



POLITIQUE, NORMES ET PROCEDURES POUR LA PRISE EN CHARGE DES IST AU BENIN

Edition Mars 2019



PREFACE

Le Bénin dispose depuis 2003 d'un document de Politique, Normes et Procédures de prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) qui n'a pas été révisé depuis lors mais les algorithmes par contre ont connu des mises à jour périodiques dont la dernière édition date de 2015. Aussi, ces algorithmes n'intègrent pas suffisamment les spécificités des populations clés. La présente édition est basée sur les stratégies mondiales du secteur de la santé contre les infections sexuellement transmissibles 2016-2021. Ces stratégies décrivent les services de lutte contre les IST de qualité qui répondent aux besoins et préférences des populations. Elles proposent des actions à mener pour s'attaquer aux facteurs sous-jacents des épidémies d'infections sexuellement transmissibles, notamment la stigmatisation et la discrimination, les inégalités qui exposent les populations à l'infection et limitent l'accès aux services de prévention et de traitement efficaces.

C'est un document qui permettra de standardiser les approches de prise en charge et d'améliorer la qualité de la prise en charge des IST sur toute l'étendue du territoire national non seulement dans les formations sanitaires de façon générale mais aussi et surtout au niveau des services adaptés de prise en charge des populations clés.

Ce guide pratique s'adresse aux professionnels de santé (médecins, infirmiers, sages-femmes et auxiliaires sanitaires) impliqués dans les soins curatifs en cas d'infections sexuellement transmissibles. Il leur donne des directives pour conduire un entretien face aux patients souffrant d'IST, à les examiner, à les soigner et à leur donner des conseils utiles afin de prévenir les réinfections et l'infection à VIH.

J'exhorte tous les acteurs de la lutte contre les IST et le Sida au Bénin en particulier ceux engagés dans l'offre de services de prise en charge des IST à se saisir judicieusement de cet outil de travail pour des interventions de qualité et le bien-être de nos populations.

Je suis particulièrement reconnaissant à l'**Organisation du Corridor Abidjan Lagos (OCAL)**, à l'**USAID** et au **Cabinet Afrique Synergie plus** qui ont apporté leur contribution financière et technique à la réalisation de ce travail. Mes remerciements vont enfin à tous les cadres et personnel de santé de toutes catégories, tant du secteur public que privé, tant du niveau central que de la périphérie, pour la qualité de leur participation aux différentes phases d'élaboration de ces outils.

Benjamin I.B. HOUNKPATIN

Ministre de la Santé

TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX	5
LISTE DES ABREVIATIONS	6
INTRODUCTION.....	8
I. GENERALITES	10
1.1. DEFINITION DES IST	10
1.2. EPIDEMIOLOGIE ET AMPLEUR DES IST	10
1.3. MODES DE TRANSMISSION DES IST.....	11
1.4. GROUPES DE POPULATIONS LES PLUS A RISQUE	12
1.5. INTERACTIONS ENTRE LE VIH ET LES AUTRES IST	12
1.6. PRINCIPALES COMPOSANTES DE LUTTE CONTRE LES IST AU BENIN.....	13
1.7. CRITERES DE CHOIX DES MEDICAMENTS CONTRE LES IST	14
II. LA POLITIQUE NATIONALE DE PRISE EN CHARGE DES IST.....	15
III. NORMES ET PROCEDURES DE PRISE EN CHARGE DES IST	17
3.1. PREVENTION DES IST	17
3.1.1. <i>Les Normes.....</i>	17
3.1.1.1. <i>Information, Education, Communication (IEC)/ Communication pour un changement de comportement (CCC).....</i>	17
3.1.1.2. <i>Causerie</i>	19
3.1.1.3. <i>L'utilisation des mass média</i>	20
3.1.2. <i>Procédures</i>	25
3.1.2.1. <i>Organisation d'une causerie de groupe.....</i>	25
3.1.2.2. <i>La communication interpersonnelle</i>	26
3.2. PRISE EN CHARGE PRECOCE DES CAS D'IST	28
3.2.1. <i>Normes</i>	28
3.2.1.1. <i>La Prise en charge des cas lors du premier contact.....</i>	28
3.2.1.2. <i>La Prise en charge des cas référés.....</i>	29
3.2.1.3. <i>Prise en charge des cas asymptomatiques.....</i>	30
3.2.2. <i>Procédures</i>	35
3.2.2.1. <i>Accueil et interrogatoire.....</i>	35
3.2.2.2. <i>Examen physique.....</i>	38
3.3. DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES IST	40
3.3.1. <i>Approches de prise en charge des IST</i>	40
3.3.2. <i>Différents syndromes et algorithmes de prise en charge.....</i>	42
3.3.2.1. <i>L'écoulement urétral</i>	45
3.3.2.2. <i>L'écoulement vaginal</i>	48
3.3.2.3. <i>Douleurs abdominales basses</i>	52
3.3.2.4. <i>Ulcération génitale.....</i>	54
3.3.2.5. <i>Bubon inguinal</i>	56
3.3.2.6. <i>Gonflement aigu du scrotum.....</i>	58
3.3.2.7. <i>Conjonctivite du nouveau-né.....</i>	60
3.3.2.8. <i>Condylomes ou végétations vénériennes</i>	62
3.4. LES INTERVENTIONS EN DIRECTION DES GROUPES PARTICULIERS	64
3.4.1. <i>Les différents types de cas particuliers</i>	64
3.4.2. <i>Perceptions et représentations sur les orientations sexuelles dans la communication interpersonnelle.....</i>	64
3.4.3. <i>Définition de quelques termes et concepts</i>	64
3.4.4. <i>Prise en charge des IST chez les PS et les HSH.....</i>	69
3.4.4.1. <i>Prise en charge des IST chez les professionnels du sexe.....</i>	71

