriée à la situation.

Standards :

L'établissement et les prestataires de soins sont tenus de respecter la décision de retrait

de méthode, explicitement exprimée par la cliente.

8.3. INTÉGRATION AVEC LES AUTRES COMPOSANTES DE L'OFFRE DE SERVICES

Outre l'intégration avec la consultation générale, le programme national de planification familiale préconise l'articulation avec cinq (5) autres composantes et sous-composantes du Paquet Essentiel de Services (PES). Le standard d'organisation intégrée des services est conforme aux standards de prestation définis dans le volume II.

L'établissement et les prestataires de soins accueillant des usagères/usagers en âge de procréer les orientent de manière systématique vers les services de planification familiale.

8.3.1. PRISE EN CHARGE DE LA GROSSESSE

La prise en charge de la grossesse offre, avec les multiples contacts entre les prestataires et la femme enceinte, des opportunités intéressantes pour la préparation à la PF. Dès le premier trimestre, le contenu de la consultation prénatale inclura la sensibilisation de la future mère sur l'espacement de naissance et la transmission d'informations sur les méthodes PF. Au cours du 3^{ème} trimestre, à l'approche du terme de la grossesse, elle bénéficiera de counseling pour un choix de méthode éclairé, et la planification de l'accouchement prendra en compte l'initiation de la contraception dès le post-partum.

Ce niveau d'intégration repose sur :

- Le renforcement de l'application des directives du protocole de suivi de la grossesse ;
- La polyvalence du personnel préposé à la consultation prénatale ou l'établissement d'un mécanisme de référence/recours interne fonctionnel ;
- Une bonne capacité de synthèse d'information et de suivi.

Cette approche est aussi valable en cas de grossesse précoce.

8.3.2. PRISE EN CHARGE DE L'ACCOUCHEMENT

Les services de PF peuvent être proposés aux nouvelles accouchées immédiatement après l'accouchement et pendant les six (6) semaines qui suivent. Le besoin de PF sera apprécié lors d'un counseling avec la femme en post-partum, et éventuellement son conjoint. Cet accompagnement est essentiel, vu la diversité des options possibles, que la femme allaite ou non (voir encadré, ci-après).

L'intégration entre ces deux processus de prise en charge requiert :

- L'application des directives du protocole de prise en charge de l'accouchement et de suivi post-natal ;
- La polyvalence du personnel préposé à l'accouchement et/ou à la consultation post-natale ;
- L'établissement de mécanismes de référence (vers d'autres établissements) et/ou de recours interne (vers une autre unité au sein du même établissement) fonctionnels ;
- La disponibilité de la gamme complète de méthodes PF, au sein même de l'établissement ou à travers un réseau de soins²⁸ ;
- Une bonne capacité de synthèse de l'information relative au patient et de suivi des patients.

Cette démarche est aussi valable après un avortement (contraception post abortum).

8.3.3. PRISE EN CHARGE DES ENFANTS

Les opportunités survenant à l'occasion de la prise en charge du nourrisson, sain ou malade, doivent aussi être exploitées, pour détecter des besoins de planification familiale non satisfaits. Ainsi, à partir de la sixième semaine de vie et au-delà d'un an, la mère accompagne souvent l'enfant pour la vaccination ou le suivi nutritionnel²⁹. Les prestataires doivent profiter de ces contacts répétés pour vérifier son intérêt pour une méthode PF et lui offrir une séance de counseling.

L'articulation entre la PF et la prise en charge du nourrisson implique :

- L'introduction de directives claires dans les protocoles de prise en charge des nourrissons sains ou malades ;
- La polyvalence du personnel préposé à la consultation infantile ;
- L'établissement de mécanismes de référence interne fonctionnels.

8.3.4. PRISE EN CHARGE DU VIH

L'utilisation d'une méthode de contraception est recommandée aux PVVIH au cas où leur thérapie anti rétrovirale (TARV) inclut un médicament tératogène. Une patiente sous ARV peut aussi choisir cette voie parce qu'elle ne désire pas avoir d'enfants.

²⁸ La notion de « réseau de soins » décrit une relation de coopération, de partenariat établie entre plusieurs organisations de santé pour répondre à un besoin de santé des individus, chacune apportant sa contribution à l'action, selon son domaine de compétence.

²⁹ Ceci concerne les enfants de 0-5 ans, mais on s'attend à ce que les contacts soient moins fréquents à partir de la 2^{ème} année de vie.

L'intégration de la prise en charge nécessitera :

- Une information/formation optimale des prestataires sur la conduite des deux processus ;
- La polyvalence du personnel chargé du counseling et de la TARV ;
- L'établissement de mécanismes de référence interne fonctionnels ;
- La disponibilité de la gamme complète de méthodes PF, au sein même de l'établissement ou à travers un réseau de soins ;
- Une bonne capacité de synthèse de l'information relative au patient et de suivi des patients.

8.3.5. COMMUNICATION ET ÉDUCATION POUR LA SANTE (EPS)

La planification familiale constitue l'une des thématiques à aborder dans le cadre des services de communication et éducation pour la santé. Les prestataires de services PF devront collaborer étroitement avec le personnel en charge de l'EPS, pour la préparation des messages, la programmation et la mise en œuvre des activités ; tant en milieu institutionnel qu'au niveau communautaire.

9.. RESSOURCES CLÉS POUR L'ORGANISATION DES SERVICES PF

Les ressources clés ne sont pas spécifiques à l'organisation des services. Il s'agit essentiellement de supports de prestation de services et, le cas échéant, de supports administratifs.

- Les supports de prestation de services en usage, pour le counseling, l'évaluation de risque, le suivi des clients, devront – au besoin - être adaptés en tenant compte des modalités de prestation définies. Ceci inclut aussi : les outils du système de rendez-vous et les protocoles de prise en charge des complications.
- La révision des descriptions de tâches du personnel prestataire devra aussi être envisagée.

VOLUME IV - GESTION DES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE

10.. NORMES ET STANDARDS DE GESTION DES SERVICES PF

Le présent chapitre traite de quatre (4) fonctions de gestion, exécutées par les entités de mise en œuvre du programme national de planification familiale. Il s'agit de : la planification, la gestion de la qualité, l'approvisionnement et le rapportage, suivi et évaluation. L'exercice adéquat de ces fonctions est essentiel pour une prestation optimale de services.

Les responsables de services de planification familiale doivent exercer de manière adéquate les principales fonctions de gestion, pour le programme et l'établissement en général.

10.1. PLANIFICATION DES ACTIVITÉS

La planification des activités du programme de PF s'inscrit dans le cycle ordinaire de planification du MSPP. Elle inclut : les plans d'action annuels et les programmations trimestrielles, qui doivent être incorporés dans les plans intégrés de l'établissement.

- Les plans d'action sont produits au tout début de l'année fiscale considérée. Leur élaboration est initiée avec la préparation du bilan de la période précédente ;
- Les plans sont présentés selon le format établi par le MSPP, tout en spécifiant : les objectifs et cibles institutionnelles pour la couverture des différentes méthodes PF (par groupe cible/catégorie de bénéficiaires), les extrants prévus ainsi que les ressources nécessaires.
- Les programmations trimestrielles reflètent les activités prévues, en milieu institutionnel et communautaire, en spécifiant les cibles mensuelles. Elles incluent le calendrier des activités de prestation, qui doit être affiché au sein de l'établissement.

Standards :

Le plan d'action en PF de l'établissement est prêt au plus tard à la fin de la première quinzaine d'octobre et comporte un volet institutionnel et un volet communautaire.

10.2. RAPPORTAGE, SUIVI ET ÉVALUATION

Le rapportage, ainsi que le suivi et évaluation des activités PF sont réalisés dans le cadre du Système d'Information Sanitaire National Unifié (SISNU), du monitoring SONU et du suivi régulier de l'exécution des plans. Les instruments en utilisation seront adaptés en support aux stratégies d'intégration et de gestion de la qualité. Le présent manuel établit les standards pour l'appréciation de la qualité des services et de la performance du programme national de planification familiale.

Toutes les facettes du programme doivent être documentées : c'est ce qui va permettre au gestionnaire de générer des rapports pertinents et aussi d'apprécier le degré de réalisation des objectifs fixés. Au niveau opérationnel, les données enregistrées doivent permettre d'apprécier :

- i. Le niveau d'exécution des activités de prestation, par rapport aux prévisions établies dans les plans et projets ;
- ii. Le volume et la qualité des services dispensés, ainsi que le profil des clients/clientes.
- iii. Le niveau d'exécution des activités de gestion, par rapport aux normes en vigueur et aux exigences des plans et projets.
- iv. Le niveau de mobilisation et d'exploitation de ressources, en support aux plans et projets.

Le responsable de programme veillera à :

- La disponibilité continue des outils de gestion de l'information,
- La mise à jour régulière des registres,
- La mise en place de mécanismes garantissant la confidentialité des informations, voire l'anonymat pour les clients qui en exprimeraient le vœu,
- La production régulière des rapports exhaustifs, en temps voulu,
- L'archivage adéquat des données, pour une exploitation opportune,
- L'actualisation régulière des indicateurs de suivi du programme.

Les informations générées sont présentées dans les rencontres mensuelles de suivi.

Standards :

Les rapports sont fiables, complets et produits à temps. L'information produite est exploitée de manière optimale pour une prise de décision avisée.

10.3. GESTION DE LA QUALITÉ DES SERVICES

Pour gérer la qualité, le programme mettra à la disposition des établissements et des équipes PF un instrument de référence définissant les critères et indicateurs permettant d'apprécier la qualité des services PF, ainsi que leurs modalités d'utilisation. Cet instrument sera développé en tenant compte des standards définis dans le présent manuel : treize (13) pour le volume II, douze (12) pour le volume III et quatre (4) pour le volume IV.

Les activités de gestion de la qualité impliquent tous les membres de l'équipe de PF, sous la coordination du responsable de programme PF ou du responsable Qualité. Ce sont : la supervision, les rencontres mensuelles de suivi, les revues de cas, ... Le cas échéant, les activités de gestion de la qualité débouchent sur l'identification de besoins de formation, individuels et/ou collectifs.

10.3.1. SUPERVISION

La supervision est un instrument essentiel pour le suivi de l'exécution des Programmes. Elle est réalisée par un/des superviseur/s, qui fournit un encadrement technique aux prestataires de services PF. Par définition, le superviseur détient un niveau de qualifications, compétences et/ou expérience plus avancé que les prestataires qu'il supervise. Le superviseur peut faire partie du même établissement ou appartenir à un autre établissement du réseau de soins. Le superviseur doit bien assimiler les approches et méthodes de supervision qui lui permettront d'accomplir efficacement sa fonction³⁰.

L'activité de base en matière de supervision consiste en la participation du superviseur aux activités routinières du supervisé, dans son milieu habituel. Le superviseur pourra observer le supervisé au travail, l'assister dans la réalisation de sa tâche et, enfin de séance, discuter avec lui de tout aspect pertinent en rapport avec la séance et/ou son travail.

10.3.2. RENCONTRES MENSUELLES DE SUIVI

L'équipe de planification familiale se réunit une (1) fois par mois, pour faire le point sur les activités réalisées par les différents prestataires, les contraintes et avancées identifiées, l'évolution globale des activités et l'atteinte des cibles mensuelles.

La rencontre doit permettre à tous les prestataires de produire des remarques et propositions sur le travail réalisé ou à venir. Le/s superviseur/s pourront aussi produire des commentaires d'ensemble sur les forces et faiblesses relevées. Une revue mensuelle se termine, en règle générale, avec l'adoption de mesures visant à renforcer le processus d'exécution des activités.

10.3.3. REVUE DE CAS

C'est une activité d'analyse d'un cas spécifique³¹ ou d'une expérience particulière d'intervention, susceptible d'exercer une influence critique (négative ou positive) sur un/e client/cliente, un groupe de clients ou le programme en général. A cette occasion, l'équipe de PF se réunit pour reconstruire l'histoire du cas/de l'expérience et essayer d'appréhender les déterminants de son évolution. L'objectif est de tirer les leçons appropriées pour une meilleure performance future.

³⁰ Il pourra consulter et utiliser, à cet effet, le manuel de supervision publié par le MSPP en 2008. Le cas échéant, des sessions de formation seront organisées par les responsables de programme.

³¹ Sur le modèle des audits de décès maternels.

Standards :

L'établissement dispose d'informations régulières sur la qualité des services PF.

Le personnel est engagé dans des actions soutenues d'amélioration de la qualité.

10.4. APPROVISIONNEMENT EN CONTRACEPTIFS ET INTRANTS ESSENTIELS

La disponibilité ininterrompue en contraceptifs et intrants essentiels est un facteur cardinal pour le développement satisfaisant des services et une performance optimale de l'établissement. La logistique des contraceptifs est intégrée au Système National d'Approvisionnement et Distribution des Intrants (SNADI).

Au sein de l'établissement, le responsable de programme doit s'assurer de :

- Un suivi régulier des stocks, avec des fiches de stocks bien tenues et de bonnes conditions d'entreposage ;
- La production de rapports d'utilisation corrects et ponctuels ;
- La préparation célère des commandes au moment voulu (une fois le seuil de sécurité atteint).

Les responsables de l'établissement et la Direction départementale doivent aussi fournir à l'établissement un support logistique approprié pour l'exécution des commandes.

Standards :

L'établissement réalise une gestion rationnelle des stocks de contraceptifs et intrants essentiels, de manière à garantir la disponibilité permanente des méthodes PF.

11.. RESSOURCES CLÉS POUR LA GESTION DES SERVICES PF

Les ressources clés pour la gestion des services de planification familiale consistent en :

- Registres de cas
- Format de rapport mensuel
- Classeurs métalliques (pour gestion d'archives)
- Liste et guide d'utilisation des indicateurs de suivi de la qualité
- Fiches de stocks
- Rapport d'utilisation de contraceptifs
- Bon de commande de produits PF

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Burke Holly M. et al. *Effect of self-administration versus provider-administered injection of subcutaneous depot medroxyprogesterone acetate on continuation rates in Malawi : a randomized controlled trial*. Lancet Global Health 2018 : 6 :e568-78 [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30061-5](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30061-5)
- 2- Burke Holly M. et al. *Observational study of the acceptability of Sayana® Press among intramuscular DMPA users in Uganda and Senegal*. Contraception 89 (2014) 361–367. <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2014.01.022>
- 3- Curtis Carolyn, Huber Douglas, Moss Knight Tamarah. *Planification familiale après avortement: Rompre le cycle des grossesses non planifiées et avortements répétés. Perspectives internationale sur la santé sexuelle et génésique*. 2011. https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article_files/3703111f.pdf
- 4- Dunn Sheila, Guilbert Edith. *Contraception d'urgence*. Journal of Obstetrics and Gynecology Canada. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Volume 38, issue 12, pages S143-S152.
- 5- M'bortche B.K., Adama-Hondegla A.B., Aboukari A.S., Toussa-Ahossu S., Akpadza K. *Pratique de la vasectomie sans bistouri au Togo : l'expérience de la clinique principale de l'association togolaise pour le bien-être familial*. (ATBEF). European Scientific Journal, Novembre 2015, édition vol.11, no.33. <http://eujournal.org/index.php/esj/article/view/6632>
- 6- Ministère de la Santé Publique et de la Population. *Guide de mise en œuvre d'une maternité Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)*. Haïti, 2018
- 7- Ministère de la Santé Publique et de la Population. *Plan Directeur Santé 2012-2022*. Haïti, 2012
- 8- Ministère de la Santé Publique et de la Population. *Politique Nationale de Santé*. Haïti, 2012
- 9- Ministère de la Santé Publique et de la Population/Direction de Santé de la Famille. *Lignes directrices des soins prénatals et postnatals*. Haïti, Septembre 2016.
- 10- Ministère de la Santé Publique et de la Population/Direction de Santé de la Famille. *Plan Stratégique National – Santé Jeunes et Adolescents 2014-2017*. Haïti, 2014
- 11- Ministère de la Santé Publique et de la Population/Direction de Santé de la Famille. *Plan Stratégique National de Santé Sexuelle et Reproductive 2018-2022*. Haïti, Janvier 2018
- 12- Organisation Mondiale de la Santé. *Stratégies Organisation Mondiale de la Santé. Services de santé adaptés aux adolescents – Un programme pour le changement*. Genève, 2002.
- 13- Organisation Mondiale de la Santé. *Note d'orientation – Une approche fondée sur les normes pour améliorer la qualité des services de santé destinés aux adolescents*. Genève, 2015.
- 14- Raccah-Tebeka B. *Contraception du post-partum : recommandations pour la pratique clinique post-partum*. Journal de Gynécologie, Obstétrique et Biologie de la reproduction, volume 44, issue 10, pages 1127-1134. Décembre 2015. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0368231515002616>
- 15- Vanderstichele S., Roumilhac M., Le Tallec A., Codaccioni X.. *La contraception du post-partum*. La lettre du gynécologue – numéro 253 – juin 2000 <https://www.edimark.fr/Frontpost/getfiles/3831.pdf>
- 16- <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1701216316396499>
- 17- USAID. *Dossier technique Contraception Hormonale et VIH*, septembre 2013. https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1864/HCHIVBrief_French.pdf

- 18- USAID. High Impact Practices in Family Planning (HIPs). *Immediate postpartum family planning: A key component of childbirth care*. Washington DC, octobre 2017.
<https://www.fphighimpactpractices.org/briefs/immediate-postpartum-family-planning/>
- 19- WHO. *Global standards for quality health-care services for adolescents: a guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health care services for adolescents* (Volume 1: Standards and criteria). Geneva, 2015
- 20- WHO. *WHO consolidated Guideline on self-care interventions for health : sexual and reproductive health and rights*. Geneva, 2015

ANNEXES

1. FICHES TECHNIQUES POUR LES MÉTHODES PF AGRÉÉES
2. FICHES TECHNIQUES POUR LA PRISE EN CHARGE DES EFFETS SECONDAIRES DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES
3. STANDARDS POUR L'OFFRE DE SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE
4. DOCUMENTS OFFICIELS RELATIFS À LA PF (en vigueur au 30 juin 2019)
 - Arrêté présidentiel de mai 2013 conférant un caractère obligatoire aux services de planification familiale dans toutes les institutions de santé sur le territoire national
 - Engagements pour l'accélération de la PF (2018)

ANNEXE 1.. FICHES TECHNIQUES POUR LES MÉTHODES PF AGRÉÉES

Les méthodes dites « agréées » sont celles dont la pratique est autorisée en Haïti. Cependant, compte tenu de leurs caractéristiques - en raison notamment de leur degré d'efficacité, un nombre limité d'entre elles sont préconisées dans le cadre du programme national de planification familiale.