3.4.4.2.	<i>Spécificités de la PEC des IST auprès des HSH</i>	74
3.4.5.	<i>Prise en charge des IST chez les usagers de drogues et des détenus</i>	80
3.4.6.	<i>Prise en charge des victimes d'abus sexuels</i>	80
3.4.7.	<i>Prise en charge des IST chez la femme enceinte</i>	81
3.5.	LA PRISE EN CHARGE DES PARTENAIRES	86
3.5.1.	<i>Importance de la prise en charge des partenaires</i>	86
3.5.2.	<i>Annonce ou notification au(x) partenaire(s)</i>	86
3.6.	LA SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE DES IST	88
3.6.1.	<i>Normes de surveillance épidémiologique des IST</i>	88
3.6.2.	<i>Procédures de surveillance épidémiologique des IST</i>	95
3.7.	LES INTERVENTIONS DE SOUTIEN DES SERVICES IST	97
3.7.1.	<i>Gestion des médicaments et des produits de laboratoire</i>	97
3.7.1.1.	<i>Normes de gestion des médicaments et produits de laboratoires</i>	97
3.7.1.2.	<i>Procédures de gestion des médicaments et produits de laboratoires</i>	100
3.7.2.	<i>Gestion des préservatifs et gels lubrifiants</i>	102
3.7.2.1.	<i>Normes de gestion des préservatifs et gels lubrifiants</i>	102
3.7.2.2.	<i>Procédures de gestion des préservatifs et gels lubrifiants</i>	105
3.7.3.	<i>Formation</i>	106
3.7.3.1.	<i>Normes de formation</i>	106
3.7.3.2.	<i>Procédures de formation</i>	118
3.7.4.	<i>La prévention des infections</i>	119
3.7.4.1.	<i>Normes de prévention des infections</i>	119
3.7.4.2.	<i>Procédures de prévention des infections</i>	125
3.7.5.	<i>La recherche fondamentale et opérationnelle</i>	128
3.7.5.1.	<i>Normes de recherche</i>	128
3.7.5.2.	<i>Procédures de recherche</i>	130
3.7.6.	<i>La supervision</i>	131
3.7.6.1.	<i>Normes de supervision</i>	131
3.7.6.2.	<i>Procédures de supervision</i>	135
3.7.7.	<i>Le suivi-évaluation</i>	136
3.7.7.1.	<i>Normes de suivi-évaluation</i>	136
3.7.7.2.	<i>Procédures de suivi-évaluation</i>	139

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Les stratégies de lutte par niveau de la pyramide sanitaire	16
Tableau 2 : Normes de prévention des IST	24
Tableau 3 : Normes de prise en charge précoce et efficace des cas d'IST	32
Tableau 4 : Normes de laboratoires admises par niveau	34
Tableau 5 : Principaux signes à rechercher lors de l'examen physique.....	40
Tableau 6 : Avantages et inconvénients des approches diagnostiques	41
Tableau 7 : Les syndromes IST et leurs étiologies.....	42
Tableau 8 : Différences entre la vaginite et la cervicite	48
Tableau 9 : Récapitulatif des localisations et de la symptomatologie des IST chez les HSH	75
Tableau 10 : Normes sur les composantes de la surveillance épidémiologique des IST	93
Tableau 11 : Normes de gestion des médicaments et des produits de laboratoire	99
Tableau 12 : Normes de gestion des préservatifs	103
Tableau 13 : Normes de formation.....	114
Tableau 14 : Normes de prévention des infections	123
Tableau 15 : Utilisation des gants pour les interventions médicales et chirurgicales	125
Tableau 16 : Normes de recherche opérationnelle	129
Tableau 17 : Normes de supervision	133
Tableau 18 : Normes de suivi.....	137
Tableau 19 : Normes d'évaluation	138
Tableau 20 : Catégories de résultats de test d'IVA.....	148
Tableau 21 : Catégories de résultats de test d'IVL	149

LISTE DES ABREVIATIONS

BBP	Benzathine benzylopénicilline
BI	Bubon inguinal
CA	Candida albicans
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CHD	Centre hospitalier départemental
CHUD	Centre Hospitalier Universitaire Départemental
CIP	Communication Interpersonnelle
CNLS-TP	Conseil National de Lutte contre le Sida, la Tuberculose, le Paludisme, les hépatites, les Epidémies et les IST
CPN	Consultation Périnatale
DHN	Désinfection de Haut Niveau
EU	Ecoulement urétral
EV	Ecoulement vaginal
HPV	Human Papillomavirus
HSH	Homme ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes
HSV	Herpès Simplex virus
HZ	Hôpital de zone
I	Intermédiaire
ICC	Intervention pour le Changement de Comportement
IEC	Information Education Communication
IM	Intramusculaire
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
IVA	Inspection Visuelle à l'Acide Acétique
IVL	Inspection Visuelle au Lugol
MEG	Médicaments Essentiels Génériques
MP	Micro-projet
OBC	Organisation à base Communautaire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non Gouvernementale
P	Périphérique
PF	Planification familiale
PCR	Polymerase Chain Reaction

PE	Pair(e)s Educateur (trice) s
PEC	Prise en charge
PS	Professionnelle de Sexe
PSLS	Programme Santé de Lutte contre le Sida
R	Référence
RPR	Rapid Plasma Reagin
SA	Service adapté
SFE	Sage-femme
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SIP	Syndrome inflammatoire pelvien
SSR	Santé sexuelle et reproductive
TPHA	Treponema Pallidum Hemmagglutinin Asay
TV	Trichomonas Vaginalis
UG	Ulcères génitaux
VB	Vaginose bactérienne
VDRL	Veneral Disease Research Laboratory
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VV	Végétation vénérienne

INTRODUCTION

La confirmation à la fin des années 80 du rôle favorisant des IST dans la transmission sexuelle de l'infection à VIH a mis au premier plan les activités de lutte contre les IST comme l'une des stratégies majeures de lutte contre l'épidémie du VIH. Le contrôle des IST, à travers une prise en charge correcte, est l'une des stratégies majeures de la prévention et de la réduction de l'épidémie du VIH/Sida en Afrique.

Les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) constituent un problème de santé publique important à cause non seulement de leur incidence relativement élevée, de leur tendance à provoquer des complications et des séquelles (stérilité, grossesses extra-utérines, cancers génitaux, atteintes du fœtus et du nouveau-né), mais aussi de leur capacité à faciliter la transmission du VIH.

Les IST peuvent avoir de profondes répercussions sur la santé alors même que certaines sont curables à l'aide d'antibiothérapies à dose unique, qu'il existe des vaccins et que l'on dispose de traitements efficaces permettant d'atténuer ou moduler les effets. Par ailleurs, les IST fragilisent les muqueuses et augmentent considérablement le risque de contamination par le virus du Sida. Inversement, pour les personnes séropositives au VIH, les IST peuvent compliquer la prise en charge de l'infection.

Face à ce constat, les recommandations d'experts se sont orientées vers un renforcement du diagnostic et du traitement précoces des IST dans une stratégie globale de prévention de la transmission sexuelle du VIH et de promotion de la santé sexuelle.

C'est ainsi que des programmes de lutte contre les IST, essentiellement centrés autour de la prise en charge syndromique des IST curables, ont été mis en place et intégrés aux programmes de lutte contre le VIH/Sida dans la plupart des pays africains.

L'efficacité de l'approche syndromique repose sur :

- Le diagnostic et le traitement appropriés des IST symptomatiques ;
- Le traitement des IST asymptomatiques,
- Le counseling/communication interpersonnelle.

L'approche étiologique vient en appui à l'approche syndromique en fonction du plateau technique pour renforcer le diagnostic et le traitement correct des IST.

L'enregistrement et la notification des cas constituent des étapes essentielles de la surveillance épidémiologique des IST et permettent d'avoir une évaluation fiable des activités menées sur le terrain.

Il faut souligner que la plupart des IST sont asymptomatiques surtout chez la femme (d'où l'intérêt de la prise en charge des partenaires sexuels).

Cette prise en charge est spécifique lorsqu'il s'agit des populations clés (PS, HSH, Populations Privées de Liberté et Consommateurs de Drogues) qui constituent un core group de la transmission des IST/VIH.

Les traitements recommandés dans ce document (médicaments, posologies, durées) sont basés sur des études scientifiques réalisées par l'OMS dans la sous-région et ont fait l'objet d'une dissémination lors de l'atelier sous régional à Ouagadougou en novembre 2016.

Le respect scrupuleux de ces traitements permettra en pratique d'être efficace sur les principaux germes des IST et de limiter à moyen terme la survenue de résistances aux antimicrobiens.

Les personnes qui veulent être dépistées et traitées pour une IST sont confrontées à un grand nombre de problèmes dont la rareté des ressources, la stigmatisation, la mauvaise qualité des services et l'inexistence ou l'insuffisance du suivi des partenaires sexuels :

- Dans de nombreux pays, les services relatifs aux IST sont fournis séparément et ne sont pas disponibles dans le cadre des soins de santé primaires, de la planification familiale ou d'autres services de santé classiques ;
- Souvent, les services sont incapables de dépister les infections asymptomatiques ; manquent de personnel qualifié, de moyens de laboratoire et d'un approvisionnement suffisant en médicaments appropriés ;
- Les populations marginalisées qui connaissent les taux d'IST les plus élevés (comme les professionnelles de sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les consommateurs de drogues, les PPL, les populations mobiles et les adolescents) ont rarement accès à des services de santé adaptés.

Le présent document donnera aux acteurs de la lutte contre les IST les informations nécessaires pour venir à bout de ces infections qui constituent parfois une porte d'entrée pour l'infection à VIH.

I. GENERALITES

1.1. Définition des IST

Les infections sexuellement transmissibles sont dues à des bactéries, virus, parasites ou champignons et sont essentiellement contractées via des rapports sexuels. Cela inclut la pénétration vaginale ou anale, la fellation, le cunnilingus, l'anulingus et même un simple contact de la main ou un sextoxy. Elles peuvent également se transmettre autrement, sans qu'il y ait de rapport sexuel, car une mère peut déjà transmettre l'infection à son bébé dès la grossesse, lors de l'accouchement ou pendant l'allaitement (comme c'est le cas de l'infection à VIH, de la syphilis néo natale etc.). Les IST peuvent également se transmettre par voie sanguine.

Les plus courantes sont la syphilis, l'infection à chlamydia et à papillomavirus (ou HPV), l'herpès génital (HSV), la gonococcie et l'infection à VIH. Plus d'une trentaine de germes sont responsables des IST, mais huit d'entre eux sont particulièrement répandus. Parmi les IST les plus courantes, la gonorrhée, la chlamydie, la trichomonose et la syphilis peuvent être bel et bien traitées. Les maladies virales telles que l'infection par le VIH, le papillomavirus humain (HPV), l'herpès (HSV) et l'hépatite B sont en revanche incurables. Leur traitement consiste alors à modifier ou à atténuer les symptômes grâce à une combinaison de médicaments prescrits au patient tout au long de sa vie. Fréquemment récidivante, une IST peut aussi en cacher une autre puisque plusieurs germes peuvent infecter la victime en une seule fois. C'est pourquoi le traitement d'une seule infection s'accompagne toujours d'un dépistage d'autres infections qu'elle aurait favorisées ou entraînées.

Le terme IST a progressivement remplacé le terme MST (maladie sexuellement transmissible) car il décrit mieux le fait que certaines infections peuvent être asymptomatiques.

1.2. Epidémiologie et ampleur des IST

Les IST ont de profondes répercussions sur la santé sexuelle et reproductive dans le monde. Chaque jour, plus d'un million de personnes contractent des infections sexuellement transmissibles. On estime que, chaque année, 357 millions de personnes contractent l'une des 4 IST suivantes : chlamydie (131 millions), gonorrhée (78 millions), syphilis (5,6 millions) et trichomonose (143 millions). Plus de 500 millions de personnes vivent avec une infection par le HSV (herpès). À tout moment, plus de 290 millions de femmes ont une infection à HPV, l'une des IST les plus courantes.

Outre leurs conséquences immédiates, les IST peuvent avoir de graves effets :

- Certaines IST, comme l'herpès et la syphilis, peuvent multiplier au moins par 3 le risque de contracter le VIH ;
- La transmission d'une IST de la mère à l'enfant peut entraîner une mortinaissance, un décès néonatal, un faible poids de naissance, une septicémie, une pneumonie, une conjonctivite du nouveau-né ou des malformations congénitales. Plus de 900 000 femmes enceintes ont été infectées par la syphilis en 2012 ce qui a provoqué des complications dans 350 000 cas pouvant aller jusqu'à des mortinaissances ;
- L'infection à HPV est responsable chaque année de 528 000 cas de cancer du col de l'utérus entraînant 266 000 décès ;
- Les IST comme la gonorrhée et la chlamydie sont des causes majeures d'inflammation pelvienne et de stérilité.

Au Bénin, certaines populations (PS et clients, HSH, CD, jeunes déscolarisés et non scolarisés, PPL, routiers...) sont sous surveillance pour les IST toutes catégories confondues à travers les Services Adaptés (SA) qui sont installés dans tous les départements avec une concentration dans les grandes villes qui abritent beaucoup de « points chauds » comme Cotonou, Porto-Novo, Sèmè-Kpodji, Bohicon, Malanville, Kandi, Parakou, Hillacondji...