Dix-sept (17) fiches sont présentées ci-après et couvrent diverses méthodes et pratiques contraceptives courantes :

- | | |
|-------------|--|
| Fiche # 1. | Dispositifs intra-utérins |
| Fiche # 2. | Implants sous cutanés |
| Fiche # 3. | Injectables |
| Fiche # 4. | Contraceptifs Oraux Combinés |
| Fiche # 5. | Mini Pilule |
| Fiche # 6. | Plaque cutanée |
| Fiche # 7. | Condom masculin |
| Fiche # 8. | Diaphragme |
| Fiche # 9. | Cape cervicale |
| Fiche # 10. | Spermicides |
| Fiche # 11. | Ligature/section des trompes |
| Fiche # 12. | Vasectomie |
| Fiche # 13. | Contraception du post-partum |
| Fiche # 14. | Contraception post-abortion |
| Fiche # 15. | Contraception d'urgence |
| Fiche # 16. | Méthodes naturelles de contraception |
| Fiche # 17. | Méthode d'Allaitement Maternel et Aménorrhée |

FICHE TECHNIQUE # 1 : DISPOSITIF INTRA-UTÉRIN (DIU)

I. Définition Le dispositif intra-utérin ou « stérilet » est un petit appareil en plastique flexible, destiné à être placé à l'intérieur de la cavité utérine.
II. Types utilisés en Haïti - DIU TCu-380A dont la durée d'efficacité est de dix (10) à douze (12) ans. - DIU enrobé au lévonorgestrel (progestérone) ou Mirena® dont la durée d'efficacité maximale est trois (3) à cinq (5) ans.
III. Mécanismes d'action L'action contraceptive des DIU vient de la conjonction de plusieurs facteurs: - La présence du DIU ou stérilet provoque une réaction inflammatoire aseptique intra-utérine qui entrave la progression des spermatozoïdes. - Le DIU constitue un corps étranger à l'intérieur de l'utérus qui réagit par de petites contractions musculaires. En accélérant le transport de l'ovule fécondé provoque une arrivée dans la cavité utérine à un stade trop jeune donc impropre à la nidation. Le cuivre renforcerait ces actions par immobilisation des spermatozoïdes et inhibition de la nidation. Le lévonorgestrel (52 mg, soit 20 microgrammes / 24 heures) est libéré continuellement provoquant l'épaississement du bouchon muqueux et amincissement de l'endomètre ; donc efficace dans le traitement de certaines métrorragies.
IV. Efficacité Le DIU TCu-380A est une méthode contraceptive très efficace. Si l'utilisation est correcte, son taux d'efficacité est 99,4%. Cette efficacité est renforcée par la présence du cuivre. Le DIU imprégné au lévonorgestrel est une méthode contraceptive très efficace. Son taux d'efficacité est de 99,2%.
V. Avantages - Très grande efficacité et très longue durée d'efficacité. - Efficace immédiatement après insertion. - Peut être porté à l'insu du partenaire. - N'interfère pas avec l'acte sexuel. - Ne nécessite pas de motivation à répétition. - Peut être inséré pendant la lactation et sans aucune interférence sur la qualité et sur la quantité de lait produit. - Absence d'effet systémique sur l'organisme. - Réversible immédiatement après retrait. - <u>Le DIU peut être utilisé pour une contraception post-coïtale s'il est inséré dans les cinq jours suivant l'acte sexuel. (Contraception d'urgence)</u> - <u>Le DIU peut-être utilisé pour une contraception postabortum.</u> - La présence d'un DIU dans la cavité utérine empêche la formation de synéchies ou d'adhérences intra-utérines qui sont fort souvent la conséquence de curetages utérins extensifs et répétés. - La présence du DIU au lévonorgestrel, utilisé pour réguler les règles trop abondantes ou/et trop longues, est également concluante : les saignements menstruels diminuent de 62-94 % au bout de trois mois d'utilisation et de 71-95% au bout de 6 mois d'utilisation.
VI. Inconvénients - Effets secondaires Le DIU provoque des crampes utérines, des pertes sanguines vaginales dans les deux (2) à trois (3) jours qui suivent l'insertion - Le DIU peut être expulsé spontanément à l'insu de la cliente. - Le DIU peut provoquer une augmentation de l'humidité vaginale. - Le DIU peut occasionner une augmentation du flux menstruel et des douleurs menstruelles durant les trois (3) premiers mois après l'insertion. - Le DIU augmente le risque d'infection pelvienne en cas d'antécédents infectieux. - Il faut un personnel qualifié pour la pause et le retrait. - Le DIU ne protège pas contre les IST/VIH/VHB.
VII. Éligibilité Toutes les femmes <u>en âge de procréer</u> sont éligibles au DIU au cuivre et/ou imprégné au lévonorgestrel mais des précautions sont à observer chez les femmes présentant les pathologies suivantes : - Cardiopathie, endocardite bactérienne subaiguë. - Allergie au cuivre.

- Anémie sévère. - Dysménorrhée sévère. - Multiparité si le sondage utérin est égal ou inférieur à 6.5 cm. - Traitement en cours au corticostéroïde. - Haut risque des IST quand on a plusieurs partenaires sexuels et/ou quand son partenaire masculin a plusieurs autres partenaires.
VIII. Contre-indications Le DIU ne doit pas être inséré chez les femmes si : - Grossesse avérée ou soupçonnée. - Infection pelvienne aigue ou récente: IST (vaginite, cervicite). - Avortement infecté récent. - Cancer génital (ovaire, col ou corps de l'utérus). - Anomalie congénitale de l'utérus ou fibrome utérin provoquant une déformation de la cavité utérine et rendant impossible une pose adéquate de DIU. - Saignement utérin anormal inexpliqué.
IX. Bilan de santé Un bilan de santé est donc nécessaire avant toute insertion de DIU. Ce bilan prend en compte: - Les antécédents médicaux y compris les antécédents gynécologiques et obstétricaux, les antécédents d'IST y compris le VIH. Tout ceci doit être bien investigué pour mieux conseiller la cliente. - L'examen doit toujours comporter un examen vaginal sous spéculum pour visualiser le col utérin et un toucher vaginal bi-manuel pour bien apprécier l'utérus et les annexes. - Les examens de laboratoire ne sont pas indispensables.
X. Moment approprié pour initier la méthode - S'il n'y a pas de risque de probabilité de grossesse, l'insertion peut être faite à n'importe quel moment du cycle menstruel. - En post-partum, dans les deux heures qui suivent l'accouchement ou avant l'exéat qui a lieu généralement dans les 48 heures après l'accouchement. Dans ce cas, l'insertion doit être faite par un personnel qui a reçu un entraînement spécial à cet effet. Autrement, il vaut mieux attendre dans les huit (8) semaines post-natales pour le faire. - Durant la section césarienne après avoir obtenu durant les consultations prénatales l'assentiment de la cliente. - Dans le post-abortum: le placer immédiatement après un avortement non septique. (contraception postabortum). Sinon, il faut soigner l'infection et considérer l'insertion trois (3) mois après guérison complète de l'infection. S'il y a suspicion de grossesse, il faut d'abord faire un test de grossesse (β-HCG si possible) avant l'insertion.
XI. Suivi - Il est recommandé de noter sur la carte de santé que détient la cliente: - o le type de stérilet inséré, - o la date de mise en place, - o la date à laquelle il doit être enlevé, en se basant sur sa durée d'efficacité in utéro. - La première visite de contrôle se situe un mois après la pose, à la fin ou en dehors des règles. - Une date de rendez-vous est donnée à la cliente pour sa visite annuelle. A l'occasion de cette visite annuelle, elle doit bénéficier d'un examen physique et gynécologique complet accompagné d'un examen de détection du cancer du col (Test de cytologie cervicale et/ou d'une investigation visuelle à l'acide acétique). - La cliente reviendra à la clinique s'il y a des effets secondaires inquiétants ou en cas de complications. - La cliente reviendra à la clinique pour le retrait du DIU quand elle le voudra et sa décision de l'enlever doit-être respectée par les prestataires.
XII. Informations pour le prestataire et la cliente/le client Quand débute l'action contraceptive? - Dès la mise en place du DIU TCu-380A. - Quarante-huit (48) heures après la mise en place du DIU au lévonorgestrel Comment s'assurer que le DIU est bien en place? Durant le counseling, la cliente doit être informée sur tous les aspects liés au DIU : - Les effets secondaires (règles abondantes, crampes hypogastriques, les métrorragies...), - Les signes d'alarme : - o Retard ou absence de règles.

- Douleur abdominale, perte de connaissance, saignement utérin anormal (suspicion de perforation utérine ou de grossesse).
- Fièvre accompagnée de douleurs pelviennes et/ou de pertes malodorantes (suspicion d'infection pelvienne).
- Le repérage des fils,
- Le contrôle des serviettes durant les menstruations.

La cliente doit revenir à la clinique si elle ressent la partie dure du DIU au niveau du vagin et/ou si elle ne ressent plus les fils et si elle n'a pas ses menstruations.

En attendant le retour à la clinique, elle doit utiliser une méthode contraceptive transitoire, d'appoint comme le condom.

FICHE TECHNIQUE # 2 : IMPLANTS SOUS-CUTANÉS

I. Définition Les implants sont des bâtonnets qui, placés en sous-cutané, libèrent le produit progestatif lentement dans la circulation sanguine pour assurer l'effet contraceptif.
II. Types utilisés en Haïti Ce sont : le Norplant, le Jadelle et l'Implanon. - Le Norplant est constitué de six (6) bâtonnets flexibles, de deux (2) mm de diamètre sur 3.4cm de long chacun et contenant chacun une dose de 36 mg de Lévonorgestrel. - Le Jadelle est constitué de deux (2) bâtonnets contenant 75 mg de Lévonorgestrel chacun. - L'Implanon est constitué d'un bâtonnet contenant 68 mg d'étonorgestrel.
III. Mécanismes d'action Les implants sous-cutanés (à base de progestérone) préviennent la grossesse de la manière suivante quel que soit la molécule utilisée : - Ils réduisent la production de la glaire cervicale. - Ils épaississent la glaire cervicale rendant difficile le passage des spermatozoïdes dans la cavité utérine. - Ils empêchent l'ovulation au moins dans la moitié des cycles menstruels. - Ils occasionnent la non-prolifération de l'endomètre : le rendant impropre à la nidation. (amincissement de l'endomètre) - Ils diminuent la motilité tubaire.
IV. Efficacité A - Norplant. - Le Norplant possède une grande efficacité sur cinq (5) à sept (7) ans presque comparable à celle de la stérilisation volontaire ; 99% à 99.8% pendant la première année. - Le Norplant est efficace vingt-quatre (24) heures après insertion et n'a pas de délai pour le retour à la fécondité. - Le Norplant a une perte d'efficacité pour les femmes très fortes (femmes obèses avec indice de masse corporelle supérieur à 30) ordinairement à partir de la 4^{ème} année d'utilisation. - Le Norplant présente une diminution de l'efficacité quand administré avec les anticonvulsivants, les antituberculeux (rifampicine), les antimycosiques et certains antirétroviraux (ARV : Certains antiviraux (antiprotéases) utilisés contre le VIH (ritonavir, nelfinavir, éfavirenz, névirapine) B - Jadelle. - Le Jadelle, implant contraceptif est très efficace sur cinq (5) années d'utilisation. Son taux d'efficacité avoisine 99,5%. - Le Jadelle est efficace dans moins de soixante-douze (72) heures après l'insertion et son action s'arrête quelques heures après le retrait. - Le Jadelle a une perte d'efficacité pour les femmes très fortes (femmes obèses avec indice de masse corporelle supérieur à 30) ordinairement à partir de la 4^e année d'utilisation. - Le Jadelle présente une diminution de l'efficacité quand administré avec les anticonvulsivants, les antituberculeux (rifampicine), les antimycosiques et certains antirétroviraux (ARV). C - Implanon. - L'Implanon, implant contraceptif est très efficace sur trois (3) années d'utilisation. Son taux d'efficacité avoisine 99,5%. - L'Implanon est efficace dans moins de soixante-douze (72) heures après l'insertion et son action s'arrête quelques heures après le retrait. Le principal inconvénient est l'aménorrhée. - L'Implanon présente une diminution de l'efficacité quand administré avec les anticonvulsivants, les antituberculeux (rifampicine), les antimycosiques, certains antirétroviraux (ARV), et certains antiviraux (anti protéases) utilisés contre le VIH (ritonavir, nelfinavir, éfavirenz, névirapine)
V. Avantages - Réversibilité complète de délai pour le retour de la fécondité. - Peuvent être utilisés pendant l'allaitement. - Dépend d'un prestataire formé - Convenable, confortable. - Peuvent être enlevés à n'importe quel moment. - Longue durée d'efficacité.

De plus, les implants sous-cutanés : - N'interfèrent pas avec les rapports sexuels. - Réduisent le risque de grossesse ectopique. - Peuvent diminuer le saignement menstruel. - Peuvent diminuer les crampes menstruelles. - Peuvent améliorer l'anémie. - Protègent contre certaines causes de Maladie Inflammatoire du Pelvis (MIP). - Protègent contre le cancer de l'endomètre. - Diminuent les maladies bénignes du sein.
VI. Inconvénients - Effets secondaires - Ils peuvent perturber le cycle menstruel : saignements inter-menstruels, aménorrhée. - Ils peuvent produire d'autres effets secondaires tels que : gain de poids exagéré, hypersialorrhée, céphalées, saute d'humeur, diminution de la libido. - Ils nécessitent un équipement spécial pour l'insertion et le retrait. - Ils nécessitent un personnel entraîné aux techniques d'insertion et de retrait des implants. - Ils ne protègent pas contre les IST/VHB/VIH. D'autres effets secondaires possibles signalés mais peu fréquents parmi la clientèle locale sont notés: - une pilosité exagérée (hirsutisme) et/ou la chute des cheveux, - l'acné, des dermatites, la jaunisse, la dépression.
VII. Éligibilité Toutes les femmes en âge de procréer sont éligibles aux implants sous-cutanés spécifiquement : - Les femmes qui désirent un espacement des naissances de longue durée. - Les femmes qui ont complété leur famille mais ne sont pas prêtes à accepter une méthode permanente. - Les couples qui préfèrent une méthode contraceptive réversible qui n'interfère pas avec l'acte sexuel. - Les femmes qui veulent une méthode contraceptive hormonale efficace et ne peuvent pas tolérer les pilules. - Les femmes qui allaitent et veulent une méthode de contraception. - Les femmes qui n'allaitent pas en période de post-partum. - Les femmes après avortement (contraception postabortum) - Les femmes qui ont des antécédents de grossesse ectopique. - Les femmes qui fument, (n'importe quel âge, n'importe quelle quantité de cigarettes.)
VIII. Contre-indications Les implants sous-cutanés ne doivent pas être prescrits aux femmes qui : - Ont une grossesse confirmée ou fortement suspectée. - Ont une tumeur maligne du sein. - Désirent une grossesse à brève échéance. Les implants peuvent être prescrits avec précautions aux femmes qui ont : - Anémie grave à cause des effets secondaires possibles (métrorragies). - Saignements vaginaux anormaux et non encore diagnostiqués. - Médication anti-convulsivante, anti fongique, anti tuberculeuse. - Troubles cérébro-vasculaires ou maladie coronarienne.
IX. Bilan de santé Un bilan de santé est nécessaire avant toute insertion d'implants sous-cutanés. Ce bilan prend en compte: - Les antécédents médicaux y compris les antécédents gynécologiques et obstétricaux, les antécédents de VIH. Tout ceci doit être bien investigué pour mieux conseiller la cliente. - L'examen se résume en un examen général. L'examen vaginal sous spéculum n'est pas nécessaire sauf si la cliente décide d'effectuer une cytologie cervicale et/ou une IVA. - Les examens de laboratoire ne sont pas indispensables.
X. Moment approprié pour initier la méthode Le moment de l'insertion les plus approprié se situe durant les sept (7) premiers jours du cycle menstruel - Exceptionnellement, si la cliente n'a pas été exposée au risque de grossesse, l'insertion peut être faite plus tard dans le cycle. Dans ce cas, durant tout le reste du cycle, la cliente doit observer une abstinence totale ou utiliser une méthode barrière. - En post-abortum, l'implant peut être inséré immédiatement selon le désir de la cliente. (contraception post-abortum). - En post-partum, elle peut-être inséré avant l'exéat. (contraception du postpartum)

- Au-delà des six (6) semaines après l'accouchement, si la femme n'a pas encore ses règles et qu'elle n'allait pas, il faut faire un test de grossesse avant l'insertion.
- Après 6 mois si elle utilise la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA).

Lieu de l'insertion : face interne du bras non dépendant préférentiellement sous anesthésie locale et/ou toute espace choisi par la femme qui n'est sujette à aucune contre-indication.

Les implants sous-cutanés peuvent être retirés à n'importe quel moment de la durée dès que la femme le désire

XI. Suivi

- Il est recommandé de noter sur la carte de santé que détient la cliente:
 - o le type d'implant inséré,
 - o la date de mise en place,
 - o la date à laquelle il doit être enlevé, en se basant sur sa durée d'efficacité.
- Après l'insertion, donner un premier rendez-vous dans cinq (5) jours afin d'enlever le pansement et voir l'état de la plaie d'insertion.
- Au 5^{ème} jour, refaire le pansement et donner un autre rendez-vous dans huit (8) jours pour constater la complète cicatrisation.
- La prochaine visite sera fixée dans trois (3) mois et ensuite tous les ans. A l'occasion de la visite annuelle, elle doit bénéficier d'un examen physique et gynécologique complet accompagné d'un examen de détection du cancer du col (Test de cytologie cervicale et/ou d'une investigation visuelle à l'acide acétique).
- S'assurer que la cliente a bien compris tous les effets secondaires possibles.
- La cliente sera instruite sur la nécessité de revenir au centre si elle a des effets secondaires ou des signes d'alarme qui l'inquiètent. Et à chacune de ces visites, le counseling doit être fait pour renforcer la motivation de la cliente à conserver la méthode.
- Les prestataires de soins doivent procéder au retrait des implants à la demande de la cliente.
- Le registre des utilisatrices des implants doit être actualisé régulièrement afin de repérer les clientes dont les implants sont arrivés à expiration, pour les enlever.

XII. Informations pour le prestataire et la cliente/le client

Quand débute l'action contraceptive?

- Dans les quarante-huit (48) heures de la mise en place de l'implant sous-cutané.

Comment s'assurer que l'implant est bien en place?

Durant le counseling, la cliente doit-être informée sur tous les aspects liés aux implants sous-cutanés.

- Les effets secondaires (règles abondantes, l'aménorrhée, les métrorragies...),
- Les signes d'alarme :
 - o Céphalée intense inhabituelle.
 - o Migraine.
 - o Poussée d'hypertension artérielle.
 - o Signes d'infection au niveau de la zone d'insertion : émission de pus, etc.
 - o Expulsion partielle ou totale d'une ou de plusieurs capsules.
 - o Douleur au niveau de la zone d'insertion.
 - o Retard de la menstruation après plusieurs mois de cycles réguliers (peut être un signe de grossesse).
 - o Douleurs aiguës au bas ventre.
 - o Saignement abondant
- L'efficacité peut être diminuée lors de la prise d'autres médicaments comme les médicaments contre l'épilepsie (phénytoïne et barbituriques) ou la tuberculose (rifampicine), ou les antifongiques et l'infection à VIH.
- La description de la procédure et des précautions à prendre :
 - o Il faut lui décrire la procédure d'insertion; lui dire qu'elle sentira une légère gêne au moment de l'infiltration de la zone, mais pas de vraie douleur.
 - o Garder le site de l'insertion de l'implant sec pendant quarante-huit (48) heures.
 - o Laisser le bandage de compression pendant 48 heures et le sparadrap en place jusqu'à ce que l'incision cicatrise (3 à 5 jours).
 - o Il arrive couramment que la zone de l'incision soit contusionnée ou sensible. Si vous avez des doutes, retournez à la clinique.
 - o Éviter de traumatiser le lieu de l'insertion, de porter des objets lourds ou d'appliquer une trop forte pression au site de l'incision.
 - o Une fois guérie, la zone peut être touchée et lavée comme à la normale avec la même pression.
 - o Le retrait est effectuée selon la volonté de la cliente et/ou à l'expiration du temps de durée de l'implant.

- Après le retrait, si la cliente le désire, un nouveau jeu d'implants peut lui être inséré. Le counseling est très important à toutes les étapes.
 - Si elle ne veut plus de cette méthode, faire à nouveau les counseling et par la suite, elle pourra choisir une autre méthode.
 - Enfin, il faut lui parler et la rassurer avant, pendant et après l'insertion.
- Les Implants ne protègent pas contre les IST/VHB/VIH.

FICHE TECHNIQUE # 3 : INJECTABLES (Progestatif)

I. Définition Les contraceptifs injectables les plus couramment utilisés sont des préparations à base d'hormones stéroïdes synthétiques ayant le même effet que la progestérone. Ils sont administrés par voie intramusculaire et en sous-cutané et ont un effet retard : une seule dose est efficace pendant deux (2) à trois (3) mois selon le type utilisé.
II. Types utilisés en Haïti - L'acétate de médroxyprogestérone retard (AMPR) ou Dépo-Provéra en intramusculaire (150 mg IM) dont la durée d'efficacité est de trois (3) mois. - L'acétate de médroxyprogestérone retard en sous-cutané (104 mg SC) ou SayanaPress® dont la durée d'efficacité est de trois (3) mois. Il se présente dans un système d'injection, « Uniject » un petit dispositif pré-rempli autobloquant. Il contient 104 mg de DMPA par dose de 0,65ml. - L'énantate de noréthistérone (EN-NET) ou Noristérat dont chaque dose de deux (200) mg en intramusculaire (200 mg IM) procure une protection contraceptive très efficace durant deux (2) mois.
III. Mécanismes d'action Les injectables (à base progestérone) préviennent la grossesse de la manière suivante quel que soit la molécule utilisée : - Ils réduisent la production de la glaire cervicale. - Ils épaississent la glaire cervicale rendant difficile le passage des spermatozoïdes dans la cavité utérine. - Ils empêchent l'ovulation. - Ils occasionnent la non-prolifération de l'endomètre : le rendant impropre à la nidation (amincissement de l'endomètre) - Ils diminuent la motilité tubaire.
IV. Efficacité Le contraceptif injectable est une méthode très efficace : 99,7% d'efficacité.
V. Avantages Avantages contraceptifs - Grande efficacité. - L'efficacité se maintient quelques semaines après la date de renouvellement de l'injection. - Confidentialité de la méthode. - N'interfère pas avec l'acte sexuel. - Peut être utilisé par une femme qui allaite son bébé. - Acceptable pour les femmes de plus de 35 ans, qui ne veulent pas encore la contraception chirurgicale volontaire (CCV). Avantages non contraceptifs. - Procure une certaine protection contre les infections pelviennes : en durcissant la glaire cervicale, ce qui oppose une certaine résistance au passage des microbes du vagin vers l'utérus. - Protège contre le cancer ovarien, le cancer de l'endomètre. - Diminue la crise d'anémie falciforme.
VI. Inconvénients - Effets secondaires - Perturbation du cycle menstruel : saignements inter menstruels, aménorrhée. - Effet retard : en cas d'effets secondaires prolongés, le produit ne peut être discontinué rapidement car son effet se produit jusqu'à ce qu'il soit complètement métabolisé. - Certains effets secondaires tels que : gain de poids exagéré, céphalées, saute d'humeur, diminution de la libido. - Retard dans le rétablissement de la fécondité. - Pas de protection contre les IST/VHB/VIH. - Le DMPA en sous-cutané requiert une formation minimale pour que les agents puissent communiquer et former correctement la femme à son usage personnel.
VII. Éligibilité Toutes les femmes en âge de procréer sont éligibles aux injectables intramusculaires et /ou aux sous-cutanés : Le contraceptif injectable est une méthode appropriée pour les femmes qui : - Préfèrent une méthode de durée moyenne, ne nécessitant pas de gestes à répétition quotidienne. - Allaitent et souhaitent une protection très efficace contre une grossesse non désirée. - Ont complété leur famille mais n'ont pas encore opté pour la ligature/section des trompes.

- Ont reçu des soins post-abortum.
- Ne tolèrent pas les COC.
- Ont de l'anémie falciforme.
- Ont plus de 35 ans.
- Sont infectées au VIH.
 - o Les femmes qui ont contacté le VIH et qui sont sous traitement antirétroviral (ARV) peuvent en général utiliser les progestatifs injectables.
 - o Étant donné que l'efficacité contraceptive des produits injectables peut être atténuée par les ARV, il est important de recommander aux femmes de venir à temps pour l'administration de l'injection suivante (sans retard).
 - o Les femmes vivant avec le VIH qui utilisent les progestatifs injectables, doivent avoir recours à la double méthode en envisageant l'emploi du préservatif en plus des contraceptifs injectables.

VIII. Contre-indications

Le contraceptif injectable ne devrait pas être prescrit :

- Aux femmes enceintes : grossesse confirmée ou suspectée par l'histoire clinique, etc.
- Aux femmes souffrant de maux de tête aiguës.
- Aux femmes qui ont une tumeur maligne au sein, confirmée ou suspectée par l'examen physique.
- Aux femmes qui souhaitent devenir enceintes dans un avenir proche.
- Aux femmes souffrant de :
 - Tumeur maligne du foie.
 - Maladies cardio-vasculaires.
 - Saignement vaginal non diagnostiqué.

Les contre-indications relatives et considérations particulières des injectables sont les mêmes que pour les contraceptifs oraux à progestérone seul (COP, PP).

IX. Bilan de santé

Un bilan de santé n'est pas obligatoire pour recevoir les intrants injectables. Si la cliente présente des antécédents médicaux qui doivent-être investigués, un bilan médical devrait être effectué.

La femme doit être informée de tout danger qui peut survenir à l'utilisation des injectables en intramusculaire et en sous-cutané.

X. Moment approprié pour initier la méthode

Du 1^{er} jour au 5^{ème} jour des règles. Dans ce cas, l'effet contraceptif de l'injectable est immédiat. Si pris à partir du 6^{ème} jour ou après, l'abstinence est de mise pour tout le reste du cycle ou l'utilisation d'une autre méthode d'appoint : condom, tablette vaginale est nécessaire.

Fréquence des injections

- Dépo-Provéra en intramusculaire : tous les trois (3) mois, soit un intervalle de douze (12) semaines.
- Dépo-Provéra en sous-cutané : tous les trois (3) mois.
- Noristérat en intramusculaire : tous les deux (2) mois, soit un intervalle de huit (8) semaines.

L'injection est effectuée en intramusculaire profond habituellement dans le quadrant supéro-externe du muscle fessier et/ ou au niveau du deltoïde (partie supérieure et externe du bras) ; localisation qui semble plus confortable pour beaucoup de femmes.

Ne pas masser le siège de l'injection car cela peut accélérer la diffusion sanguine plus rapide de l'hormone et diminuer la durée d'efficacité du contraceptif.

XI. Suivi

La cliente doit avoir une date de rendez-vous inscrite sur sa carte de santé.

Elle doit-être informée qu'elle peut à tout moment se rendre à une clinique pour recevoir les soins qu'elle juge nécessaire ou pour essayer de comprendre des modifications liées à l'utilisation de la méthode.

Lors de la visite, profiter pour effectuer un examen physique et gynécologique avec cytologie vaginale. Toujours la rassurer.

- Si la cliente se plaint de douleur abdominale, de pertes vaginales sanguines au moment des rapports sexuels, d'hémorragie inter menstruelle, de leucorrhée :
 - Faire l'examen physique et pelvien, sous spéculum et toucher bi-manuel. Contrôler la tension artérielle. Inscire les informations dans le dossier médical et s'il n'y a pas de contre-indications, lui faire l'injection.
- Si la cliente a manqué son rendez-vous depuis plus d'un mois, et est aménorrhéique :
 - Éliminer la probabilité d'une grossesse par l'examen clinique,
 - Faire un test de grossesse si possible.

La mettre sous méthode de barrière, la revoir dans un mois et si l'examen clinique n'est pas en faveur d'une grossesse, lui faire l'injection et reprendre le « counseling ».

- Si elle a décidé de recevoir l'injection en dehors d'une structure sanitaire, la cliente peut à tout moment venir consulter au niveau de toute institution sanitaire pour quelque raison que ce soit et recevoir les informations complémentaires liées à la méthode.

XII. Informations pour le prestataire et la cliente/le client

L'aménorrhée, plus fréquemment rencontrée qu'avec le Noristérat, environ 50% des clientes en souffrent au bout de la première année d'utilisation.

Les saignements vaginaux, moins fréquemment rencontrés qu'avec le dépo-provéra ; environ 30% des clientes l'expérimentent au bout de la première année d'utilisation.

- Taux d'efficacité du DMPA : 0,3 grossesse pour 100 clientes utilisatrices de la méthode par an
- Taux d'efficacité du Noristérat : 0,4 grossesse pour 100 clientes utilisatrices de la méthode par an.

Les clientes sous Dépo-provéra peuvent constater une légère modification du glucose sanguin. Cependant, cet effet ne se remarque pas chez les clientes utilisant le Noristérat donc demeure un meilleur choix pour les clientes diabétiques.

Pour le Dépo-provéra et le Noristérat, pour chaque injection, il faut utiliser une aiguille et une seringue stérile à usage unique. Les aiguilles et les seringues jetables doivent être utilisées une seule fois et doivent-être détruites après emploi.

De même pour les clientes utilisant le DMPA en sous-cutané. Elles doivent après utilisation jetés le matériel en lieu sûr à l'abri des enfants.

Quand débute l'action contraceptive?

- Dans les vingt-quatre à quarante-huit (48) heures après l'injection.

Durant le counseling, la cliente doit-être informée sur tous les aspects liés aux injections (intramusculaire et/ou sous-cutané).

- Les effets secondaires (règles abondantes, l'aménorrhée, les métrorragies...),
- Les signes d'alarme :
 - o Céphalée intense inhabituelle.
 - o Migraine.
 - o Poussée d'hypertension artérielle.
 - o Retard de la menstruation après plusieurs mois de cycles réguliers (peut être un signe de grossesse).
 - o Douleurs aiguës au bas ventre.
 - o Saignement abondant.
- L'efficacité peut être diminuée lors de la prise d'autres médicaments comme les médicaments contre l'épilepsie (phénytoïne et barbituriques) ou la tuberculose (rifampicine), ou les antifongiques et l'infection à VIH.
- La description de la procédure et des précautions à prendre
 - o Il faut lui décrire la procédure d'injection (intramusculaire et/ou sous-cutanée); lui dire qu'elle sentira une légère gêne mais pas de vraie douleur.
 - o Rassurer la cliente sur l'innocuité de la méthode et la garantie de stérilisation parfaite du matériel utilisé et lui faire comprendre que, pour éviter une grossesse, il faut que les injections soient prises à intervalles réguliers : chaque trois (3) mois pour le Dépo-provéra (intramusculaire et/ou sous-cutané) et chaque deux (2) mois pour le Noristérat.
 - o Si elle ne veut plus de cette méthode, elle pourra choisir une autre méthode.
 - o Enfin, il faut lui parler et la rassurer (counseling) avant, pendant et après l'insertion.
 - o A l'arrêt de la méthode, un temps assez long peut s'écouler avant qu'elle ne devienne enceinte, cependant cela n'altère en rien la fertilité.
 - o Lui recommander de revenir au centre si elle a des problèmes énumérés plus bas (signes d'alarme).
 - o Lui donner une date de rendez-vous
- Les injectables ne protègent pas contre les IST/VHB/VIH.

FICHE TECHNIQUE # 4 : CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINÉS (COC)

I. Définition

Il s'agit d'une méthode contraceptive orale à base de deux (2) molécules hormonales : œstrogène et progestérone. La pilule contraceptive combinée contient deux (2) types d'hormones synthétiques ; l'œstrogène et un progestatif similaires aux hormones produites par les ovaires de la femme pendant le cycle menstruel.

II. Types utilisés en Haïti

Présentation

- Paquet de vingt et une (21) tablettes.
- Paquet de vingt-huit (28) tablettes dont vingt et une (21) de couleur blanche contenant les hormones et sept (7) de couleur brune contenant du fer.

Les pilules de COC distribuées dans le programme (Lo-féménal®, Microgynon®, Pilplan®) appartiennent à cette deuxième catégorie.

Composition

Les types les plus couramment utilisés actuellement contiennent de l'œstrogène à raison de 30 à 50 microgrammes d'éthinylestradiol ou de mestranol et de la progestérone à moins de deux (2) milligrammes de lévonorgestrel ou de norethistérone.

Les pilules de COC distribuées par le programme national de PF sont ainsi dosées:

- Tablettes blanches, 0.30 milligramme de Norgestrel (progestatif) et 30 microgrammes d'Ethinylestradiol (œstrogène).
- Tablettes brunes, 75 milligrammes de fumarate ferreux.

III. Mécanismes d'action

La pilule combinée (COC) empêche la grossesse:

- Principalement par la suppression de l'ovulation grâce à une action inhibitrice au niveau de l'axe hypothalamo-hypophysaire;
- Accessoirement en modifiant la constitution de l'endomètre, le rendant impropre à la nidation;
- En épaississant la glaire cervicale gênant la progression des spermatozoïdes vers la cavité utérine.

IV. Efficacité

Les contraceptifs oraux combinés sont très efficaces: 99.9% à 100% d'efficacité si l'utilisation est correcte.

V. Avantages

Avantages contraceptifs.

- Très efficace quand l'utilisation est correcte.
- N'interfère pas avec l'acte sexuel.
- Est sous le contrôle de la femme
- Peut-être discontinuée à n'importe quel moment sans l'aide d'un prestataire de soins.

Avantages non contraceptifs

- Diminue les douleurs menstruelles (traitement de la dysménorrhée).
- Diminue le flux menstruel.
- Diminue les risques de kyste des ovaires ou de cancer des ovaires.
- Régularise le cycle menstruel.
- Diminue les risques d'infection pelvienne.
- Diminue l'incidence d'anémie ferriprive.
- Diminue l'acné prémenstruelle.

VI. Inconvénients - Effets secondaires

- Doit être prise chaque jour
- Difficile à prendre à l'insu du partenaire.
- Donne quelques effets secondaires quoique mineurs.

Son efficacité diminue quand elle est prise avec certains médicaments comme les antibiotiques, les anticonvulsivants, certains ARV.

Les effets systémiques sur l'organisme provoquent des effets secondaires indésirables et des complications cardio-vasculaires surtout chez les fumeuses et les femmes âgées de plus de 40 ans.

Ne protège pas contre les infections sexuellement transmissibles: IST/ VHB/VIH.

VII. Éligibilité

Les contraceptifs oraux combinés sont une méthode appropriée pour toute femme qui:

- Désire une méthode temporaire très efficace.

- A des règles abondantes.
- A une dysménorrhée sévère.
- A des phénomènes prémenstruels tels que: gain de poids, anxiété, dépression.
- A des règles irrégulières.
- A des kystes de l'ovaire.

VIII. Contre-indications

Contre-indications absolues

Les contraceptifs oraux combinés ne doivent pas être prescrits à une femme qui:

- A un test de grossesse positif ou une histoire clinique suggestive de grossesse.
- A une histoire présente ou passée de problèmes thromboemboliques, ou cardio-vasculaires tels que: phlébite profonde, embolie pulmonaire, insuffisance cardiaque, accident cérébro-vasculaire, infarctus...
- A plus de 35 ans et fume plus de vingt (20) cigarettes par jour.
- A un cancer du sein (sensible aux œstrogènes).
- A un dysfonctionnement du foie, une tumeur bénigne ou maligne du foie, une histoire évocatrice d'ictère de la grossesse.
- A une hépatite virale active.
- A une tumeur maligne du col, du corps utérin ou des ovaires.
- A une hypertension artérielle égale ou supérieure à 180 par 110.
- A un diabète avec atteinte vasculaire
- A un diabète datant de plus de vingt (20) ans.
- A une migraine diagnostiquée avec point focal neurologique.
- A moins de six (6) semaines de post-partum et qui nourrit son bébé au sein.

Contre-indications relatives

Les contraceptifs oraux combinés (COC) pourront être prescrits avec beaucoup de réserve aux femmes qui:

- Allaitent leur bébé durant les six premières semaines.
- Ont l'un des facteurs suivants:
 - Troubles cardiaques diagnostiqués,
 - Âgée de plus de 35 ans et qui fument,
 - Diabète contrôlé,
 - Hypertension artérielle égale ou supérieure à 140 par 90.
 - Saignement vaginal irrégulier, non encore diagnostiqué.
 - Absorption d'antibiotiques (rifampicine, ampicilline, sulfa, chloramphénicol,) d'anti-convulsivantes contre l'épilepsie et d'antirétroviraux contre le VIH (éfavirenz, névirapine, nelfinavir, ritonavir). En effet, ces médicaments accélèrent le métabolisme des œstrogènes au niveau du foie et la méthode par ainsi perd de son efficacité. Aussi, il est recommandé d'utiliser une méthode de barrière durant la période d'ingestion de ces médicaments.

IX. Bilan de santé

Un bilan de santé n'est pas obligatoire pour absorber les COC. Si la cliente présente des antécédents médicaux qui doivent-être investigués, un bilan médical devrait-être effectué.

La femme doit être informée de tout danger qui peut survenir à la prise des contraceptifs oraux combinés et doit retourner à la clinique pour toute anomalie et/ou pour toute inquiétude.

X. Moment approprié pour initier la méthode

La première pilule blanche de la première rangée est absorbée le 5^{ème} jour à partir du début des règles et suit la flèche indiquant la suite des comprimés à prendre.

Une cliente en post-partum qui allaite et/ou n'allait pas peut commencer six semaines après l'accouchement. Il faut seulement s'assurer qu'elle n'est pas enceinte si elle n'a pas encore eu ses règles.

XI. Suivi

Le suivi de la cliente sous pilule peut être assuré selon sa convenance, au centre, ou à domicile. S'il se fait à la clinique, offrez-lui deux (2) cycles à la première visite pour la période d'adaptation et le nombre de paquets (en moyenne six cycles) selon sa demande aux visites subséquentes.

La femme doit-être informée que la consultation gynécologique est annuelle et que toute inquiétude ressentie lors de la prise des COC devrait-être un motif de consultation.

Lors de la visite, un examen général et gynécologique sera effectué avec l'accord de la cliente. Cet examen de prévention doit prendre en compte, si nécessaire, la cytologie cervicale et la mammographie.

XII. Informations pour le prestataire et la cliente/le client

Quand débute l'action contraceptive?

- Immédiatement dès le début de la prise de pilules.

Durant le counseling, la cliente doit-être informée sur tous les aspects liés aux COC.

- Les effets secondaires,
- Les signes d'alarme :
 - Migraine vraie, d'apparition récente ou qui s'aggrave.
 - Ictère (jaunisse avec démangeaison et urines foncées).
 - Troubles de la vision.
 - Aménorrhée de deux mois ou plus.
 - Crampes, douleurs aux mollets.
 - Apparition soudaine d'une douleur vive au thorax.

Si la cliente ressent l'un de ces signes, elle doit discontinuer la pilule et se rendre au centre de santé.

- L'efficacité peut être diminuée lors de la prise d'autres médicaments comme les médicaments contre l'épilepsie (phénytoïne et barbituriques) ou la tuberculose (rifampicine), ou les antifongiques et les ARV de l'infection à VIH.

Description de la procédure et des précautions à prendre.

Durant le counseling, la femme doit-être informée clairement et correctement. Pour le paquet de vingt-huit (28) pilules :

- Lui expliquer que c'est une méthode très efficace quand elle est utilisée correctement, que le paquet contient 21 pilules actives blanches et 7 pilules brunes contenant du fer.
- Pour une cliente en post-partum allaitante et/ou non allaitante qui choisit la pilule combinée, elle peut commencer six (6) semaines après l'accouchement. Il faut s'assurer qu'elle n'est pas enceinte si elle n'a pas encore ses règles.
- Lui expliquer certains petits inconvénients qui peuvent survenir quand on utilise la pilule, à savoir:
 - les saignements inter-menstruels qui sont peu abondants, et ne sont pas de véritables règles et ne présentent aucun danger,
 - des nausées, des vomissements, des vertiges, des céphalées.