En 2018, le nombre total de cas d'IST diagnostiqués et pris en charge est de 6 273 chez ces populations. En dehors de ces données générales sur les IST, la syphilis est sous surveillance chez les femmes enceintes et en 2017, la prévalence a été estimée à 0,04%.

Selon une étude longitudinale réalisée dans le département du Littoral au près des PS, l'incidence de l'infection à *Neisseria Gonorrhoeae* et *Chlamydia trachomatis* était de 10,8 pour 100 personnes années.

1.3. Modes de transmission des IST

Il existe classiquement trois modes de transmission des IST :

➤ Transmission par voies sexuelles

C'est le mode de transmission le plus fréquent ; cette transmission survient lors des rapports sexuels non protégés :

- Coït vaginal ;
- Rapports oro-génitaux ;
- Rapports génito-anaux.

➤ **Transmission sanguine**

- Objets souillés de sang contaminé ;
- Transfusion de sang contaminé.

➤ **Transmission materno-fœtale**

- Au cours de la grossesse (par exemple VIH, hépatite et syphilis) ;
- Au cours de l'accouchement (par exemple la gonorrhée, l'infection à chlamydia et le VIH) ;
- Au cours de l'allaitement (par exemple le VIH, syphilis).

De façon générale, les IST se transmettent principalement par contact cutané lors d'un rapport sexuel, vaginal, anal ou oral. Elles peuvent aussi se propager par d'autres voies, comme les transfusions sanguines. Un grand nombre d'IST, notamment la chlamydie, la gonorrhée, l'hépatite B primaire, l'infection à VIH et la syphilis, se transmettent aussi de la mère à l'enfant pendant la grossesse et à l'accouchement.

On peut avoir contracté une IST sans présenter pour autant de symptômes apparents. Parmi les symptômes les plus courants des IST figurent les pertes vaginales, les écoulements urétraux ou brûlures chez l'homme, les ulcérations génitales et les douleurs abdominales basses.

1.4. Groupes de populations les plus à risque

Dans la plupart des pays, certains groupes de personnes sont plus exposés que d'autres, soit parce qu'ils sont plus souvent en contact avec des partenaires infectés, ou parce qu'ils sont plus susceptibles de développer une infection à chaque fois qu'ils sont exposés. Il s'agit des jeunes/adolescent (e)s sexuellement actifs ; des PS ; des HSH ; des PPL ; des CD ; des routiers ...

1.5. Interactions entre le VIH et les autres IST

Les **personnes séronégatives** porteuses d'une IST présentent un risque d'infection au VIH nettement plus élevé. Les ulcérations et les microlésions génitales favorisent la pénétration par voie sexuelle du VIH dans l'organisme ; la forte présence de CD4 venant lutter contre une infection facilite la dissémination du VIH dans l'organisme.

Les **personnes séropositives** atteintes d'une IST peuvent transmettre le VIH beaucoup plus facilement que celles n'ayant pas une autre IST. C'est particulièrement les cas des infections

par le virus herpès (risque de transmission jusqu'à 16 fois plus grand) et de la syphilis (risque d'infection 3 à 5 fois plus grand).

Par ailleurs, lorsqu'elles surviennent chez les personnes infectées par le VIH, certaines IST peuvent avoir une évolution plus grave et peuvent être plus difficiles à traiter.

La détection rapide et le traitement immédiat des IST peuvent contribuer à réduire les risques de contamination et de transmission du VIH.

De façon générale :

- Les IST et le VIH ont les mêmes modes de contamination ;
- Ils ont les mêmes moyens de prévention ;
- Les IST favorisent la transmission du VIH ;
- Le VIH modifie l'aspect clinique de certaines IST ;
- Le VIH accroît à la fois la gravité et la résistance aux médicaments de certaines IST.

1.6. Principales composantes de lutte contre les IST au Bénin

Les principales composantes de la lutte contre les IST au Bénin s'articulent autour des points suivants :

- La prévention ;
- La prise en charge correcte des cas d'IST ;
- La prise en charge des partenaires ;
- Les interventions en direction des groupes cibles (populations clés) ;
- La mise en place d'un système efficace de surveillance épidémiologique ;
- Les interventions de soutien à la prise en charge correcte des IST à savoir :
 - o L'amélioration de la gestion des médicaments, produits de laboratoire et préservatifs
 - o La prévention des infections ;
 - o La recherche fondamentale et opérationnelle ;
 - o La formation ;
 - o La supervision ;
 - o Le Suivi et l'Evaluation.

Ces composantes s'appuient sur les stratégies suivantes :

- L'intégration de la lutte contre les IST dans les soins à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Le plaidoyer et la mobilisation des ressources ;
- La mise en œuvre effective de la participation multisectorielle ;

- La mobilisation communautaire.

1.7. Critères de choix des médicaments contre les IST

La résistance aux antimicrobiens de plusieurs agents pathogènes sexuellement transmissibles est en augmentation dans de nombreuses régions du monde, ce qui fait que certains protocoles thérapeutiques peu coûteux sont devenus inefficaces.

Les recommandations en faveur de l'utilisation de médicaments plus efficaces sont souvent à l'origine d'inquiétudes concernant leur coût et un éventuel mésusage. Une double politique pharmaceutique, avec fourniture de médicaments peu efficaces au niveau périphérique et fourniture des médicaments les plus efficaces et en général les plus coûteux, uniquement dans des établissements de niveau supérieur, pourrait entraîner un taux inacceptable d'échecs du traitement, de complications, de références, et ébranler la confiance des services de santé. Cette approche n'est pas recommandée.

Les médicaments pour traiter les IST ont été choisis conformément aux critères de l'OMS suivants :

- Efficacité élevée (95 % au moins) ;
- Faible coût ;
- Toxicité et tolérance acceptables ;
- Apparition d'une résistance peu probable ou susceptible d'être retardée ;
- Dose unique ;
- Administration orale ;
- Pas de contre-indication chez la femme enceinte ou allaitante.

Les médicaments appropriés sont inclus dans la liste nationale des médicaments essentiels.

II. LA POLITIQUE NATIONALE DE PRISE EN CHARGE DES IST

Il s'agit du cadre d'orientation sur ce qu'il faut faire, en d'autres termes, les directives en matière de lutte contre les IST au Bénin.