Ces inconvénients sont dus à une adaptation de l'organisme aux substances contenues dans la pilule et disparaîtront au bout de deux (2) à trois (3) cycles.

- Lui expliquer que même avec ces inconvénients, qui sont passagers, elle doit continuer à prendre la pilule chaque jour.
- Prendre une pilule blanche chaque jour pendant 21 jours; puis les sept brunes pendant 7 jours.

La femme doit prendre la pilule chaque jour même si elle n'a pas eu de rapports sexuels.

- Prendre la pilule chaque jour (il serait mieux de la prendre le soir).
- **Prendre la pilule toujours à la même heure** : cela crée l'habitude et évite de ressentir les inconvénients suscités.
- Les COC ne protègent pas contre les IST/VHB/VIH.

Que faire lors de l'oubli de la pilule du jour ?

Chaque fois que la femme oublie de prendre sa pilule du jour, elle augmente les risques de tomber enceinte.

- Si la femme a oublié de prendre la pilule blanche pendant un jour, elle doit donc la prendre dès qu'elle s'en souvient. Elle doit, en outre, prendre la prochaine pilule à l'heure habituelle : ce qui veut dire qu'elle devra prendre deux (2) pilules ce jour- là.
- Si la femme a manqué de prendre la pilule deux (2) jours de suite, au cours des quinze premiers jours du cycle, elle prendra deux (2) pilules dès qu'elle s'en rend compte et encore deux (2) autres pilules le jour suivant. Après, elle va continuer à prendre chaque jour une pilule à l'heure habituelle.
- Si la femme a manqué de prendre la pilule deux (2) jours de suite au cours de la troisième semaine du cycle ou encore si elle a oublié de prendre la pilule plus de deux (2) jours à n'importe quel moment du cycle, il lui sera recommandé de jeter la plaquette déjà entamée et de commencer immédiatement une autre plaquette.
- Dans tout cas d'oubli dépassant plus de deux jours, il est recommandé d'utiliser une autre méthode contraceptive d'appoint (barrière) ou encore de faire de l'abstinence pendant au moins sept (7) jours pour assurer la protection qui a été compromise par l'oubli.
- Si elle a eu des épisodes de vomissements ou de diarrhées sévères qui pourraient diminuer la concentration de la méthode dans l'organisme, donc son efficacité, il est nécessaire d'utiliser une protection contraceptive d'appoint (barrière ou abstinence) pendant au moins une semaine à cause de la baisse d'absorption intestinale des hormones contraceptives.

FICHE TECHNIQUE # 5 : MINI PILULE / Contraceptif oral à progestatif seul (COP/PP)

I. Définition La pilule à progestatif seul ou minipilule ou micropilule progestative (COP, PP) est un contraceptif hormonal oral ne contenant qu'une seule substance à effet progestatif (COP, PP), du groupe noréthistérone ou du groupe lévonorgestrel, à dose très faible, habituellement de 0.03 à 0.5 mg soit dix (10) fois moins que la dose de progestatif dans les contraceptifs oraux combinés (COC).
II. Types utilisés en Haïti La minipilule ou micropilule progestative disponible dans le Programme de planification familiale se présente en plaquette de vingt-huit (28) tablettes et contient le Norgestrel à 0.075 mg par tablette.
III. Mécanismes d'action La minipilule ou micropilule progestative contient un progestatif comparable à la progestérone qui est produite par l'ovaire de la femme. Elle empêche la grossesse par les mécanismes suivants : - Elle réduit la production de la glaire cervicale. - Elle épaissit la glaire cervicale rendant difficile le passage des spermatozoïdes dans la cavité utérine. - Elle empêche l'ovulation au moins dans la moitié des cycles menstruels. - Elle occasionne la non-prolifération de l'endomètre : le rendant impropre à la nidation. (amincissement de l'endomètre).
IV. Efficacité La minipilule ou micropilule progestative est très efficace. Pour les femmes qui allaitent, si l'utilisation est courante, son efficacité est de 99%; (une grossesse sur 100 femmes). Par contre son efficacité est de 97% pour les femmes qui n'allaitent pas.
V. Avantages La minipilule ou micropilule progestative présente de nombreux avantages : - Peut être utilisée sans examen gynécologique préalable. - Grande efficacité quand elle est utilisée correctement. - Diminue le flux sanguin menstruel, d'où effet bénéfique dans les cas d'anémie. - N'augmente pas la coagulation sanguine. - A un effet protecteur contre les infections inflammatoires pelviennes. - Diminue les douleurs menstruelles. - C'est une méthode réversible. - Peut être utilisée chez les femmes allaitantes. - Peut être utilisée sans risque chez une femme vivant avec le VIH.
VI. Inconvénients - Effets secondaires - <u>Doit être prise chaque jour, à la même heure.</u> Un retard de trois (3) heures augmente les risques de grossesse. - Peut provoquer des dérèglements menstruels. - Peut induire des effets secondaires désagréables pour certaines clientes, mais qui ne sont pas nuisibles à l'organisme. - Ne protège pas contre les IST/VHB/VIH.
VII. Éligibilité Cette méthode est recommandée chez: - Les femmes qui allaitent. - Les femmes qui ont des effets secondaires avec les pilules combinées tels que de fortes migraines, de l'hypertension artérielle, des douleurs. - Les femmes âgées de plus de 35 ans, grandes fumeuses, qui ne peuvent pas ou qui ne veulent pas prendre une autre méthode efficace de contraception telle DIU, CCV, Implants. Comparé à l'œstrogène, le progestatif à très faible dose n'augmente pas le risque de coagulation anormale du sang. - Les femmes qui souffrent d'anémie.
VIII. Contre-indications Contre-indications absolues Cette méthode contraceptive ne doit pas être prescrite si : • Une grossesse est fortement suspectée ou est confirmée. Cependant aucune étude n'a encore révélé que la prise accidentelle de contraceptif pendant la grossesse augmente les risques de malformation fœtale. • Une tumeur du sein.

Contre-indications relatives.

Cette méthode pourra être prescrite mais avec prudence:

- Aux femmes qui ont des saignements vaginaux (inter-ménstruels ou après des rapports sexuels) non encore diagnostiqués, durant la période d'évaluation.
- Aux femmes qui sont sous médication antituberculeuse ou anticonvulsive car l'effet du contraceptif sera diminué.
- Aux femmes qui ont un kyste fonctionnel de l'ovaire.

IX. Bilan de santé

Un bilan de santé n'est pas obligatoire pour absorber les minipilules. Si la cliente présente des antécédents médicaux qui doivent être investigués, un bilan médical devrait être effectué.

La femme doit être informée de tout danger qui peut survenir à la prise des contraceptifs oraux à progestatif seul et doit retourner à la clinique pour toute anomalie et/ou pour toute inquiétude.

X. Moment approprié pour initier la méthode

La femme en période post-natale peut prendre la minipilule dès la quatrième semaine après l'accouchement si elle ne veut pas suivre une autre méthode (MAMA, DIU...).

La minipilule est absorbée préférentiellement le premier jour des règles en commençant la plaquette par la première pilule en suivant les flèches indiquant le chemin à parcourir. Ne pas rater l'heure de la prise du COP.

La micropilule progestative doit être prise en continu et à heure fixe (écart ne dépassant pas deux (2) heures).

Elle doit être prise par la cliente au 10^{ème} jour après l'accouchement chez les femmes qui allaitent et dès le 20^{ème} jour après accouchement chez les femmes qui n'allaitent pas.

XI. Suivi

Le suivi de la cliente sous micropilule progestative peut être assuré selon sa convenance, au centre, ou à domicile. S'il se fait à la clinique, donner deux (2) cycles à la première visite pour la période d'adaptation et le nombre de paquets (en moyenne six cycles) selon sa demande aux visites subséquentes.

Après une année de prise des COP/PP, proposer un examen général et gynécologique de contrôle avec cytologie cervicale et mammographie.

XII. Informations pour le prestataire et la cliente/le client**Quand débute l'action contraceptive?**

- Immédiatement dès le début de la prise de pilules. C'est une méthode très efficace quand elle est correctement utilisée, c'est-à-dire qu'elle doit avaler une pilule chaque jour sans discontinuer, à la même heure, même s'il n'y a pas eu de rapports sexuels parce que la dose d'hormone contenue dans la minipilule est si faible que si elle oublie de la prendre un seul jour, la protection est rompue

Durant le counseling, la cliente doit être informée sur tous les aspects liés aux minipilules ou micropilules progestatives.

- Les effets secondaires,
- Les signes d'alarme :
 - o Ictère (teinte jaune des conjonctives).
 - o Sensation de boule au sein.
 - o Douleurs thoraciques aiguës et souffle court (dyspnée).
 - o Céphalées sévères avec vertiges, ou accompagnées de troubles de la vision ou neurologiques. Douleur aiguë au mollet.

Si la cliente ressent l'un de ces signes, elle doit discontinuer micropilule progestative et se rendre au centre de santé.

- L'efficacité peut être diminuée lors de la prise d'autres médicaments comme les médicaments contre l'épilepsie (phénytoïne et barbituriques) ou la tuberculose (rifampicine), ou les antifongiques et les ARV de l'infection à VIH.

La femme doit prendre la pilule chaque jour même si elle n'a pas eu de rapports sexuels.

- Prendre la pilule chaque jour (il serait mieux de la prendre le soir).
- Prendre la pilule toujours à la même heure : cela crée l'habitude et évite de ressentir les inconvénients suscités.
- Les COP/PP ne protègent pas contre les IST/VHB/VIH.

Que faire lors de l'oubli de la pilule du jour ?

- Si la femme a oublié de prendre la pilule blanche pendant un jour, elle doit donc la prendre dès qu'elle s'en souvient. Elle doit en outre prendre la prochaine pilule à l'heure habituelle : ce qui veut dire qu'elle devra prendre deux (2) pilules ce jour-là.
 - Puis, observer une abstinence ou utiliser une méthode de barrière pendant les quarante-huit (48) heures suivantes, tout en continuant de prendre la minipilule/micropilule progestative.

- Si la femme a manqué de prendre la pilule deux (2) jours de suite, elle prendra deux (2) pilules dès qu'elle s'en rend compte et encore deux (2) autres pilules le jour suivant. Après, elle va continuer à prendre chaque jour une pilule à l'heure habituelle.
 - De plus, il faut observer une abstinence ou utiliser une méthode de barrière durant une semaine tout en continuant de prendre la minipilule chaque jour.

Si dans un mois les règles ne sont pas apparues, venir au centre et/ou à la clinique pour un contrôle afin d'éliminer ou de confirmer une grossesse.

Les règles peuvent arriver durant la quatrième semaine de prise de la minipilule. Mais les règles peuvent devenir irrégulières et même être absentes à certains mois.

Même si elle n'a pas eu ses règles, la femme doit commencer un nouveau paquet de minipilule le lendemain du jour où elle a pris la dernière minipilule du paquet en utilisation.

Si après une période de règles régulières se produit une aménorrhée, la cliente doit venir au centre pour un examen clinique en vue d'éliminer la possibilité d'une grossesse, car il ne faut pas oublier que certains cycles peuvent être ovulatoires sous COP/PP.

FICHE TECHNIQUE # 6 : PLAQUE CUTANÉE (PATCH CUTANÉ)

La plaque cutanée ou patch (Evra®) contient deux (2) types d'hormones synthétiques ; l'œstrogène et un progestatif similaires aux hormones produites par les ovaires de la femme pendant le cycle menstruel.

Il s'agit d'une bandelette dans laquelle est insérée de l'œstrogène et de la progestérone. Son action débute à partir du cinquième jour des règles en appliquant cette bandelette sur une partie du corps et son action dure un mois. Aux prochaines règles, cette bandelette est remplacée par une autre selon le désir de la femme utilisatrice.

La méthode contraceptive est régie selon les mêmes principes aux contraceptifs oraux combinés. (Voir COC pour plus d'informations).

FICHE TECHNIQUE # 7 : CONDOM MASCULIN (CAPOTE)

I. Définition
Le condom masculin ou capote est une méthode contraceptive dite de « barrière ». Elle est très efficace si elle est utilisée de façon systématique et exclusive
II. Types utilisés en Haïti
Deux types de condoms sont utilisés en Haïti : des condoms en latex et des condoms non-latex. Une multitude de marques sont commercialisées sur le marché.
III. Mécanismes d'action
Le condom constitue une méthode contraceptive dont l'utilisation empêche au sperme de se déposer dans le vagin au moment du coït. Le condom en latex empêche le passage de microorganismes responsables des IST/VIH.
IV. Efficacité
Le taux d'efficacité à l'utilisation correcte est de 98% et le taux d'efficacité à l'utilisation courante est de 85%.
V. Avantages
Avantages contraceptifs. Le condom a une double protection ; une action protectrice contre toute grossesse éventuelle et une action protectrice contre les IST/VIH. De plus, il est facile à utiliser, n'a pas d'effets systémiques. D'une réversibilité immédiate, il permet à l'homme de partager la responsabilité de la contraception.
Avantages non contraceptifs. Il est relativement bon marché, facile à obtenir, peut prolonger l'érection et le temps de l'éjaculation (traitement de l'éjaculation précoce) et protège contre les IST/VIH.
VI. Inconvénients - Effets secondaires
Le condom nécessite l'interruption des préliminaires de l'acte sexuel pour son application. Le condom peut glisser ou se déchirer durant l'acte sexuel surtout s'il est mal utilisé et/ou s'il a été mal conservé, c'est-à-dire trop exposé à trop de chaleur, de lumière ou d'humidité. Le condom peut être ressenti comme responsable d'une diminution des sensations et du plaisir sexuel.
VII. Éligibilité
Le condom est utilisé comme méthode contraceptive temporaire, efficace pour espacement des naissances quand: - La femme ne veut pas ou ne peut pas utiliser d'autres méthodes efficaces comme les méthodes hormonales, la CCV ou le DIU. - L'homme souhaite prendre en charge la responsabilité de la contraception. - Le couple souhaite avoir une protection contre les IST et le VIH.
VIII. Contre-indications
Réaction allergique au latex. En cas d'allergie, utiliser un condom fait de collagène ou de caecum (intestin) d'agneau.
IX. Bilan de santé
Non indiqué
X. Moment approprié pour initier la méthode
A n'importe quel moment du cycle menstruel.
XI. Suivi
- Donner suffisamment de condoms pour une durée de trois (3) mois en moyenne douze (12) par mois. - Instruire le client qu'il doit retourner à la clinique s'il a des problèmes ou questions ou s'il ne lui reste que quelques condoms. - S'informer si le client et sa partenaire sont satisfaits de la méthode. ▪ Si oui: lui donner une quarantaine de condoms pour les prochains trois (3) mois. ▪ Si non: faire le "counseling" pour remédier aux inconvénients de la méthode ou changer de méthode
XII. Informations pour le prestataire et la cliente/le client
Le prestataire doit donner au client des instructions pertinentes au sujet de la méthode. A l'aide d'un phallus en bois, il doit lui faire une démonstration, et ensuite lui demander de répéter l'instruction à sa manière et avec des termes qui lui sont propres ou familiers. - Expliquer très clairement les treize étapes de l'utilisation efficace du condom. Nous résumons quelques étapes clés. - Dérouler le condom sur le pénis en érection jusqu'à sa base avant toute intromission dans le vagin de la femme.

- Maintenir fermée l'extrémité du condom (environ 1 cm) à l'aide de deux (2) doigts pour empêcher à l'air de s'accumuler dans le petit réservoir destiné à recevoir le sperme. En effet, l'air, sous pression, peut faire éclater le condom.
- Enlever le pénis sitôt l'éjaculation achevée en maintenant le condom au niveau de la base du pénis à l'aide de deux (2) doigts pour éviter que le sperme ne se glisse dans le vagin.
- Si l'on veut lubrifier le condom avant son intromission, il faut le faire avec un produit soluble dans l'eau, une crème spermicide ou même de la salive; mais il ne faut jamais utiliser une vaseline comme lubrifiant car il peut altérer le condom.
- Le client doit conserver le condom à l'abri de la chaleur, de la lumière et de l'humidité.
- Le client doit utiliser un condom pour chaque acte sexuel.
- Le client ne doit pas gonfler le condom pour tester son étanchéité.
- Le client ne doit jamais utiliser deux condoms simultanément.

Encourager la femme à mettre le condom pour son partenaire: c'est une façon de l'intégrer aux préliminaires amoureux.

FICHE TECHNIQUE # 8 : DIAPHRAGME

I. Définition Le diaphragme est une coupe en caoutchouc mince en forme de dôme comportant un rebord ou couronne ferme, mais flexible, qui permet son adaptation au vagin.
II. Types utilisés en Haïti Il existe trois (3) modèles de diaphragmes, de tailles différentes selon le diamètre de dôme (50 à 105 mm) ▪ Diaphragme avec couronne à ressort à lame. ▪ Diaphragme avec couronne à boudin. ▪ Diaphragme avec couronne à arceau.
III. Mécanismes d'action - Action mécanique : le diaphragme empêche le contact entre le sperme et le col de l'utérus. - Action chimique : un gel ou un produit spermicide qui immobilise et tue les spermatozoïdes peut être utilisé pour augmenter l'efficacité.
IV. Efficacité L'efficacité est faible comparée aux autres méthodes efficaces : hormonales, DIU, CCV. Le taux d'efficacité est de 94% si l'utilisation est correcte et 84% en cas d'utilisation courante. L'efficacité peut aller jusqu'à 98% si ces méthodes sont utilisées avec le condom.
V. Avantages Avantages contraceptifs. Le diaphragme n'a pas d'effet systémique sur l'organisme. Il peut être efficace si utilisé correctement. Il ne nécessite pas de prescription médicale. C'est une méthode contraceptive à réversibilité immédiate. Avantages non contraceptifs - Relativement bon marché à long terme. - Diminue le risque de cancer du col.
VI. Inconvénients - Effets secondaires Le diaphragme nécessite des manipulations génitales gênantes pour certaines femmes, d'où le besoin d'un entraînement poussé. - Il a une faible efficacité par rapport aux autres méthodes très efficaces. - Il nécessite une motivation soutenue pour leur utilisation à chaque rapport. - Ne protège pas contre les IST / VIH Le risque d'infection urinaire pour le diaphragme est significatif surtout si la méthode est gardée trop longtemps. Noter aussi une rare possibilité de réaction allergique au caoutchouc et/ou au spermicide.
VII. Éligibilité - Couple désirant une méthode de contraception temporaire. - Couple refusant ou ne pouvant utiliser d'autres méthodes. - Couples ayant besoin d'une méthode d'appoint. - Couple ayant besoin d'une méthode d'attente. - Ne convient pas aux femmes présentant des conditions anatomiques anormales du tractus génital : cloisonnement du vagin, prolapsus utérin, cysto-rectocèle. - Ne convient pas à la femme incapable de maîtriser la technique d'insertion.
VIII. Contre-indications - Possibilité de réaction allergique causant une irritation vaginale. - Inconfort et sensation de corps étranger dans le vagin si la taille du diaphragme est incorrecte. - Infection vaginale avec pertes abondantes et malodorantes si la méthode est gardée trop longtemps dans le vagin. - Infection urinaire à répétition causée par la compression de la couronne du diaphragme contre l'urètre. Comment y remédier ? - En cas de réaction allergique : choisir une autre méthode. - En cas d'inconfort : revenir à la clinique pour réajustement ou si nécessaire, choisir une taille plus appropriée. - En cas de symptôme d'infection vaginale ou urinaire : faire les évaluations paracliniques qui s'imposent et établir un traitement adéquat. - En cas de problèmes en rapport avec une mauvaise utilisation de la méthode, il faut renforcer le counseling ou bien changer de méthode.