Bien que les IST et leurs complications soient connues des services de santé en général, le regain d'intérêt pour la lutte contre ces infections trouve son fondement dans les actions à entreprendre pour réduire la transmission sexuelle du VIH. C'est pour cette raison que le Ministère de la Santé du Bénin a adopté depuis 1994, la Prise en Charge Syndromique des IST, recommandée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme stratégie de lutte. Cette stratégie est bien adaptée au contexte socio-culturel de notre pays où le laboratoire médical n'existe pas à tous les niveaux ou bien souffre d'une insuffisance d'équipements adéquats là où il en existe. En outre, l'accessibilité financière n'est pas garantie pour toute la population. Les outils nécessaires pour assurer une mise en œuvre de cette stratégie sont les algorithmes nationaux de prise en charge des IST, scientifiquement élaborés à partir des modèles proposés par l'OMS et mis en service depuis 1994 à travers la formation progressive du personnel de santé à tous les niveaux.

Sauf cas de force majeure, une périodicité de cinq ans est fixée pour la révision des algorithmes nationaux afin de les adapter à l'évolution de la science en prenant en compte les nouvelles connaissances épidémiologiques et étiologiques des IST, la sensibilité des germes aux diverses molécules, les nouvelles recommandations de l'OMS ainsi que celles issues des recherches entreprises dans le pays dans le domaine des IST et aussi les suggestions des prestataires de soins utilisant constamment ces algorithmes.

La prise en charge syndromique des IST à l'aide des algorithmes est recommandée par première intention à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Les cas à référer conformément à l'application de ces algorithmes se feront en direction de l'échelon supérieur le mieux outillé en équipements appropriés et en personnel qualifié sur les IST. Ce niveau de référence peut se situer au sein de la même structure sanitaire ou en dehors. Il s'agit des hôpitaux, où la suite de la prise en charge des cas référés nécessite l'apport de laboratoire médical en vue d'un traitement étiologique.

L'application de ces directives à tous les niveaux par les agents de santé qualifiés exerçant dans des structures sanitaires aussi bien publiques que privées, ainsi que par les partenaires intervenant dans le domaine des IST au Bénin est exigée afin d'assurer une meilleure prise en charge des IST et de contribuer à la réduction de la transmission sexuelle de l'infection à VIH.

L'utilisation de protocoles standardisés appropriés est fortement recommandée pour qu'à tous les niveaux du service de santé le traitement soit adapté. La standardisation du traitement assure à tous les patients le même traitement approprié, à tous les niveaux de soins, facilite également la formation et la supervision des soignants, retarde l'apparition de la résistance aux antimicrobiens et joue un rôle important dans l'approvisionnement rationnel en médicaments. Le tableau qui suit présente les différents niveaux de la pyramide sanitaire au Bénin et les stratégies de lutte.

Tableau 1 : Les stratégies de lutte par niveau de la pyramide sanitaire

NIVEAUX	STRUCTURES SANITAIRES	STRATEGIES DE LUTTE	
		Approche syndromique	Approche étiologique (Cas référés)
Central	CNHU, HOMEL	+	+
Intermédiaire	CHD	+	+
Périphérique	- HZ	+	+
	- CS	+	+/-

3.1. Prévention des IST

La prévention des IST est l'ensemble des interventions qui permettent de diminuer le nombre de nouveaux cas d'IST dans une population donnée. Ces interventions contribuent à réduire la transmission sexuelle du VIH. Elle vise la réduction des risques d'infection (ou de contagiosité), du nombre des partenaires et des contacts sexuels à risque. Elle est primaire et secondaire.

La prévention primaire comporte :

- Le changement de comportement, c'est à dire la réduction du nombre de partenaires (abstinence ou fidélité) et l'utilisation des préservatifs
- L'amélioration de la disponibilité des préservatifs

La prévention secondaire comporte :

- La prise en charge précoce et correcte des cas d'IST
- La prise en charge correcte des complications d'IST lorsqu'elles sont déjà installées

Cette prévention secondaire permet d'éviter les complications des IST et la transmission du VIH/Sida.

Les interventions en matière de prévention sont axées sur :

- La communication pour le changement de comportement ;
- L'utilisation des préservatifs ;
- La promotion de recours aux soins
- La prise en charge correcte du client et de son partenaire.

3.1.1. Les Normes

3.1.1.1. Information, Education, Communication (IEC)/ Communication pour un changement de comportement (CCC)

Définitions

- **L'information** : peut se définir comme étant l'action de mettre quelqu'un au courant de quelque chose (avertir, aviser) ; ou encore l'action d'apporter à un individu, un auditoire ou un public, des connaissances, des faits, des idées, des problèmes ou des solutions que celui-ci ignorait auparavant ;
- **L'éducation** : peut être définie comme étant l'action d'enseigner, de développer les aptitudes physiques ou intellectuelles ou encore l'action d'apprendre à quelqu'un les usages de la société et les bonnes manières ;

- **La communication** : étymologiquement ce terme vient du mot latin "communicare" : mettre en commun, être en relation. Donc communiquer s'entend comme le fait d'entrer en relation avec quelqu'un, d'établir une relation, d'échanger des idées, des sentiments ;
- **Le changement** : c'est le passage d'un état A à un état B ;
- **Le comportement** : est la manière d'être, l'habitude, l'attitude. Le comportement est propre à un individu en fonction de son environnement.
- **L'IEC** : l'information, l'éducation et la communication peut être définie comme un processus d'apprentissage par lequel on envoie des messages persuasifs en direction des individus et/ou des communautés dans l'espoir de les convaincre à adopter volontairement et maintenir des comportements bénéfiques à leur santé.
- **La CCC** : La communication pour le changement de comportement est « un processus interactif et participatif, à double voie, permettant d'échanger des informations, des idées, des connaissances, des opinions et des décisions, en vue de favoriser dans une communauté donnée ou chez certains individus, des changements durables de comportement ou l'adoption de comportements nouveaux concourant à l'amélioration des conditions de vie de cette communauté ou de ces individus. »

Si la CCC et l'IEC sont toutes des approches de communication dans l'intérêt d'un individu, elles ont chacune leurs avantages et leurs inconvénients et elles n'utilisent pas la même méthode pour atteindre leur objectif. De nos jours, on estime que seule la CCC est plus prometteuse.

Les objectifs de la CCC sont :

- Inciter les populations cibles à l'acquisition de nouveaux comportements ;
- Impliquer les populations dans tout le processus de changement de comportement ;
- Faire une bonne analyse de la situation pour identifier avec les populations les facteurs qui favorisent un changement de comportement.

Les types de communication

Il existe deux types de communication :

- La communication verbale : s'exprime par la parole, la voix et le son.
- La communication non verbale : s'exprime par le geste, l'attitude, la réaction, l'habillement/accoutrement, les écrits... Le conseiller doit souvent prêter attention aux réactions non verbales de ses clients.

Les techniques de communication

Les techniques de communication souvent utilisées sont :

- La communication intra personnelle ;
- La communication interpersonnelle (CIP) ;
- La communication de masse ou communication sociale.

La causerie de groupe et l'entretien en tête à tête ou le counseling sont des formes de CIP.

3.1.1.2. Causerie

Définition

C'est une discussion de groupe planifiée, facilitée par les prestataires de service en vue d'amener les membres d'un groupe à analyser un problème spécifique et de les aider à adopter un comportement favorable à la santé.

Différentes phases d'une causerie

La causerie comprend trois phases : la préparation, l'exécution et l'évaluation.

✓ Préparation

La phase de la préparation est primordiale pour la réussite de la causerie. C'est pendant cette phase qu'il faut :

- Choisir le sujet de la causerie ;
- Formuler les objectifs ;
- Définir la cible (nombre de participants, 20 à 25) ;
- Identifier le lieu de causerie ;
- Tenir compte des aspirations de la cible sur le sujet et le lieu de présentation ;
- Choisir une date en accord avec la cible ;
- Faire un plan de présentation ;
- Répéter la présentation et se faire observer ;
- Choisir un matériel adéquat ;
- Procéder à des corrections nécessaires ;
- S'assurer que la présentation n'excède pas 30 mn ;
- Choisir un moment favorable ;
- S'assurer que la langue de communication est adaptée à l'auditoire.

✓ Exécution : la mise en pratique

- Saluer et se présenter ;
- Introduire le sujet ;
- Utiliser toujours la méthode participative ;

- Demander l'avis de l'auditoire sur le sujet ;
- Encourager la participation active ;
- Dissiper les rumeurs ;
- Renforcer les connaissances ;
- Soutenir les informations par les supports ;
- Faire la synthèse.

Cette phase ne doit pas excéder 30mn.

✓ **Evaluation**

Vérifier à la fin de la causerie ce que l'auditoire a retenu par des questions réponses.

Les indicateurs lors de l'évaluation sont :

- Connaissance des participants sur le sujet ;
- Nombre de questions / Nombre de participants ;
- Nombre de demandes de service.

3.1.1.3. L'utilisation des mass média

Définition

Les mass média se définissent par l'ensemble des canaux de communication utilisés pour atteindre un public cible ou la population en général.

Types d'activités

- Presse écrite (journal)
 - Pages publicitaires et slogans ;
 - Articles.
- Radio :
 - Spots publicitaires et slogans ;
 - Messages radiodiffusés sur les IST ;
 - Sketchs sur les IST ;
 - Débats radiodiffusés ;
 - Emissions interactives.
- Télévision :
 - Spots publicitaires, slogans. Messages télévisés ;
 - Chants, théâtres et sketchs ;

- Débats télévisés

Etapes du processus de changement de comportement

On distingue cinq étapes : la connaissance, l'approbation, l'intention, la pratique, le plaidoyer.

➤ **Etape 1 : Connaissance**

- Se souvient de tel ou tel message sur les IST/VIH/Sida ;
- Comprend ce que signifient les messages ;
- Peut nommer des moyens de prévention, des pratiques à risques, des lieux de prestation de services/produits pour la prise en charge.

➤ **Etape 2 : Approbation**

- Réagit favorablement aux messages ;
- Parle des messages et du sujet avec des membres de réseaux personnels (famille, amis) ;
- Aide la famille, les amis et la communauté à comprendre et à approuver les messages et la pratique.

➤ **Etape 3 : Intention**

- Se rend compte que certaines pratiques de la santé peuvent répondre à son besoin personnel ;
- Se propose de consulter un agent (prestataire de santé, un agent de terrain, etc.) pour obtenir plus d'information ;
- Se propose d'adopter un nouveau comportement favorable à sa santé.

➤ **Etape 4 : Pratique**

- S'adresse à un prestataire d'information/produits/services ;
- Choisit un moyen de prévention ou une pratique et commence à s'en servir ;
- Continue de s'en servir.

➤ **Etape 5 : Plaidoyer**

- Pratique la méthode ou le moyen de prévention des IST/VIH/Sida et en reconnaît les avantages ;
- Conseille la pratique à d'autres ;
- Soutient les programmes dans la communauté.

Forces de la communication pour le changement de comportement

➤ **Forces de la CCC au niveau individuel**

Au niveau des individus ou des couples, la CCC permet de :

- Susciter l'implication personnelle ;
- Accroître ou améliorer les connaissances sur les solutions aux problèmes à résoudre ;
- Obtenir une attitude favorable face à une pratique, ou à une idée ;
- Combattre les rumeurs ;
- Changer/renforcer les pratiques et les comportements conformes aux solutions identifiées ;
- Maintenir le bon comportement ;
- Rendre l'individu maître de ses décisions ;
- Encourager à informer, à persuader et à motiver d'autres individus ou couples.

➤ **Forces de la CCC au niveau de la communauté**

Au niveau communautaire, la CCC permet de :

- Impliquer la communauté dans le processus d'adoption des comportements désirables ;
- Obtenir son soutien en faveur de ceux qui adoptent les comportements ;
- Obtenir un changement collectif ;
- Rendre la communauté ou le groupe maître de son propre développement.

➤ **Forces de la CCC au niveau Institutionnel**

Au niveau institutionnel, la CCC permet de :

- Promouvoir les services de SSR/PF, améliorer leur image et les dynamiser ;
- Améliorer les compétences du personnel des services et améliorer la qualité des services.

➤ **Forces de la CCC au niveau de la société**

Au niveau de la société, la CCC permet de :

- Accroître la prise de conscience du public sur les problèmes et les solutions ;
- Sensibiliser les différentes composantes de la société sur les politiques et les problèmes de population ;
- Accroître la demande des services de SSR/VIH/Sida et IST ;
- Changer les valeurs, les habitudes et pratiques sociales dans le sens de l'intérêt collectif ;
- Contribuer à l'obtention d'un appui politique de haut niveau en faveur du programme,
- Contribuer à l'obtention des appuis technique et financier.