IX. Bilan de santé Non indiqué
X. Moment approprié pour initier la méthode A n'importe quel moment du cycle menstruel.
XI. Suivi La cliente pour qui le diaphragme a été prescrit doit revenir à la clinique une ou deux (2 semaines après pour un contrôle. Elle doit faire l'insertion chez elle avant de venir à la clinique pour que le prestataire puisse apprécier si la pose a été oui ou non correcte. - Si la pose a été correcte : donner une date de rendez-vous pour la visite annuelle - Si la pose n'a pas été correcte : renforcer l'entraînement ou faire le counseling pour la prescription ou le choix d'une autre méthode contraceptive.
XII. Informations pour le prestataire et la cliente/le client Le diaphragme nécessite un examen pelvien et des manipulations génitales pour déterminer la taille qui convient le mieux à la cliente. De plus, il faut entraîner la cliente pour la mise en place et le retrait de la méthode. Quand insérer le diaphragme ? - Juste avant le rapport ou 6 heures au maximum à l'avance. - Appliquer au moins la quantité d'une cuillère à café de gel de spermicide dans la partie concave du diaphragme, répandre le gel sur toute la surface et sur le rebord. Bien entraîner la cliente pour la pose du diaphragme. L'ajustement doit se faire avec des diaphragmes réels et non pas avec des couronnes de mesure pour déterminer le diamètre requis et pour pratiquer l'insertion. - Laisser la femme s'exercer à l'insertion, puis vérifier la mise en place correcte : col utérin au beau milieu du diaphragme. Ayant introduit l'index très profondément dans le vagin, la femme doit avoir la même sensation, la même perception que si elle avait touché le bout de son nez. - Mettre une quantité additionnelle de gel avant chaque rapport additionnel. - Laisser le diaphragme jusqu'à 6 heures après un rapport. - Ne pas laisser le diaphragme en place plus de vingt-quatre (24) heures pour éviter le risque de développement d'infections. - Laver le diaphragme à l'eau savonneuse et rincer à l'eau propre après utilisation. Sécher et conserver le dans la boîte à l'abri du soleil et de la lumière. - Ne pas les saupoudrer de talc ni les parfumer, ni les badigeonner de vaseline, susceptibles d'altérer le caoutchouc.

FICHE TECHNIQUE # 9 : CAPE CERVICALE

I. Définition La cape cervicale est un dôme très fin en silicone qui épouse la forme du col de l'utérus. On doit la placer au fond du col utérin car elle y empêche le passage des spermatozoïdes à l'utérus. Elle doit être utilisée en association avec les spermicides pour une meilleure efficacité.
II. Types utilisés en Haïti La cape cervicale la plus répandue dans le monde se nomme Ovès et a été commercialisée en 1998.
III. Mécanismes d'action - Action mécanique : le diaphragme empêche le contact entre le sperme et le col de l'utérus. - Il est recommandé d'associer un spermicide à la cape cervicale pour augmenter l'efficacité.
IV. Efficacité La cape cervicale est efficace à 91% chez les femmes n'ayant pas eu d'enfant et à 74% chez les femmes ayant eu un enfant . Mais, en pratique, l'efficacité de la cape est de 84% chez les femmes n'ayant pas eu d'enfant et de 68% chez les femmes ayant déjà eu des enfants. Dix (10) à vingt (20)% d'échecs.
V. Avantages Avantages contraceptifs. Elle peut être mise en place à l'avance. Elle est réutilisable.
VI. Inconvénients - Effets secondaires La cape cervicale nécessite des manipulations génitales gênantes pour certaines femmes, d'où le besoin d'un entraînement poussé. - Il a une faible efficacité par rapport aux autres méthodes très efficaces. - Il nécessite une motivation soutenue pour leur utilisation à chaque rapport. - Ne protège pas contre les IST / VIH. Peu de risque d'infection urinaire pour la cape cervicale. Noter aussi une rare possibilité de réaction allergique au caoutchouc. A qui elle est déconseillée ? - Aux femmes qui sont mal à l'aise avec l'idée de mettre les doigts à l'intérieur de leur vagin pour poser leur contraception. - Aux femmes pour lesquelles une grossesse ferait courir un risque grave (maladie cardiaque, par exemple) : la protection qu'offre la cape cervicale contre une grossesse n'est pas suffisante. - Aux femmes souffrant d'infections urinaires à répétition ou ayant un prolapsus (descente d'organes). - Aux femmes ayant déjà eu plusieurs enfants car les modifications physiques liées aux grossesses peuvent réduire l'efficacité de ce moyen de contraception.
VII. Éligibilité - Couple désirant une méthode de contraception temporaire. - Couple refusant ou ne pouvant utiliser d'autres méthodes. - Couples ayant besoin d'une méthode d'appoint. - Couple ayant besoin d'une méthode d'attente. - Ne convient pas aux femmes présentant des conditions anatomiques anormales du tractus génital : cloisonnement du vagin, prolapsus utérin, cysto-rectocèle. - Ne convient pas à la femme incapable de maîtriser la technique d'insertion.
VIII. Contre-indications - Possibilité de réaction allergique causant une irritation vaginale. - Inconfort et sensation de corps étranger dans le vagin si la cape cervicale est mal placée. - Infection vaginale avec pertes abondantes et malodorantes si la méthode est gardée trop longtemps dans le vagin. Comment y remédier ? - En cas de réaction allergique : choisir une autre méthode. - En cas d'inconfort : revenir à la clinique pour amélioration de la technique d'insertion si nécessaire, choisir une taille plus appropriée en fonction de la grosseur du col utérin. - En cas de symptôme d'infection vaginale ou urinaire : faire les évaluations paracliniques qui s'imposent et établir un traitement adéquat.

- En cas de problèmes en rapport avec une mauvaise utilisation de la méthode, il faut renforcer le counseling ou bien changer de méthode.
IX. Bilan de santé Non indiqué
X. Moment approprié pour initier la méthode - A n'importe quel moment du cycle menstruel. - La cape cervicale doit être insérée jusqu'à deux (2) heures avant l'acte sexuel, l'utilisation d'un spermicide est vivement recommandée, et doit rester en place au moins huit heures après la dernière éjaculation et au plus tard dans les vingt-quatre heures suivant le rapport.
XI. Suivi La cliente pour qui la cape cervicale a été prescrite doit revenir à la clinique une ou deux (2 semaines après pour un contrôle. Elle doit faire l'insertion chez elle avant de venir à la clinique pour que le prestataire puisse apprécier si la pose a été oui ou non correcte. - Si la pose a été correcte : donner une date de rendez-vous pour la visite annuelle. - Si la pose n'a pas été correcte : renforcer l'entraînement ou faire le counseling pour la prescription ou le choix d'une autre méthode contraceptive.
XIII. Informations pour le prestataire et la cliente/le client La cape cervicale nécessite un examen pelvien et des manipulations génitales pour déterminer la taille qui convient le mieux à la cliente. De plus, il faut entraîner la cliente pour la mise en place et le retrait de la méthode. Quand insérer le diaphragme ? - Juste avant le rapport ou deux (2) heures au maximum à l'avance. - Appliquer au moins la quantité d'une cuillère à café de gel de spermicide dans la partie concave de la cape cervicale, répandre le gel sur toute la surface et sur le rebord. Bien entraîner la cliente pour la pose de la cape cervicale. L'ajustement doit se faire avec des capes cervicales réelles Laisser la femme s'exercer à l'insertion, puis vérifier la mise en place correcte : cape cervicale entourant correctement le col utérin. Ayant introduit l'index très profondément dans le vagin, la femme doit avoir la même sensation, la même perception que si elle avait touché le bout de son nez. - Mettre une quantité additionnelle de gel avant chaque rapport additionnel. - Laisser la cape cervicale jusqu'à huit (8) heures après un rapport sexuel. - Ne pas la laisser en place plus de vingt-quatre (24) heures pour éviter le risque de développement d'infections. - Laver la à l'eau savonneuse et rincer à l'eau propre après utilisation. Sécher et conserver le dans la boîte à l'abri du soleil et de la lumière. - Ne pas les saupoudrer de talc ni les parfumer, ni les badigeonner de vaseline, susceptibles d'altérer le caoutchouc.

FICHE TECHNIQUE # 10 : SPERMICIDES

I. Définition Les spermicides sont des contraceptifs sans hormones qui rendent les spermatozoïdes inactifs.						
II. Types utilisés en Haïti Les spermicides se trouvent sous plusieurs formes : gels, crèmes, suppositoires, mousses, tampons, ovules ou éponges... Certains spermicides sont faits à base de produits chimiques (comme le chlorure de Benzalkonium ou le chlorure de Miristelkinium) tandis que d'autres ont une composition naturelle (acide lactique, lactate de sodium ou encore cellulose)						
III. Mécanismes d'action Ces contraceptifs non hormonaux ont pour but de détruire les spermatozoïdes contenus dans le sperme et d'empêcher ainsi l'ovulation. Il les neutralise et les tue en désagrégeant leur membrane cellulaire. Ainsi, les spermatozoïdes ne peuvent pas atteindre l'ovocyte et le féconder. Certains spermicides contiennent le monoxynol-9 qui détruisent le virus du VIH..						
IV. Efficacité S'ils sont utilisés correctement et seuls, les spermicides sont efficaces à 82 %. Or, dans la vie courante (erreurs de manipulation, toilette faite avant le temps recommandé, date de péremption dépassée...), on dit que les spermicides sont efficaces à 71 % lorsqu'ils sont utilisés seuls. Les spermicides constituent ainsi l'une des contraceptions les moins fiables disponibles sur le marché. <table><tr><td>- Ovule, suppositoire</td><td>Durée d'action : 1h</td></tr><tr><td>- Crème, gel, mousse</td><td>Durée d'action : 8 à 10 h</td></tr><tr><td>- Éponge, tampons</td><td>Durée d'action : 24 h</td></tr></table>	- Ovule, suppositoire	Durée d'action : 1h	- Crème, gel, mousse	Durée d'action : 8 à 10 h	- Éponge, tampons	Durée d'action : 24 h
- Ovule, suppositoire	Durée d'action : 1h					
- Crème, gel, mousse	Durée d'action : 8 à 10 h					
- Éponge, tampons	Durée d'action : 24 h					
V. Avantages • Ils sont simples à utiliser et discrets ; • Ils ne nécessitent pas de consulter un médecin puisqu'ils sont disponibles en pharmacie sans ordonnance médicale. • A savoir que les spermicides s'adressent à toutes les femmes, particulièrement celles pour qui une contraception orale ou la pose d'un DIU sont contre-indiqués, au cours de la préménopause ou après une interruption de grossesse ; • Ils peuvent faire office de lubrifiant vaginal ; • Ils n'irritent pas la paroi du vagin (sauf s'ils sont utilisés de nombreuses fois par jour) ; • Puisqu'ils ne contiennent pas d'hormones, ils n'interfèrent pas avec le système hormonal, n'ont pas d'impact sur la fatigue, le poids, l'appétit, la durée des cycles ou le flux menstruel.						
VI. Inconvénients - Effets secondaires • Ils restent peu efficaces s'ils sont utilisés seuls. Il est très conseillé de les combiner aux préservatifs, à un diaphragme ou à une cape cervicale ; • Ils imposent de ne pas prendre de douche ou de bain pendant six (6) à huit (8) heures ; • Certains spermicides peuvent également s'écouler du vagin pendant ou après le rapport, être salissants et donner un goût désagréable aux relations oraux-génitales ; • Ils sont relativement coûteux ; • Ils ne protègent pas contre les infections sexuellement transmissibles. Seul le préservatif masculin garantit une protection contre les IST/VIH.						
VII. Éligibilité les spermicides s'adressent à toutes les femmes, particulièrement celles pour qui une contraception orale ou la pose d'un DIU sont contre-indiqués, au cours de la pré ménopause ou après une interruption de grossesse.						
VIII. Contre-indications Les femmes souffrant d'une infection sexuellement transmissible, de mycose vaginale, d'infections urinaires à répétition ou qui ont une plaie du vagin ne peuvent pas utiliser de spermicides car leur traitement peut annuler l'effet des spermicides. Enfin, les éponges peuvent favoriser les risques de syndrome de choc toxique si l'éponge demeure dans le vagin plus longtemps que la durée recommandée.						

Les spermicides ne peuvent être utilisées si le statut sérologique au VIH de la femme n'est pas connu.
IX. Bilan de santé Non indiqué
X. Moment approprié pour initier la méthode A n'importe quel moment du cycle menstruel. Avant d'utiliser n'importe quel spermicide, vérifiez toujours sa date de péremption. Au-delà de cette date, son efficacité peut être altérée. Les ovules ou les suppositoires doivent être introduits profondément dans le vagin dix (10) minutes avant le rapport sexuel, idéalement en position allongée. Lorsqu'ils se dissolvent dans le vagin sous l'effet de la chaleur, ils vous protègent d'une grossesse non désirée. Ils doivent être renouvelés après chaque rapport sexuel et ont parfois tendance à s'écouler du vagin pendant le rapport. L' éponge imbibée de spermicides ou le tampon doivent être insérés au moins quinze (15) minutes avant la relation sexuelle. Après leur insertion, ils offrent une protection contraceptive de vingt-quatre (24) heures. Toutefois, n'oubliez pas de les retirer au minimum deux (2) heures après le rapport (et jusqu'à 24 heures après).
XI. Suivi - Donner suffisamment de spermicides pour une durée de trois (3) mois. - Instruire le client qu'il doit retourner à la clinique s'il a des problèmes ou questions. - S'informer si le client et sa partenaire sont satisfaits de la méthode. ▪ Si non: faire le "counseling" pour remédier aux inconvénients de la méthode ou changer de méthode ▪ Avant d'utiliser n'importe quel spermicide, vérifiez toujours sa date de péremption. Au-delà de cette date, son efficacité peut être altérée. Choisissez la forme qui vous correspond le plus. Vous pouvez toujours demander conseil à votre médecin ou gynéco pour savoir quel est le dispositif le plus adapté
XII. Informations pour le prestataire et la cliente/le client Le prestataire doit donner à la cliente des instructions pertinentes au sujet de la méthode. Les spermicides sous la forme de gel ou de crème s'appliquent avec le doigt sur les parois du vagin avant le rapport sexuel, de manière à bien recouvrir le col de l'utérus. Pour cela, se mettre dans une position bien confortable (allongée, debout avec une jambe en équerre) et se laver les mains avant l'application. Il faut savoir que les crèmes mousses disposent d'un applicateur qui ressemble à celui des tampons hygiéniques, ce qui rend plus facile l'injection au fond du vagin. Ils sont immédiatement efficaces et peuvent ainsi être appliqués juste avant le rapport. Même si leur durée d'action est de 8 à 10 heures, il faut renouveler l'application avant chaque nouveau rapport. Les gels et crèmes sont particulièrement recommandés aux femmes utilisant un diaphragme ou une cape cervicale.

FICHE TECHNIQUE # 11 : LIGATURE/SECTION DES TROMPES

I. Définition C'est une procédure chirurgicale par laparotomie, mini-laparotomie ou laparoscopie destinée à supprimer le potentiel génésique (tout risque de grossesse) de la femme. Toutefois, la laparotomie est utilisée exceptionnellement dans certains cas.
II. Types utilisés en Haïti Deux types de ligature/section des trompes sont utilisés couramment en Haïti. La ligature/section des trompes par voie sous-ombilicale (Postpartum immédiat) et la ligature/section des trompes par mini laparotomie (intervalle) à partir de la sixième semaine de post-partum.
III. Mécanismes d'action Le fait de bloquer les trompes de Fallope (ligature et section, anneaux ou clips, cautérisation), empêche les spermatozoïdes d'arriver à l'ovule et de provoquer la fertilisation.
IV. Efficacité Son efficacité est de 99.5% pendant la première année. Après plus de dix années d'utilisation, son efficacité est de 98% jusqu'à ce que la femme arrive à la ménopause.
V. Avantages Avantages contraceptifs - La ligature/section des trompes est une méthode permanente (irréversible), très efficace et efficace immédiatement. - Elle n'interfère pas avec les rapports sexuels et convient aux femmes pour lesquelles la grossesse pourrait poser des risques. - Il s'agit d'une intervention chirurgicale simple, généralement faite sous anesthésie locale et ne présente pas d'effets secondaires à long terme. - Elle n'interfère pas avec la fonction sexuelle (aucun effet sur la production d'hormones dans les ovaires) Avantages non contraceptifs - La ligature/section des trompes diminue le risque de cancer des ovaires. Elle n'interfère pas avec l'allaitement
VI. Inconvénients - Effets secondaires - Doit être considérée comme une méthode permanente (non réversible). - La cliente peut regretter le choix de la méthode par la suite. - Léger risque de complications (plus important si faite sous anesthésie générale). - Inconfort/douleur à court terme après l'intervention. - Exige l'aide d'un prestataire formé (gynécologue ou chirurgien pour effectuer la mini laparotomie). - La coelioscopie ou laparoscopie est chère. - Aucune protection contre les ITG (infection du tractus génital) et IST/VHB/VIH.
VII. Éligibilité - Femmes en âge de procréer et femmes de toutes parités. - Femmes qui sont certaines qu'elles ne désirent pas d'autres enfants. - Femmes qui souhaitent une méthode contraceptive très efficace et permanente. - Femmes chez lesquelles la grossesse poserait un problème significatif pour leur santé. - Femmes qui sont en post-partum. - Femmes qui sont en post-abortion. - Femmes qui comprennent et qui donnent volontairement leur consentement éclairé pour la procédure. - Femmes vivant avec le VIH qui suivent un traitement antirétroviral (ARV) et qui ne désirent plus d'enfants et/ou à compléter sa famille Quelques cas particuliers : <i>Femmes ayant des problèmes médicaux significatifs (par exemple, maladies cardiaques symptomatiques, problèmes de coagulation sanguine, Maladies inflammatoires pelviennes courantes ou récidivantes, poids excessif, diabète).</i> - Les clients avec des problèmes médicaux significatifs ont besoin d'une prise en charge au moment de l'intervention chirurgicale et lors du suivi. Par exemple, on devra effectuer la procédure dans un site de haut niveau et non dans un site ambulatoire (fixe ou mobile). Quand c'est possible, les problèmes médicaux significatifs devraient être traités avant l'opération. <i>Femme célibataire avec enfant et/ou sans enfant en vie.</i>

- Conseiller très attentivement et laisser plus de temps à la cliente pour prendre une décision éclairée. Aider la cliente à choisir une autre méthode si appropriée.
VIII. Contre-indications - Femmes enceintes (grossesse confirmée ou soupçonnée). - Femmes avec un saignement vaginal non expliqué. - Femmes avec une infection pelvienne et/ou systémique aiguë (remettre la procédure jusqu'au moment où l'infection est traitée et résolue). - Femmes qui ne pourraient pas supporter la chirurgie. - Femmes qui ne sont pas sûres de leur souhait concernant leur future fertilité. - Femmes qui ne donnent pas volontairement un consentement éclairé.
IX. Bilan de santé Un examen physique et gynécologique est recommandé avant toute mini laparotomie. Il est nécessaire que certaines données sur l'état physique de la cliente soient connues avant toute intervention. De plus, certaines règles essentielles doivent être respectées : - <u>La cliente a le droit de changer d'avis à m'importe quel moment avant la procédure.</u> - On ne doit pas encourager les clientes à accepter la stérilisation volontaire. - La cliente doit signer un formulaire standard de consentement pour la procédure. - Le consentement marital n'est pas obligatoire. - Le counseling et le suivi doivent être les mêmes pour les programmes de stérilisation volontaire ambulatoire que pour ceux effectués dans les institutions sanitaires.
X. Moment approprié pour initier la méthode Cycle menstruel : - A n'importe quel moment dans les sept (7) premiers jours du cycle menstruel. - Le 6^{ème} au 13^{ème} jour du cycle menstruel (de préférence pendant la phase proliférative). Post-partum : - Immédiatement ou ne dépassant pas soixante-douze (72) heure qui suivent l'accouchement. ▪ Mini-laparotomie : dans les deux (2) premiers jours après accouchement. ▪ Cœlioscopie ; n'est pas appropriée pour des clientes en post-partum. Post-avortement : - Quarante-huit (48) heures qui suivent un avortement sans complications, si la décision est prise en toute connaissance de cause. - 1^{er} trimestre : immédiatement ou dans les sept (7) premiers jours s'il n'y a aucun signe d'infection pelvienne (mini-laparotomie ou cœlioscopie). - 2^e trimestre : immédiatement ou dans les sept (7) premiers jours s'il n'y a aucun signe d'infection pelvienne (mini-laparotomie seulement).
XI. Suivi La cliente doit avoir une date de rendez-vous inscrite sur sa carte de santé et doit retourner à la clinique au cinquième jour en post-opératoire. Elle doit être informée qu'elle peut à tout moment se rendre à une clinique pour recevoir les soins qu'elle juge nécessaire ou pour essayer de comprendre les signes et symptômes suite à l'intervention. Lors de la visite, profiter pour effectuer un examen physique et faire le pansement en enlevant les fils de suture. Toujours la rassurer. - Si la cliente est aménorrhéique après un mois de l'intervention lors de la dernière évaluation: ▪ Éliminer la probabilité d'une grossesse par l'examen clinique ▪ Faire un test de grossesse si possible. ▪ Reprendre le « counseling ».
XII. Informations pour le prestataire et la cliente/le client - Veiller à ne pas mouiller la plaie opératoire pendant deux (2) jours. Reprendre les activités normales lorsque vous vous sentez à l'aise. (Normalement dans les sept (7) jours qui suivent l'intervention chirurgicale). - Éviter d'avoir des rapports sexuels pendant une (1) semaine. Après avoir repris les rapports, arrêter en présence de gêne et d'inconfort. - Éviter tout effort ou toute activité pénible durant les deux (2) semaines qui suivent l'opération. - Pour la douleur, prendre un (1) ou deux (2) cachets d'analgésiques (acétaminophène, ibuprofène) toutes les quatre (4) à six (6) heures.

- Prendre rendez-vous pour une visite de suivi entre le 7^{ème} et le 14^{ème} jour à compter de l'intervention chirurgicale.
- Si l'intervention a été effectuée lors d'une clinique mobile de CCV, pour toute complication ou inconvénient, la cliente doit être informée des modalités de suivi post-opératoire. En règle générale, cette responsabilité incombera aux prestataires du centre dans lequel l'intervention a été pratiquée.
- La femme opérée sera visitée chez elle par un agent social dans les 48 à 72 heures qui suivent son exéat afin de s'assurer de son état et de la référer au centre en cas d'ennui.
- Retourner à la clinique après une semaine pour faire enlever les sutures non résorbables. (S'il n'y a pas eu de sutures ou si on a utilisé des sutures points résorbables près de la peau, pas besoin de retourner, à moins qu'il n'y ait des problèmes.)
- S'il y a des douleurs intenses, des pertes de sang abondantes par le vagin ou par le pansement opératoire ou s'il y a tout autre inconvénient inquiétant, prendre rendez-vous immédiatement au centre où l'opération a été faite ou au centre le plus proche.
- Pour la femme opérée en période post-partum, les règles sont censées arriver à la période habituelle après les couches, environ un (1) mois ^{1/2} (40 jours) après l'accouchement si elle n'allait pas.
- La femme devient stérile dès l'opération (si elle a réussi, ou si vous n'étiez pas enceinte avant) et peut avoir des rapports sans prendre de précaution dans les deux (2) à trois (3) semaines qui suivent l'intervention.
- Dans l'un ou l'autre cas, s'il y a un retard de deux (2) mois, consulter un médecin.
- Pas de protection contre les IST/VIH.

Les signes d'alarme suivants doivent être activement recherchés par les prestataires (médecins, infirmières et ASCP, agents de terrain) et la cliente informée de l'apparition de ces signes et symptômes :

- Fortes douleurs au niveau de la plaie opératoire et de la région hypogastrique,
- fièvre,
- saignement au niveau du pansement opératoire,
- saignement utérin anormal.

FICHE TECHNIQUE # 12 : VASECTOMIE

I. Définition La vasectomie est la procédure chirurgicale volontaire pour arrêter définitivement la fertilité de l'homme. Il s'agit une intervention chirurgicale simple faite sous anesthésie locale.
II. Types utilisés en Haïti Il y a deux (2) techniques : l'une, avec incision (1 ou 2 petites incisions) et l'autre, dénommée technique sans scalpel (méthode préférée).
III. Mécanismes d'action La section/ligature du canal déférent élimine la présence de tout spermatozoïde rend l'éjaculat de l'homme stérile.
IV. Efficacité Le taux d'efficacité trois (3) mois après une vasectomie sans spermogramme est de 97 à 98% au cours de la première année. Si un spermogramme est effectué après vingt (20) éjaculations et les résultats obtenus confirment la stérilité de l'homme, le taux d'efficacité atteint 99,8% pendant la première année.
V. Avantages - La vasectomie est une méthode de stérilisation permanente, très efficace. Elle demeure une bonne méthode pour les couples si la grossesse pose un risque significatif pour la femme. - Elle n'interfère pas avec les rapports sexuels. - Aucun effet secondaire à long terme. - N'interfère pas avec les rapports sexuels ou la fonction sexuelle (aucun effet sur les hormones ou la production de spermatozoïdes dans les testicules). - Diminue le stress dans les relations sexuelles.
VI. Inconvénients - Effets secondaires - Peut être regrettée par la suite. - Efficacité retardée (demande du temps et jusqu'à trois (3) mois ou vingt (20) éjaculations). - Risques et effets secondaires de la petite chirurgie, en particulier, si effectuée sous anesthésie générale. - Inconfort/douleur à court terme après l'intervention. - Demande l'assistance d'un médecin formé. - Pas de protection contre les IST/VIH.
VII. Éligibilité - Hommes de tout âge reproductif. - Hommes qui souhaitent une méthode contraceptive très efficace et permanente, y compris ceux qui sont affectés par le VIH. - Hommes dont la conjointe a des problèmes d'âge ou de santé qui pourraient causer une grossesse à hauts risques. - Hommes qui comprennent et qui donnent volontairement leur consentement éclairé pour la procédure. - Couples qui sont certains qu'ils ne désirent pas d'autres enfants.
VIII. Contre-indications Contre-indications absolues : - Clients qui ne sont pas sûrs de leur décision en ce qui concerne leur plan de fertilité. - Clients qui ne donnent pas volontairement leur consentement. Contre-indication relatives. <i>Célibataire et/ou sans enfants en vie.</i> - Conseiller très attentivement et laisser du temps pour prendre une décision <i>Valvulopathie, ou troubles de coagulation, diabète, anémie grave.</i> - Les clients avec des problèmes médicaux significatifs ont besoin d'une prise en charge au moment de l'intervention chirurgicale et lors du suivi. Par exemple, on devra effectuer l'intervention dans un site de haut niveau et non dans un site ambulatoire (fixe ou mobile). Quand c'est possible, les problèmes médicaux significatifs devraient être traités avant l'opération Autres problèmes : <i>Infection cutanée ou scrotale.</i> - Ajourner l'intervention jusqu'à guérison de l'infection. <i>IST/orchi-épididymite.</i> Traiter avant la procédure.

Large varicocèle, hernie inguinale, filariose, tissus cicatriciels, chirurgie scrotale précédente, masse intra-scrotale, cryptorchidie et fertilité prouvée, cryptorchidisme (si bilatéral et fertilité prouvée).

- En présence de l'une de ces conditions, l'intervention doit être exécutée par un prestataire ayant une vaste expérience et étant très compétent pour exécuter la vasectomie.

IX. Bilan de santé.

Un bilan de santé général est nécessaire en prenant soin d'examiner la sphère génitale pour éliminer tout problème.

X. Moment approprié pour initier la méthode.

La vasectomie peut se réaliser à n'importe quel moment de la vie de l'homme sauf si des contre-indications physiques l'empêchent d'être exécutée.

XI. Suivi

Le client doit avoir une date de rendez-vous inscrite sur sa carte de santé et doit retourner à la clinique au cinquième jour en postopératoire.

Il doit être informé qu'il peut à tout moment se rendre à une clinique pour recevoir les soins qu'il juge nécessaire ou pour essayer de comprendre les signes et symptômes suite à l'intervention.

Lors de la visite, profiter pour effectuer un examen physique et faire le pansement en enlevant les fils de suture, si nécessaire. Toujours le rassurer.

XII. Informations pour le prestataire et la cliente/le client

- **Le client a le droit de changer d'avis à n'importe quel moment avant la procédure.**

- On ne doit pas encourager les clients à accepter la stérilisation volontaire.
- Le client doit signer un formulaire de consentement éclairé avant la procédure.
- Le consentement de l'épouse n'est pas obligatoire.

Le counseling et le suivi dans les programmes de stérilisation volontaire ambulatoires doivent être les mêmes au niveau des institutions que dans les cliniques mobiles. Durant le counseling, les informations suivantes doivent être données au client. Devant les signes d'alarme suivants :

- Fièvre > à 38°C ou 100°, 4 F.
- Saignement ou liquide s'écoulant de l'endroit de l'incision.
- Scrotum très douloureux ou enflammé.

Retourner dans les plus brefs délais à la clinique dans laquelle la vasectomie a été effectuée. De plus, les conseils suivants sont à donner au client après l'intervention:

- Garder le pansement pendant trois (3) jours.
- Ne pas tirer ou gratter la plaie pendant qu'elle guérit.
- Il est possible de prendre un bain après vingt-quatre (24) heures mais ne pas mouiller la plaie. Après trois (3) jours, il est possible de laver la plaie avec de l'eau et du savon.
- Porter un soutien scrotal, veiller à ne pas mouiller le champ opératoire et garder le repos pendant deux (2) jours.
- Pour la douleur, prendre un (1) ou deux (2) cachets d'analgésiques (acétaminophène, ibuprofène) toutes les quatre (4) à six (6) heures et appliquer de la glace.
- Éviter de soulever des choses lourdes et de travailler dur pendant trois (3) jours.
- Si vous vous sentez à l'aise, vous pouvez reprendre les relations sexuelles dans l'espace de deux (2) à cinq (5) jours, mais les ajourner si vous ne vous sentez pas à l'aise.
- Se rappeler qu'il faut utiliser des condoms ou une autre méthode de planification familiale pour les vingt (20) premières éjaculations ou jusqu'à douze (12) semaines après la vasectomie.
- La vasectomie sans scalpel ne nécessite généralement pas de sutures. S'il faut enlever des sutures, revenez après une semaine. (si on a utilisé des sutures résorbables près de la peau, pas besoin de revenir, à moins que vous ne constatiez un problème.)
- Revenir pour un test de sperme dans les trois (3) mois suivant l'opération pour avoir la preuve que la vasectomie a été efficace.

FICHE TECHNIQUE # 13 : CONTRACEPTION DU POSTPARTUM

I. Définition
La contraception du postpartum demeure l'ensemble des méthodes contraceptives qui peuvent immédiatement être utilisées par la mère allaitante ou non selon l'innocuité et/ou la disponibilité de la méthode.
II. Approche utilisée en Haïti
Pour la contraception du postpartum, il existe les méthodes immédiates et celles dites tardives i. Parmi les méthodes immédiates, nous allons citer deux groupes; 1. La ligature/section des trompes - Par mini laparotomie sous ombilicale. 2. La méthode de contraception immédiate pouvant être utilisée dans les vingt-quatre (24) à quarante huit (48) heures après l'accouchement - Le dispositif intra-utérin avec long inserteur pour l'accouchement physiologique. - Le dispositif intra-utérin placé au fond de l'utérus lors d'une section césarienne. ii. Parmi les méthodes tardives, il existe toute une variété offrant plus de choix à la cliente 1. Dès le dixième jour de postpartum, si la femme allaite et a ses menstruations, la minipilule ou micropilule progestative peut lui être proposée. 2. Dès l'accouchement, lors de l'exéat, si elle n'utilise pas la méthode MAMA et si les menstruations apparaissent, toute une panoplie de méthodes contraceptives peut lui être proposée : - Les implants (Norplant, Jadelle, Implanon) - Les injectables (Dépo-provéra intramusculaire, Dépo-provéra en sous-cutané) - La minipilule (COP/PP). - La mini laparotomie sous-ombilicale. 3. A partir de six (6) semaines de post-partum, les pilules combinées (COC) sont indiquées même si la femme allaite, en l'absence de toute contre-indication. - La mini laparotomie sous-pubienne (intervalle) et/ou par cœlioscopie comme méthode de stérilisation. 4. La vasectomie est proposée au couple surtout pour les femmes ne pouvant pas utiliser une méthode de contraception et/ou de stérilisation.
<i>NB : Consulter aussi les fiches techniques consacrées aux différentes méthodes citées ici.</i>

Méthodes de contraception pour le couple dont la femme allaite

MÉTHODE	QUAND COMMENCER	COMMENTAIRES
Ligature/section des trompes	Post-partum immédiat ou intervalle	N'interfère pas avec la lactation. « Counseling » du couple durant la période prénatale
Vasectomie	N'importe quand	Aucun effet sur la lactation
DIU (stérilet)	Immédiatement après délivrance, dans les 24-48 heures du post-partum sinon, Attendre six (6) semaines	N'affecte ni la qualité, ni la quantité du lait; et il n'est pas évident qu'il y ait une action sur le bébé.
Méthodes dites « barrière »	A partir de la présence des règles en attendant le choix d'une méthode contraceptive par le couple	Aucun effet sur la lactation
Méthodes hormonales progestatifs (pilule,DMPA, implant	L'utiliser dès l'exéat.	N'affecte ni qualité ni la quantité du lait ; Pas évidence d'action sur le bébé.
Contraceptifs oraux Combinés	Utiliser dès la 6 ^{ème} semaine si aucune autre méthode n'est acceptable, mais exclusivement les faibles doses (pas plus de 35 µgrammes d'œstrogène.	Les contraceptifs oraux à base d'œstrogène réduisent la quantité et altèrent la qualité du lait, mais sans effet apparent sur le bébé.
Abstinence périodique	Dès l'accouchement	N'affecte pas la lactation.

FICHE TECHNIQUE # 14 : CONTRACEPTION DU POST-ABORTUM

I. Définition

La contraception du postabortum : un grand nombre de femmes sont prises au piège du cycle dangereux de grossesses à répétition et/ou de grossesses non désirées et/ou non planifiées. Beaucoup d'entre elles optent pour une solution radicale dans des pays où l'avortement est illégal comme dans le cas d'Haïti.

La prestation post-avortement est parfois l'une des occasions pour fournir à des femmes qui ne sont pas en contact avec le système de soins, la contraception.

II. Approches utilisées en Haïti

Les méthodes contraceptives de longue durée :

- Le DIU.
- Les implants.
- La ligature/section des trompes par mini laparotomie. (méthode de stérilisation)

Les méthodes de courte durée :

- Les injectables.
- Les pilules combinées et/ou à progestatif seul.
- Les méthodes de barrière.
- Les méthodes naturelles.

NB : Signalons que la fiche technique des différentes méthodes que nous allons citer sont déjà étudiées précédemment sauf les méthodes naturelles. (Voir fiche technique)

FICHE TECHNIQUE # 15 : CONTRACEPTION D'URGENCE

I. Définition La contraception d'urgence est l'ensemble des méthodes pouvant être utilisées peu de temps après le rapport sexuel pour bloquer une grossesse non désirée, non planifiée. Elle n'est pas une méthode contraceptive.
II. Types utilisés en Haïti Il existe deux types de contraceptifs d'urgence utilisés : - Les contraceptifs mécaniques. - o Le DIU est la seule méthode mécanique utilisée. Il doit être inséré au plus tard dans les cinq (5) jours qui suivent le ou les rapports sexuels non protégés et à risque de grossesse. - o Un counseling doit être effectué pour la cliente pour lui expliquer clairement le mécanisme d'action du DIU et lui présenter les avantages de le garder si elle ne tombe pas enceinte. - Les contraceptifs chimiques. - o Les pilules progestatives fortement dosées (0,75mg de lévonorgestrel) - o Les pilules orales combinées fortement dosées à l'œstrogène (50 mcg) - o Les pilules orales combinées mini dosées à l'œstrogène (35 mcg) - o Les minipilules (COP).
III. Mécanismes d'action - Le risque de tomber enceinte dépend de la période féconde de la femme. Une femme court trente-six (36)% de risque de tomber enceinte lors d'un contact sexuel non protégé. - L'utilisation de la méthode de contraception d'urgence arrive par bloquer l'ovulation par l'utilisation des contraceptifs chimiques et empêche la nidation en utilisant le DIU.
IV. Efficacité L'utilisation d'une contraception d'urgence pendant la période féconde suite à un rapport sexuel non protégé diminue le risque de grossesse de soixante-seize (76)%.
V. Avantages Très peu d'avantages. La contraception d'urgence ne peut être utilisée comme une méthode contraceptive à long terme. Le taux d'efficacité est trop faible. Sinon, une méthode d'urgence pour les femmes à risque de tomber enceinte lors d'un rapport non protégé, d'un viol et d'un accident lors de l'utilisation d'une méthode de barrière. - Plus la contraception d'urgence est utilisée tôt, plus elle est efficace.
VI. Inconvénients - Effets secondaires Les femmes avec des pathologies cardiovasculaires, thromboemboliques, attaque cardiaque et cérébrale encourrent des risques accrus lors de l'utilisation des contraceptifs chimiques pour une contraception d'urgence. Les effets secondaires consistent généralement en nausées et vomissements. - Pour minimiser la nausée et le vomissement, demander à la cliente d'ingérer les comprimés en mangeant. - En cas de vomissements dans les deux (2) heures suivant la prise de la première dose ou de la seconde, la cliente doit répéter la dose conformément à la prescription.
VII. Éligibilité Toutes les femmes en âge de procréer ayant eu un rapport sexuel non protégé durant la période féconde. Toutes les femmes ayant subi un viol, sans précision sur la période féconde (en raison du choc émotionnel). <u>Autres situations justifiant d'envisager l'administration de la contraception d'urgence :</u> - Éjaculation sur les organes génitaux. - Coït interrompu. - Déchirure ou glissement du condom. - Expulsion du dispositif intra-utérin ou retrait au milieu du cycle. - Plus de deux comprimés de contraceptifs oraux oubliés ou plus de deux jours de retard à commencer à prendre la pilule. - Oubli de minipilule (progestérone seulement) durant les quarante-huit (48) heures. - Prescription d'avance à toute adolescente et/ou à toute femme qui ne veut pas devenir enceinte et qui se trouve dans l'une des situations précédentes.
VIII. Contre-indications Contre-indications absolues - Toutes les femmes ayant des antécédents cardiovasculaires, d'accidents cérébro-vasculaires, de thromboembolies ; les méthodes chimiques sont fortement déconseillées

Contre-indications relatives - Toutes les femmes qui ont des pathologies stabilisées (HTA, diabète contrôlé...)
IX. Moment approprié pour initier la méthode Les contraceptifs mécaniques DIU : au plus tard cinq (5) après le rapport sexuel non protégé. Les méthodes chimiques : ○ Pilule au lévonorgestrel (0,75mg) : 1 comprimé dose unique à prendre dans les 72 heures au plus tard suivant l'acte sexuel ○ COC dosé à 30-35 microgrammes d'œstradiol : 4 comprimés stat puis 4 comprimés 12 heures plus tard. ○ COP dose à 75 microgrammes de norgestrel : 20 cachets stat puis 20 cachets 12 heures plus tard à prendre au plus tard 48 heures après l'acte sexuel.
X. Suivi La cliente doit recevoir un rendez-vous dans les quinze (15) jours qui suivent l'administration de la dose. Si les menstruations n'apparaissent pas, confirmer une grossesse par les tests (β-HCG) Si les menstruations apparaissent, ○ Renforcer le counseling. ○ Proposer une méthode de contraception à la cliente.