Limites de la CCC

La CCC est impuissante devant des situations telles que :

- Les insuffisances du système (sanitaire, politique, éducatif...) et des infrastructures ;
- Le manque ou l'insuffisance de motivation du personnel ;
- La non disponibilité des moyens de protection ;
- Les limites de la technologie : inadéquation des solutions techniques ;
- Insuffisance de mobilisation de ressources ;
- Un environnement économique dégradé, dans un contexte de pauvreté généralisée.

Le tableau ci-dessous présente les normes en matière de prévention des IST

Tableau 2 : Normes de prévention des IST

ACTIVITES	PRESTATAIRES				NIVEAUX			MATERIEL	GROUPES CIBLES
	Agents Santé	Leaders d'Opinion	ONG/ Association	Agents communautaires	P	I	R		
Causeries	+	+	+	+	+	+	+	- Matériel audiovisuel - Modèle anatomique	Population générale
Communication Interpersonnelle	+			+	+	+	+	- Local adapté - Modèle anatomique - Préservatif (Masculin/Féminin)	Client IST, partenaires sexuels
Mass média	+	+	+	+	+	+	+	- Matériel audiovisuel - Matériel anatomique	Population générale
Promotion recours Aux soins	+	+	+	+	+	+	+		

3.1.2. Procédures

3.1.2.1. Organisation d'une causerie de groupe

a) Le sujet

- Rassembler le plus d'informations possibles sur le groupe que vous allez rencontrer ;
- Choisir un sujet de présentation qui intéresse tout le groupe ;
- S'assurer que le sujet est simple ;
- Préparer une liste assez courte énumérant les points importants ;
- Les points doivent se concentrer sur les comportements que l'on voudrait que les participants aient vis-à-vis des IST et du VIH/Sida ;

Les connaissances, attitudes ou pratiques que vous voulez faire acquérir sont les objectifs de votre présentation.

b) Les méthodes

- Si vous présentez des informations, des affiches peuvent s'avérer utiles ;
- Si vous enseignez de nouvelles aptitudes, une démonstration est nécessaire ;
- Si vous souhaitez que les membres du groupe se penchent sur leurs attitudes et leurs valeurs, des histoires et des proverbes peuvent les y aider ;

c) La préparation

- Faire un plan de la présentation ;
- Essayer de répéter toute la présentation, vérifier si tout le matériel est utile et correspond à ce que l'on attend ?
- Demander à quelqu'un d'observer une de vos « répétitions » ;
- Procéder aux corrections nécessaires avant de rencontrer votre auditoire ;
- S'assurer que la présentation n'excède pas 30 mn, discussions et questions comprises ;
- Le moment spécifique que vous aurez choisi est crucial : il faut choisir le moment où il y'a un nombre suffisant de clients et au moment où ils sont plus attentifs ;
- Le lieu où la présentation sera donnée doit être choisi après avoir déterminé ce qui est le plus pratique pour les clients ;
- La préparation comprend le rassemblement au préalable de tout le matériel afin de l'avoir à portée de main quand la présentation commence.

d) La mise en pratique

Les gens apprendront plus de choses d'une présentation, s'il leur est demandé d'y participer d'une façon active :

- Après avoir expliqué ce dont vous voulez parler, demandez toujours à votre auditoire de vous faire part de ce qu'il sait déjà sur le sujet ;
- Encourager la participation quelle que soit la méthode utilisée.

Lorsque vous montrez une affiche, demandez immédiatement ce qu'ils en pensent.

Après avoir raconté une histoire, posez des questions afin de connaître les opinions de chacun.

Lorsque vous démontrez une technique, assurez-vous que chaque participant peut s'exercer à effectuer la tâche dont il est question.

3.1.2.2. La communication interpersonnelle

a) Préparation

- Assurer la confidentialité ;
- S'assurer que la salle est bien aérée et éclairée ;
- S'assurer que des tables et des chaises sont disponibles ;
- Rassembler les supports visuels (affiches, diagramme, dépliants) ;
- S'assurer de la présence de matériel de documentation (dossier de patients, registre des activités journalières, fiche de suivi).

b) Les étapes d'une communication interpersonnelle en matière d'IST

Rassurer sur la confidentialité

Informé sur la maladie

- Informer le client au sujet de son IST ;
- Expliquer comment elle a été transmise et comment éviter qu'elle se propage ;
- Décrire les complications si elles ne sont pas traitées ;
- Décrire d'autres symptômes d'IST et demander au

- **Rassurer sur la confidentialité**
- **Informé sur la maladie**
- **Informé sur le traitement**
- **Donner un rendez-vous de suivi**
- **Informé sur le partenaire**
- **Évaluer le risque en rapport avec le VIH**

client de revenir, s'il remarque un quelconque symptôme.

Informer sur le traitement

- Expliquer au client le traitement et comment en réduire les symptômes si maladie virale ;
- Demander au client de bien vouloir répéter les instructions pour le traitement pour s'assurer qu'il les a bien comprises ;
- Expliquer au client qu'il faut s'abstenir d'avoir des rapports sexuels jusqu'à ce que le traitement soit terminé ou qu'il utilise des préservatifs ;
- Montrer au client comment utiliser le préservatif.

Donner un rendez-vous de suivi.

- Assurer au patient qu'il peut revenir à la même clinique en cas de besoin pour obtenir des conseils et des soins médicaux.
- Contacter si possible le client pour rappel de la date du rendez-vous ou en cas du non-respect du rendez-vous
- En cas de mobilité du client, l'informer qu'il peut se faire suivre dans un autre service adapté

Informer sur le partenaire

- Expliquer au client qu'il faut que son partenaire soit bien traité :
- Aider le client à retrouver ses partenaires ;
- Demander comment vous pouvez l'aider pour qu'il amène ses partenaires à la clinique pour se faire traiter ;
- L'assurer de la confidentialité, la disponibilité et la qualité des services pour ses partenaires.

Evaluer le risque en rapport avec le VIH

- Informer le client qu'il est à risque pour les IST ;
- Discuter des dangers d'un comportement à haut risque (comportement sexuel, consommation d'alcool, drogue) ;
- Décrire les pratiques pour des rapports sexuels sans risque et expliquer au client comment les préservatifs peuvent diminuer le risque de transmission des IST/VIH ;
- L'informer des possibilités de dépistage du VIH ;
- Expliquer le principe de la double protection et l'encourager à choisir méthode appropriée.

3.2. Prise en charge précoce des cas d'IST

3.2.1. Normes

La prise en charge précoce et efficace des IST consiste à diagnostiquer et à traiter dès le premier contact tout client se plaignant de symptômes d'IST.