FICHE TECHNIQUE # 16 : MÉTHODES NATURELLES

I. Définition
Les méthodes contraceptives naturelles sont tout simplement les méthodes basées sur la connaissance de la fécondité y compris la continence périodique.
II. Types utilisés en Haïti
a. Méthode d’Allaitement Maternel et Aménorrhée (MAMA). b. Méthode du Calendrier ou du Rythme ou d’Ogino Knauss. c. Méthode de la Glair Cervicale. d. Méthode la Température Basale. e. Méthode sympto-thermique. f. Méthode du retrait ou Coït interrompu. g. Méthode des jours fixes (Méthode collier).
III. Mécanismes d’action
Elles sont toutes basées sur la période de fécondité de la femme.
IV. Efficacité
Elles n’ont qu’une efficacité relative en pratique courante : 20 grossesses pour 100 femmes durant la première année d’utilisation.
V. Avantages
Elles ne possèdent quasiment aucune contre-indication. Pas de molécule à ingérer. L’utilisation de toutes les méthodes naturelles dépendent du couple.
VI. Inconvénients - Effets secondaires
Pour utiliser les méthodes naturelles, en dehors de la méthode MAMA, la femme doit avoir un cycle régulier. Les femmes avec des cycles irréguliers ne peuvent utiliser les méthodes naturelles L’utilisation des méthodes naturelles requiert une connaissance adéquate de la physiologie sexuelle afin de bien calculer la période de continence périodique L’utilisation d’une méthode d’appoint est nécessaire si le couple désire un rapport sexuel durant la période d’abstinence
VII. Éligibilité
Toutes les femmes en âge de procréer sauf celles avec un cycle irrégulier
VIII. Contre-indications
Aucune contre-indication connue. Aucun effet secondaire.
IX. Bilan de santé
Aucun bilan de santé nécessaire
X. Moment approprié pour initier la méthode
Il dépend essentiellement du couple
XI. Suivi
Aucun suivi particulier
XII. Informations pour le prestataire et la cliente/le client
La compréhension des notions de cycle menstruel doit être bien expliquée par le prestataire. Toutes erreurs et/ou choix erronés de jours mal calculés peut entrainer malencontreusement une grossesse.

FICHE TECHNIQUE # 17 : MÉTHODE ALLAITEMENT MATERNEL AMÉNORRHÉE (MAMA)

I. Définition C'est la méthode de l'allaitement et de l'aménorrhée. C'est une méthode basée sur la fécondité mais le mécanisme d'action est différent et fréquemment utilisée par nos mères.
II. Types utilisés en Haïti Non applicable
III. Mécanismes d'action Le mode d'alimentation exclusive au sein une fois appliqué, le processus de lactation est constamment mis en œuvre et aboutit de ce fait à la suppression de l'ovulation. Cependant, après six (6) mois de post-partum, malgré l'alimentation exclusive au sein, malgré même l'absence trompeuse des règles, l'ovulation peut se faire et la femme peut devenir enceinte. L'allaitement maternel ne peut plus être considéré comme une protection suffisante contre une grossesse si : - Le bébé a plus de six (6) mois accomplis. - Si les règles sont rétablies ou revenues. - Si la fréquence des tétées a diminué par suite de l'administration de repas solides ou liquides au bébé.
IV. Efficacité L'allaitement maternel exclusif bien conduit constitue une méthode contraceptive efficace. Le taux d'efficacité à l'utilisation correcte (99%) et le taux d'efficacité à l'utilisation courante (98%).
V. Avantages Avantages contraceptifs. - Efficace immédiatement. - N'interfère pas avec les rapports sexuels. - Pas d'effets secondaires. - Pratique et facile à utiliser. - Peut être arrêté facilement. Avantages non contraceptifs Cette méthode de contraception par allaitement maternel exclusif durant les six (6) premiers mois de post-partum, si elle est scrupuleusement observée, présente les avantages que voici: <i>Pour la mère</i> - Elle est économique. - Elle resserre les liens affectifs entre la mère et le bébé. <i>Pour le bébé</i> - Elle le protège contre les maladies diarrhéiques liées à l'usage inopportun du biberon. - Elle le protège des infections bactériennes ou virales par l'apport d'anticorps contenus dans le lait maternel. - Elle procure une nutrition adéquate au bébé.
VI. Inconvénients - Effets secondaires Pour la mère - Au-delà de six (6) mois de post-partum, elle n'est plus efficace. - Elle ne procure aucune protection contre les IST. Pour le bébé - Si la mère est infectée par le VIH avec une charge virale indétectable, le risque de transmission du VIH au nourrisson est quasiment nul. - Si la mère est infectée par le VIH et l'on ne connaît pas sa charge virale et/ou sa charge virale est détectable, le choix de l'allaitement exclusif au sein doit être étudiée avec beaucoup de précaution ; il y a un certain risque que l'enfant soit infecté au VIH-SIDA par le biais de l'allaitement maternel. - D'après l'OMS, ce risque est faible et, dans certains pays en voie de développement, il est recommandé de continuer l'allaitement maternel au lieu de donner un biberon (qui est presque toujours contaminant) en raison du risque élevé de morbi-mortalité par maladies infectieuses et diarrhéiques.
VII. Éligibilité Cette méthode contraceptive convient aux femmes se trouvant dans les conditions suivantes : - Aménorrhéique (non-retour des règles). - Moins de six (6) mois de post-partum. - Bébé exclusivement nourri au sein, c'est-à-dire qu'à part le sein, il ne reçoit ni liquide d'une autre source, ni d'aliments solides.

- Bébé mis au sein à la demande, de jour ou de nuit, avec utilisation des deux (2) seins, tous les jours, l'un après l'autre, complètement vidés à chaque séance, avec un temps de succion supérieur à quinze (15) minutes. - L'écart entre deux (2) tétées ne dépasse pas trois (3) heures.
VIII. Contre-indications Aucune contre-indication connue.
IX. Bilan de santé La méthode MAMA ne nécessite aucun bilan de santé
X. Moment approprié pour initier la méthode Dans la demi-heure qui suit l'accouchement
XI. Suivi Quand la femme n'allait pas complètement ou qu'elle a arrêté ou qu'il y a un retour des règles, et qu'elle devienne fertile, il faut qu'elle se rende à l'institution de santé pour qu'on l'aide à choisir une méthode contraceptive convenable.
XII. Informations pour le prestataire et la cliente/le client Les établissements de santé doivent: - Promouvoir une politique d'allaitement maternel explicitement formulée par écrit et portée à la connaissance de tous les membres du personnel médical professionnel et para-professionnel. - Donner à tous les membres du personnel les compétences et les moyens nécessaires pour: ▪ Informer en clinique prénatale (dès la première consultation) toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement maternel et de sa pratique. ▪ Laisser automatiquement le bébé avec sa mère dans les maternités. ▪ Aider les mères à initier la mise au sein précoce du bébé, soit dans la demi-heure qui suit l'accouchement dans la mesure du possible. ▪ Mettre fin à cette pratique qui consistait à donner de l'eau sucrée au nouveau-né. Certains problèmes peuvent survenir. Ils nécessitent que des conseils appropriés soient donnés à la clientèle : - <i>Insuffisance de lait</i> ○ Cause probable : alimentation inadéquate, manque de repos, tétées trop espacées ○ Conduite à tenir : ▪ Avoir une diète équilibrée, ▪ Boire beaucoup de liquide, ▪ Se reposer, ▪ Donner le sein à la demande. - <i>Mamelons douloureux</i> ○ Cause probable : Érosions. ○ Conduite à tenir : ▪ Bien nettoyer les mamelons après chaque tétée et passer de l'huile minérale. Continuer les tétées. ▪ Si pas d'érosions, entraîner la cliente à la technique de l'allaitement. - <i>Seins douloureux</i> ○ Cause probable : Mastite (seins turgescents, chauds et fièvre), engorgement mammaire. ○ Conduite à tenir : ▪ Examiner le sein. ▪ Arrêter l'allaitement. ▪ Faire le traitement antibiotique. ▪ Mettre des compresses tièdes au niveau du sein malade. ▪ Après traitement, recommencer l'allaitement. ▪ Si pas d'infection (engorgement), mettre des compresses sur les seins, augmenter la fréquence des tétées pour vider régulièrement les deux (2) seins. NB : La femme qui allaite mais n'utilise pas la MAMA devra choisir une méthode efficace de contraception

ANNEXE 2.. FICHES TECHNIQUES POUR LA PRISE EN CHARGE DES EFFETS SECONDAIRES DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES

A - PRISE EN CHARGE DES EFFETS SECONDAIRES DES METHODES CONTRACEPTIVES A PROGESTATIF SEUL

Plusieurs méthodes contraceptives utilisent la progestérone comme seul principe actif pour l'effet contraceptif. Les clientes vont se plaindre d'effets secondaires quasiment similaires. En général, les effets secondaires sont, certes, rares et les deux maîtres signes qui apparaissent sont :

- L'aménorrhée secondaire.
- Les saignements utérins anormaux.

Citons les différentes méthodes contraceptives impliquées :

- Les implants (norplant, jadelle, levoplant, implanon).
- Les injectables (dépo-provéra, dépo-provéra sous-cutané, Noristérat)
- La pilule à progestatif seul (minipilule ou micropilule progestative).

Les méthodes contraceptives avec insertion d'implants et les injectables présentent des effets secondaires spécifiques liés à l'insertion et/ou à l'injection.

❖ EFFETS SECONDAIRES COMMUNS A TOUS LES PROGESTATIFS.

Si la femme présente une hémorragie abondante :

- Grossesse intra-utérine
 - Si grossesse : Retirer les implants. Référer en clinique prénatale
 - Si avortement :
 - Faire un curetage thérapeutique ou une aspiration intra-utérine (AMIU)
 - Donner du sulfate ferreux et si besoin est des antibiotiques.
 - Renforcer le counseling et laisser les implants en place si la cliente le désire.
- Douleur hypogastrique sévère
 - Grossesse ectopique, tumeur ovarienne, appendicite, autres.
 - Évaluer cliniquement la cliente. (Counseling approprié)
 - Référer pour traitement approprié.
 - Changer de méthode.

Si la femme présente un saignement utérin anormal lié à la méthode :

- Saignements abondants liés à la méthode.
 - Renforcer le counseling.
 - Donner œstro-progestatifs (une (1) pilule pendant 21 jours).
 - Laisser l'implant en place si la cliente le désire.
 - Sulfate ferreux.
- Si saignements persistent :
 - Renforcer le counseling
 - Donner œstro-progestatifs.
 - Sulfate ferreux.
- Si œstro-progestatifs contre-indiqués :
 - Donner des anti-prostaglandines (ibuprofène) pendant trois (3) à cinq (5) jours.
 - Sulfate ferreux.
- Si Avortement – grossesse – Tumeurs
 - Référer pour traitement.
- Saignement vaginal inter-menstruel

- Si aucune cause n'est trouvée et l'hémorragie inquiète la cliente et s'accompagne d'anémie détectée cliniquement : conjonctives pâles et bas taux d'hémoglobine.
 - Renforcer le counseling
 - Si elle a des implants et que l'anémie est sévère, enlever les implants.
 - Si elle a reçu une injection intramusculaire et/ou sous-cutané, stopper la contraception jusqu'à arrêt du saignement.
 - Si elle était placée sous minipilule (COP/PP), demander à la cliente d'arrêter de prendre la méthode.
 - Appliquer une des médications suivantes :
 - Donner des œstro-progestatifs.
 - Donner une anti-prostaglandine (Ibuprofène).
 - Donner du sulfate ferreux.
 - Toujours rechercher une infection génito-urinaire associée.

Si la femme présente une aménorrhée secondaire

- Éliminer une grossesse
 - Si grossesse, faire la référence en prénatale.
 - Faire l'arrêt de la méthode contraceptive.
 - Effectuer le counseling approprié à la situation.
 - Enlever les implants.
 - Arrêter la prise de la minipilule.
 - Arrêter toute nouvelle injection des injectables.
- Si pas de grossesse :
 - Renforcer le counseling. N'oublier pas les aspects culturels liés à l'aménorrhée.
 - Si la cliente n'accepte pas l'aménorrhée malgré le counseling: faire l'arrêt de la méthode.
 - Proposer une autre méthode.

Si la femme présente une hypertension artérielle survenue après l'utilisation de la méthode contraceptive :

- Évaluer cliniquement la cliente.
 - Si la cliente présente une tension artérielle égale et/ou supérieure à 160/110 :
 - Faire le counseling approprié à la situation clinique.
 - Retirer les implants.
 - Référer pour traitement.
 - Après stabilisation de la tension artérielle, proposer à la cliente une nouvelle méthode (méthode non hormonale).

Si la femme présente un gain de poids

- Faire une évaluation clinique de la cliente.
 - Si grossesse : stopper la méthode contraceptive.
- Questionner sur habitudes alimentaires : Manque d'exercices. Sédentarité
 - Si gain de poids peu important :
 - Renforcer le counseling.
 - Si gain de poids important
 - Renforcer le counseling.
 - Donner des conseils diététiques.
 - Encourager la femme à pratiquer régulièrement des exercices physiques
 - Laisser la méthode de PF en place si la cliente le désire.
 - Si gain de poids non acceptable.
 - Faire le counseling.
 - Faire le retrait de la méthode
 - Donner une méthode non hormonale.

Si la femme présente une céphalée

- Rechercher la cause
 - Proposer le traitement approprié au diagnostic posé.
 - Renforcer le counseling.
- Présente une céphalée aggravée avec la méthode hormonale à progestatif seul.
 - Changement de méthode (proposer une méthode non hormonale)
- Présente céphalée sévère, troubles visuels, picotement.
 - Changement de méthode (méthode non hormonale).
 - Référer pour recherche du diagnostic et pour traitement approprié.

Si la femme présente un écoulement mammaire, des seins sensibles, une perte de la libido

- Pour l'écoulement mammaire,
 - Rechercher dans l'histoire clinique la notion de stimulation excessive des seins,
 - L'examen clinique des seins est recommandé.
- Pour les seins sensibles,
 - Retracer l'histoire clinique.
 - L'examen clinique des seins est recommandé.
 - Recherche de masse (tumeur) au niveau des seins.
 - Le counseling doit-être renforcé.
 - Le port de soutien-gorge est recommandé (éviter les soutiens gorges à anneau rigide).
 - S'il y a douleurs persistantes,
 - Compresses chaudes.
 - Médicament contre la douleur (analgésiques, anti-inflammatoires...)

Si la femme présente une perte de libido, un coït douloureux (vagin non lubrifié), de la dysménorrhée.

- Renforcer le counseling.
- Rechercher la cause (infection génito-urinaire, problème de couple, stress...).
 - Si la cliente désire l'arrêt de la méthode, proposer lui une méthode non hormonale.

❖ QUELQUES CAS PARTICULIERS LIÉS À LA SPÉCIFICITÉ DE LA MÉTHODE CONTRACEPTIVE**1. Expulsion de capsules**

- Évaluer si la zone d'insertion est infectée ou non.
 - Si la zone est non infectée et les autres capsules sont en place : Si le client le désire, ouvrir un nouveau paquet et remplacer la ou les capsules expulsées à travers un autre point d'insertion.
 - S'il y a infection : enlever les capsules et insérer un nouveau jeu d'implants à l'autre bras avec le consentement de la cliente ; sinon, l'aider à choisir une autre méthode.

2. Infection du site d'implantation (implants) et/ou au site de l'injection (injectables) : élévation de température et pouls rapide.

- S'il y a infection sans abcès :
 - Nettoyer la zone avec une solution antiseptique.
 - Traitement antibiotique (amoxicilline 2g par voie orale x 7 jours).
 - Laisser les implants en place et revoir dans 8 jours.
 - S'il n'y a pas d'amélioration :
 - Faire le retrait des implants et si la cliente accepte : insérer un autre jeu d'implants à l'autre bras.
 - Sinon : l'aider à choisir une autre méthode.

- S'il y a abcès :
 - Nettoyer à la solution antiseptique.
 - Inciser et drainer l'abcès
 - Enlever les capsules.
 - Nettoyer profondément.
 - Traitement antibiotiques (amoxicilline 2 mg x 7 jours) facultatif
 - Si la cliente accepte : insérer un nouveau jeu d'implants dans l'autre bras. Sinon : Faire le Counseling pour l'aider à choisir une autre méthode.

B - PRISE EN CHARGE DES EFFETS SECONDAIRES DES CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINÉS.

Si la femme présente un saignement inter menstruel

Il est assez habituel durant les trois (3) premiers mois

- S'informer si la cliente vient de commencer la pilule.
 - Sinon la rassurer et renforcer le counseling.
- S'informer si elle a manqué une ou plusieurs pilules, ou si elle prend la pilule à n'importe quelle heure de la journée.
 - Sinon la rassurer et renforcer le counseling.
- S'informer si la cliente a des épisodes de vomissements, de diarrhée et/ou si elle reçoit une médication anti-convulsivante, une thérapie aux ARV, une antibiothérapie à long cours.
 - cela peut diminuer la concentration de la méthode et aussi son efficacité;
 - utiliser une méthode d'appoint et/ou changer de méthode contraceptive.
- Si malgré les premières investigations, les signes persistent, il faut investiguer les causes gynécologiques en faisant un examen clinique et gynécologique complet à la recherche de : tumeur, grossesse avec menace d'avortement, grossesse extra-utérine, cervicite, infection pelvienne etc..
 - A-t-elle ces saignements après des rapports sexuels ?
 - A-t-elle un résultat de cytologie cervicale (pap smear) normale et récent ?
 - Si aucun problème gynécologique n'est identifié, il faut penser à la minceur de la muqueuse utérine comme cause possible.
 - Utiliser une contraception orale combinée (COC) à plus forte teneur oestrogénique, mais ne dépassant pas 50 µg d'œstrogène, cela jusqu'à l'arrêt des saignements.
 - Puis, reprendre la pilule combinée à faible dose.
 - Si le saignement inter-menstruel recommence, reprendre le COC à 50 µg.

Les clientes sous COC à 50 mcg doivent s'abstenir de fumer.

Si la femme présente une aménorrhée.

- S'agit-il de grossesse ? histoire clinique, symptômes évocateurs
 - Investiguer le mode d'utilisation de la méthode:
 - A-t-elle oublié de prendre la pilule durant un ou plusieurs jours, ou est-ce qu'elle la prend à des horaires irréguliers? Ou a-t-elle décidé de cesser la COC ?
 - Renforcer le counseling et effectuer les tests appropriés pour éliminer une grossesse.
 - Si grossesse prouvée, référer-la en consultation prénatale.
 - Si grossesse non prouvée, renforcer les counseling, rassurer-la et continuer la contraception orale combinée si elle la désire.
- Le COC utilisé contient une très faible dose d'œstrogène 35 µg ou moins. En général, la grande majorité des pilules contraceptives sont minidosées.
 - Si oui: counseling pour la réassurer: (atrophie de la muqueuse utérine). Si malgré le « counseling », la cliente reste inquiète:
 - Prescrire un COC à plus forte teneur oestrogénique pendant trois cycles: soit un COC à cinquante (50) µg d'œstrogène.

- Aider la cliente à choisir une autre méthode contraceptive

Il est recommandé aux clientes sous COC à 50 µg de ne pas fumer.