Les objectifs de la prise en charge précoce et efficace sont :

- Interrompre la chaîne de transmission des infections contractées lors des relations sexuelles
- Empêcher le développement de maladies, complications et séquelles
- Réduire le risque d'infection par le VIH.

La prise en charge précoce et efficace repose sur trois activités principales :

- La prise en charge des cas lors du premier contact ;
- La prise en charge des cas référés ;
- La prise en charge des cas asymptomatiques.

3.2.1.1. La Prise en charge des cas lors du premier contact

Il s'agit de la prise en charge de tout patient qui consulte pour la première fois ou pour un nouvel épisode d'IST dans une structure de santé. Elle repose sur l'approche syndromique. Cette approche se base sur l'identification d'un ensemble de symptômes et de signes appelés "syndromes" qui sont faciles à reconnaître à partir des données de l'interrogatoire et de l'examen physique du client.

Les principaux syndromes IST sont :

- L'écoulement urétral ;
- Les pertes vaginales (ou écoulement vaginal) ;
- Les douleurs abdominales basses ou syndrome inflammatoire pelvien (SIP) ;
- Les ulcères génitaux ;
- Le gonflement aigu du scrotum (ou tuméfaction du scrotum) ;
- La conjonctivite néo-natale.

a) Prestataires

Tous les agents de Santé formés

- Infirmiers ;
- Sages-femmes ;
- Médecins.
-

b) Niveaux

- Périphérique
- Intermédiaire
- Référence

c) Locaux et équipements

- Local adapté ;
- Bien éclairé ;
- Bien aéré ;
- Assurant la confidentialité ;
- Algorithmes de prise en charge ;
- Matériel minimum adéquat (voir liste en annexe).

d) Groupes cibles

- Patients IST symptomatiques ;
- Leurs partenaires sexuels.

3.2.1.2. La Prise en charge des cas référés

La prise en charge des cas référés a pour but d'assurer au patient les soins les plus adaptés et les plus qualifiés ; elle repose sur l'approche étiologique.

a) Prestataires

- Médecins généralistes ;
- Médecins spécialistes ;
- Infirmiers
- Sages-femmes.

b) Niveaux

- Périphérique (Centres de santé, Hôpitaux de Zone « HZ ») ;
- Intermédiaire (Centres Hospitaliers Départementaux « CHD ») ;
- Référence (Centres Nationaux Hospitaliers).

c) Matériels

- Les locaux et équipements cliniques répondent aux mêmes normes que pour la prise en charge des cas au premier contact ;

- Les locaux et équipements biologiques répondent aux normes des laboratoires du niveau périphérique d'une part, des niveaux intermédiaires et de référence d'autre part.

d) Groupes cibles

- Cas référés
- Echecs avérés au traitement de première intention.

3.2.1.3. Prise en charge des cas asymptomatiques

Dans beaucoup de cas, les IST ne se manifestent par aucun symptôme. Il peut s'agir d'infections curables telles que la gonococcie, l'infection à chlamydiae et la syphilis ou d'infections non curables le plus souvent virales telles que l'herpès et l'infection à Papilloma virus.

Deux stratégies sont reconnues efficaces pour détecter et prendre en charge ces cas. Il s'agit :

- Du dépistage de la syphilis chez la femme enceinte ;
- De la notification des partenaires.

a) Dépistage de la syphilis chez la femme enceinte

Prestataires

- Tout prestataire habilité ou pratiquant une consultation prénatale ;
- Biologiste et technicien de laboratoire.

Niveaux

- Niveau périphérique ;
- Niveau intermédiaire ;
- Niveau de référence.

Matériels

- Laboratoire équipé ;
- Kits de dépistage de la syphilis et accessoires ;
- Registres des notifications ;
- Médicaments pour le traitement.

Groupes cibles

- Femmes enceintes dès la première CPN.

b) Notification des partenaires

Prestataires

- Tout prestataire formé à la prise en charge des IST.

Niveaux

- Périphérique ;
- Intermédiaire ;
- Référence.

Matériels

- Fiche de notifications ;
- Bulletin d'invitation à la consultation.

Groupes cibles

Partenaire de tout cas :

- D'écoulement urétral ;
- D'ulcérations génitales.

Tableau 3 : Normes de prise en charge précoce et efficace des cas d'IST

ACTIVITES	PRESTATAIRES			NIVEAUX			LOCAUX ET EQUIPEMENTS	GROUPES CIBLES
	Infirmiers SFE	Médecins généralistes	Médecins spécialistes	P	I	R		
La prise en charge des cas lors du premier contact	+	+	+	+	+	+	<ul style="list-style-type: none"> - Local adapté - Algorithmes de prise en charge - Matériel minimum adéquat (liste en annexe) 	<ul style="list-style-type: none"> -Patients IST symptomatiques -Leurs partenaires sexuels.
La prise en charge des cas référés	+	+	+	+	+	+	Laboratoire répondant aux normes définies par L'OMS pour chaque niveau	<ul style="list-style-type: none"> - Cas référé - Echechs avérés au traitement

ACTIVITES	PRESTATAIRES			NIVEAUX			LOCAUX ET EQUIPEMENTS	GROUPES CIBLES
	Infirmiers SFE	Médecins généralistes	Médecins spécialistes	P	I	R		
<p>La prise en charge des cas asymptomatiques</p> <p>Dépistage de la Syphilis chez la femme enceinte</p> <p>Notification des partenaires</p>	+	+	+	+	+	+	<p>-Kits de dépistage de la syphilis et accessoires</p> <p>-Registres de notification</p> <p>- Médicaments pour le traitement</p> <p>- Fiches de notification</p> <p>- Bulletins d'invitation à la consultation</p>	<p>Femmes Enceintes</p> <p>Cas notifiés</p> <p>Partenaires de tous cas d'IST.</p>

Tableau 4 : Normes de laboratoires admises par niveau

Niveau	Germes	Neisseria gonorrhoeae	Chlamydia trachomatis Mycoplasma hominis, urealyticum	Treponema pallidum	Haemophilus Ducreyi	TV/CA/ VB
Périphérique	Examen microscopique	+				+
	Culture					
	Détection de l'antigène (PCR)					
	RPR			+		
	TPHA					
Intermédiaire	Examen microscopique	+				+
	Culture	+	+			+
	Détection des antigènes (PCR)					
	Détection des anticorps Sérologie		+			
	Etude de sensibilité	+	+		+	+
	RPR				+	

	TPHA			+		
Référence	