Si la femme présente une hypertension artérielle

- Si la tension artérielle est contrôlée et que la cliente se sait hypertendue et qu'elle a plus de trente et cinq années (35 ans),
 - Déconseiller la COC à la cliente.
 - Proposer une autre méthode contraceptive : le COP et/ou une autre méthode non hormonale.
- Si l'HTA > à 140/90 et la femme a plus de quarante (40) ans.
 - Déconseiller la COC à la cliente.
 - Proposer une autre méthode contraceptive : le COP et/ou une autre méthode non hormonale.

Si la femme présente un gain et/ou une perte de poids, flatulence abdominale

- Interroger les habitudes alimentaires.
 - Habitudes alimentaires régulières, mais si le gain de poids est réel et inacceptable
 - Renforcer le counseling
 - Recommander une bonne nutrition et des exercices physiques. Avec la prise de COC ceci peut arriver une légère prise de poids.
 - Éliminer une grossesse chez toute femme sous COC avec perte de poids sinon changer l'heure de la prise de la pilule (recommandation le soir avant le coucher).
 - Flatulence abdominale.
 - Renforcer le counseling.
 - Si la cliente présente une constipation,
 - Conseiller sur la diète riche en fibres. Sinon donner du lait de magnésie et/ou traiter les causes de la flatulence.

Si la femme présente une dépression, une diminution et voire même une perte de la libido.

- La dépression est observée à certains moments du mois chez des clientes sous pilule.
 - Déterminer la cause : sociale, familiale, ou, financière de dépression.
 - Diminuer dosage d'œstrogènes ou prescrire COP (contraceptifs oraux à progestatif).
 - Aggravation avec la pilule: (progestérone aggrave les troubles mentaux).
 - Changement de méthode : Prescrire méthode non hormonale.
 - Rechercher les causes de la perte de libido.
 - Sécheresse vaginale,
 - Dyspareunie,
 - Problème de couple.
 - Baisse d'appétit sexuel liée à la prise de COC.
 - Renforcer le counseling,
 - Éliminer toute cause biologique pouvant entraîner ces problèmes.
 - Si aucune cause, changer de méthode contraceptive et référer à un psychologue (sexologue).

Si la femme présente une pathologie hépatobiliaire, thromboembolique et/ou cardio-vasculaire

- Arrêter la méthode immédiatement.
- Proposer une méthode non hormonale.
- Référer la cliente.

C - PRISE EN CHARGE DES EFFETS SECONDAIRES DES MÉTHODES DE STÉRILISATION.

❖ Ligature/section des trompes

Si la femme présente une infection au niveau de la plaie d'incision, un hématome sous-cutané et/ou une douleur à la plaie d'incision.

- En cas d'infection de la peau, fièvre postopératoire ($>38^{\circ}\text{C}$)
 - traiter avec antibiotiques.
 - En cas d'abcès, drainer
- En cas d'hématome
 - Appliquer des pansements humides et chauds à l'endroit. l'hématome disparaît généralement tout seul mais, parfois, demande un drainage s'il est important.

Si la femme présente une blessure à l'intestin et/ou à la vessie.

- Diagnostiquer le problème et traiter de façon appropriée.
 - Si la vessie ou les intestins sont blessés pendant l'opération et si on le constate à ce moment-là, dispenser les premiers soins de réparation.
 - Si on s'en rend compte après l'opération, référer vers le centre approprié.
 - Si la vessie ou les intestins sont blessés pendant l'opération sans qu'on s'en rende compte, la cliente revient avec des douleurs abdominales (parfois avec un abdomen chirurgical)
 - Dispenser les premiers soins.
 - Mettre une voie perméable.
 - Référer la cliente.

Si la femme fait une embolie gazeuse résultant de la coelioscopie (très rare, mais très grave)

- Une réanimation intensive peut être nécessaire, y compris :
 - Liquide intraveineux,
 - Réanimation cardio-respiratoire.
 - Référer la cliente dans les meilleures conditions, si possible.

❖ Vasectomie.

- **Infection de la plaie scrotale.**
 - En présence d'infection cutanée, traiter avec des antibiotiques.
 - En cas d'abcès, drainer et traiter.
- **Enflure excessive.**
 - Si l'enflure du scrotum est importante et douloureuse, on intervient chirurgicalement.
 - Référer si nécessaire
- **Hématome (scrotal).**
 - Appliquer un pansement chaud et humide à l'endroit et fournir un « soutien scrotal » ; l'hématome disparaît tout seul.

ANNEXE 3.. STANDARDS POUR L'OFFRE DE SERVICES DE PRESTATION FAMILIALE

A - STANDARDS DE PRESTATION DE SERVICES

- 1. Les hommes et femmes, individus et/ou couples, qui le désirent doivent bénéficier de services de PF de qualité, incluant la disponibilité d'une gamme diversifiée de méthodes sûres et efficaces.*
- 2. L'orientation vers les services de planification familiale doit être systématique au niveau des unités de prise en charge accueillant des patients/es en âge de procréer.*

Contraception utérine

- L'établissement de santé offre à ses usagers, acceptants et utilisateurs PF un environnement empreint de convivialité et d'empathie, favorable au développement d'une relation de confiance.
- L'établissement de santé fournit à ses usagers et utilisateurs PF une aide à la prise de décision personnalisée et efficace, adaptée à leurs besoins.
- L'évaluation des risques est réalisée de manière rigoureuse et systématique avant toute insertion de DIU.
- L'insertion d'un DIU doit être réalisée par un personnel certifié, dans des installations adéquates.
- La cliente porteuse d'un DIU doit être suivie de façon régulière par un personnel certifié, conformément au protocole en vigueur, jusqu'au retrait de la méthode.

Méthodes hormonales

- L'établissement de santé offre à ses usagers, acceptants et utilisateurs PF un environnement empreint de convivialité et d'empathie, favorable au développement d'une relation de confiance.
- L'établissement de santé fournit à ses usagers et utilisateurs PF une aide à la prise de décision personnalisée et efficace, adaptée à leurs besoins.
- L'évaluation des risques est réalisée de manière rigoureuse et systématique avant toute méthode hormonale, conformément au protocole en vigueur.
- L'administration des méthodes hormonales doit se faire dans le strict respect des protocoles en vigueur.
- L'insertion d'un implant doit être réalisée par un personnel certifié, dans des installations adéquates.
- La cliente utilisant une méthode hormonale doit être suivie de façon régulière par un personnel certifié, conformément au protocole en vigueur, jusqu'au retrait de la méthode.

Méthodes « de barrière »

- L'établissement de santé offre à ses usagers, acceptants et utilisateurs PF un environnement empreint de convivialité et d'empathie, favorable au développement

d'une relation de confiance.

- L'établissement de santé fournit à ses usagers et utilisateurs PF une aide à la prise de décision personnalisée et efficace, adaptée à leurs besoins.

Méthodes définitives

- L'établissement de santé offre à ses usagers, acceptants et utilisateurs PF un environnement empreint de convivialité et d'empathie, favorable au développement d'une relation de confiance.
- L'établissement de santé fournit à ses usagers et utilisateurs PF une aide à la prise de décision personnalisée et efficace, adaptée à leurs besoins.
- L'évaluation des risques est réalisée de manière rigoureuse et systématique avant toute stérilisation.
- La ligature/section des trompes et/ou la vasectomie doivent être réalisées par un personnel certifié, dans des installations adéquates.
- Après une stérilisation, le client/la cliente doit être réexaminé au moins une fois par un personnel certifié, conformément au protocole en vigueur.

B - STANDARDS D'ORGANISATION DES SERVICES

- 1. Les services de planification familiale doivent être organisés de manière à permettre une accessibilité optimale aux différentes méthodes de contraception et une utilisation éclairée et opportune par les hommes et femmes qui en ont besoin.***

Le dispositif de prestation de services

- Le processus institutionnel de prise en charge repose sur la polyvalence du personnel et favorise la permanence, l'intégration et la flexibilité des services.
- A travers son équipe de planification familiale, l'établissement de santé développe et entretient des interactions régulières avec les acteurs communautaires, pour faire connaître les services PF et favoriser leur utilisation.

Activités de prise en charge

- Les activités essentielles de prise en charge sont réalisées de façon effective dans les institutions sanitaires, en fonction de leur place dans le système de soins.
 - Le personnel préposé à l'accueil démontre les capacités techniques et humaines requises pour des interactions empreintes de respect et de discrétion avec les clients.
 - Les services de counseling sont délivrés par des prestataires compétents, selon des horaires adaptés, dans un environnement favorable à l'interaction.
 - Les prestataires de services démontrent des compétences techniques requises pour apprécier efficacement le niveau de risque encouru par le client/la cliente, eu égard à la méthode choisie.
 - Une fois la méthode choisie par le client/la client prescrite, l'établissement l'initie dans le délai le plus court possible.

- L'établissement a développé un système, institutionnel et communautaire, grâce auquel il parvient à planifier et gérer les différents contacts avec les clients et suivre l'évolution de la prise en charge.
- L'établissement fournit des soins appropriés aux clients ressentant des effets secondaires et complications liées à l'utilisation d'une méthode contraceptive.
- L'établissement a développé un système, institutionnel et communautaire, grâce auquel il parvient à planifier et gérer les différents contacts avec les clients et suivre l'évolution de la prise en charge.
- L'établissement fournit des soins appropriés aux clients ressentant des effets secondaires et complications liées à l'utilisation d'une méthode contraceptive.
- L'établissement et les prestataires de soins sont tenus de respecter la décision de retrait de méthode, une fois notifiée par la cliente.

Intégration avec les autres composantes de l'offre de services

- L'établissement et les prestataires de soins accueillant des patients/es en âge de procréer les orientent de manière systématique vers les services de planification familiale.

C - STANDARDS DE GESTION DES SERVICES

1. Les responsables de services de planification familiale doivent exercer de manière adéquate les principales fonctions de gestion, pour le programme et l'établissement en général.

Planification des activités

- Le plan d'action en PF de l'établissement est prêt au plus tard à la fin de la première quinzaine d'octobre et comporte un volet institutionnel et un volet communautaire.

Rapportage, suivi et évaluation

- Les rapports sont fiables, complets et produits à temps. L'information produite est exploitée de manière optimale pour une prise de décision avisée.

Gestion de la qualité des services

- L'établissement dispose d'informations régulières sur la qualité des services PF.
- Le personnel est engagé dans des actions soutenues d'amélioration de la qualité.

Approvisionnement en intrants

- L'établissement réalise une gestion rationnelle des stocks de contraceptifs et intrants essentiels, de manière à garantir la disponibilité permanente des méthodes PF.

ANNEXE 4.. DOCUMENTS OFFICIELS RELATIFS À LA PF (en vigueur au 30 juin 2019)

- Arrêté présidentiel de mai 2013 conférant un caractère obligatoire aux services de planification familiale dans toutes les institutions de santé sur le territoire national
- Engagements pour l'accélération de la PF (2018)

A - ARRÊTÉ PRÉSIDENTIEL DE MAI 2013



SOMMAIRE

- Résolution #1 du Conseil des Ministres du 30 avril 2013 créant la Commission de Renégociation du Contrat d'Accès à l'Énergie.
- Arrêté créant un nouveau support administratif pour les extraits d'acte d'état civil délivrés par les Archives Nationales d'Haïti.
- Arrêté autorisant l'implantation à Tabarre la Zone Franche Industrielle d'Expatriation de Société Immobilière de Développement S.A. (SIDSA).
- Arrêté délimitant le Parc National "La Visite".
- Arrêté modifiant la Convention du 11 novembre 2010 relative à l'octroi de statut de zone franche en faveur du projet d'investissement industriel WEST INDIES FREE ZONE.
- Arrêté conférant un caractère obligatoire aux services de planification familiale dans toutes les institutions de santé sur le territoire national.
- Arrêté créant un Comité interministériel des Droits de la Personne (CIDP).

CONSEIL DES MINISTRES

RÉSOLUTION #1 DU CONSEIL DES MINISTRES DU 30 AVRIL 2013

Le Conseil des Ministres,

Rappelant les priorités du Président de la République en ce qui concerne l'amélioration des conditions de vie de la population ;

Ayant à l'esprit le Décret du 20 août 1989 aménageant la structure organisationnelle de l'Électricité d'Haïti (EDH) dans le dessein de lui permettre de mieux remplir sa mission et d'améliorer la gestion de ses biens et de ses affaires, selon lequel l'EDH a pour mission d'alimenter la République d'Haïti en énergie électrique aux meilleures conditions ;

Soulignant la nécessité pour l'Électricité d'Haïti (EDH) de servir la clientèle dans des conditions optimales ;

LIBERTÉ

ÉGALITÉ
RÉPUBLIQUE D'HAÏTI

FRATERNITÉ

ARRÊTÉ

MICHEL JOSEPH MARTELLY
PRÉSIDENT

Vu les articles 19, 136, 259 et 260 de la Constitution ;

Vu la Convention relative aux Droits de l'Enfant, signée par Haïti le 26 janvier 1990 et sanctionnée par Décret du 23 décembre 1994 ;

Vu le Décret du 17 novembre 2005 portant sur l'organisation et le fonctionnement du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSP) ;

Considérant que l'Etat a pour devoir de veiller au bien-être général de la population et d'étendre les conditions nécessaires à l'amélioration de son état de santé ;

Considérant qu'il est impérieux pour l'Etat de maintenir le taux de croissance de la population à un niveau compatible avec le niveau de croissance économique de la nation ;

Considérant que la planification familiale est considérée comme un instrument de développement et un moyen pour lutter contre la pauvreté et la dégradation de l'environnement ;

Considérant qu'elle est l'une des priorités nationales de santé et l'une des stratégies pour réduire la mortalité maternelle et infantile et un moyen efficace pour prévenir les grossesses précoces chez les adolescentes ;

Sur le rapport de la Ministre de la Santé Publique et de la Population ;

Et après délibération en conseil des Ministres,

ARRÊTE

Article 1^{er}. - Dès la publication du présent Arrêté, les services de planification familiale sont et demeurent obligatoires dans toutes les institutions de santé fonctionnant sur le territoire national.

Ces services sont fournis gratuitement dans le respect des normes régissant la matière dictées par le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSP).

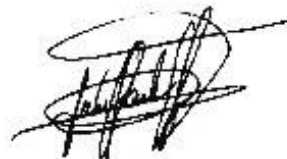
Article 2. - Toutes les institutions de santé doivent encourager les femmes en âge de procréer et ayant entre deux (2) à trois (3) enfants à adopter une méthode de Planification Familiale de longue durée. Cette obligation pèse également sur tous les praticiens généralistes et les spécialistes en obstétrique et en gynécologie.

Article 3. - Toute institution de santé se trouvant, pour une raison ou pour une autre, dans l'incapacité d'offrir les services de planification familiale est tenue de référer le ou la client(e) volontaire à une institution où ces services sont disponibles ou à des prestataires laïques de cet établissement sanitaire en vue d'une prise en charge.

- Article 4.-** Il sera conçu et élaboré à l'initiative du Ministère de la Santé Publique et de la Population un programme d'éducation en matière de planification familiale et un programme de formation en technologie contraceptive à l'intention du personnel médical et paramédical aptes à fournir à la population des services de qualité.
- Il est fait obligation à tous les médias de consacrer un temps d'antenne à la diffusion du programme d'éducation.
- Article 5.-** Les infirmiers des manufactures et des usines établies dans le pays sont tenues de prendre les dispositions nécessaires pour offrir sur les lieux de travail à leurs travailleurs et travailleuses les services de planification familiale.
- Article 6.-** La contraception chirurgicale volontaire ne sera effectuée qu'avec le consentement éclairé et écrit des clientes qui ont délibérément choisi cette méthode définitive de planification familiale après avoir bénéficié d'une assistance conseil.
- Article 7.-** Le Ministère de l'Intérieur et des Collectivités Territoriales, à travers les Mairies, le Ministère à la Condition Féminine et aux Droits de la Femme participent, conjointement avec le Ministère de la Santé Publique et de la Population, à la promotion de la planification familiale à travers le pays et rendent disponibles les services de planification familiale dans les grands marchés publics.
- Article 8.-** Toutes les institutions de santé qui n'auraient pas observé strictement les dispositions du présent Arrêté s'exposent aux sanctions suivantes: l'avertissement, l'exclusion de l'Institution du Plan Départemental Intégré, le gel de l'allocation mensuelle pour les institutions bénéficiaires, le retrait de la franchise d'assurance ou de l'autorisation de fonctionnement.
- Article 9.-** Le présent Arrêté, qui entre immédiatement en vigueur, sera imprimé, publié et exécuté à la diligence des Ministres de l'Intérieur et des Collectivités Territoriales, des Affaires Étrangères et des Cultes, de la Justice et de la Sécurité Publique, de l'Économie et des Finances, de l'Éducation Nationale et de la Formation Professionnelle, de la Santé Publique et de la Population, à la Condition Féminine et aux Droits des Femmes, chacun en ce qui le concerne.

Donné au Palais National, à Port-au-Prince, le 15 avril 2013, Art 210^{er} de l'Indépendance

Par:



Michel Joseph MARTEL, LY

Le Président



Laurent Salvador LAMOTHE

Le Premier Ministre

Le Ministre de l'Intérieur
et des Collectivités Territoriales



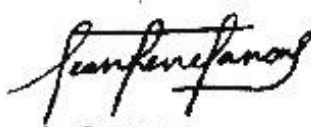
David BASIL

Le Ministre des Affaires Étrangères
et des Cultes



Pierre Richard CASIMIR

Le Ministre de la Justice
et de la Sécurité Publique



Jean René SANON

Le Ministre de l'Économie
et des Finances



Wilson LALEAU

Le Ministre de l'Éducation Nationale
et de la Formation Professionnelle



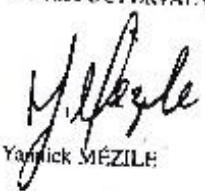
Yvonne PIERRE

La Ministre de la Santé Publique
et de la Population



Florence DUPÉRY

La Ministre à la Condition Féminine
et aux Droits des Femmes



Yanick MÉZIL

B - ENGAGEMENTS POUR L'ACCELERATION DE LA PF (2018)

Engagements à la FP2020	
Engagements au niveau politique	• La création d'un comité interministériel œuvrant dans la santé de la reproduction. Ce comité va impliquer les ministères suivants : ◦ Ministère de l'Éducation Nationale et de la Formation Professionnelle, le Ministère à la Condition féminine et aux droits de la Femme, le Ministère de l'Intérieur et des Collectivités territoriales, le Ministère à la Jeunesse, aux sports et à l'action civique, le Ministère des Affaires sociales. Ces entités se rencontreront sur une base trimestrielle en fonction des Termes de Référence validés. • Le suivi sera assuré par le Ministère de la Santé Publique. • Le Gouvernement Haïtien s'engage à établir un cadre légal pour le droit à la Santé de la reproduction des jeunes et des adolescents.
Engagements au niveau financier	• Haïti s'engage à intégrer une ligne budgétaire dans le budget du Ministère de la Santé Publique afin d'accroître les ressources allouées à la Planification Familiale et Santé de la Reproduction. • Le Gouvernement Haïtien s'engage à contribuer un montant progressif jusqu'à hauteur de 5% du coût d'achat des produits contraceptifs d'ici 2020.
Engagements au niveau des programmes	• Augmentation du continuum de soins en santé maternelle en consolidant la Contraception du Post partum, la Contraception du Post abortum, et en renforçant les liens de la PF avec les programmes de VIH/SIDA, de vaccination. • Augmentation des services au niveau des populations dans les zones difficiles d'accès en priorisant l'approche « Service Mobile de Proximité » pour l'offre de toute la gamme de méthodes modernes (LARC & PM), au niveau communautaire, avec l'appui des ASCP. • Réduire de 10% le taux de besoins non satisfaits et augmenter de 10% le taux de prévalence contraceptive à partir des données de EMMUS VI à venir.

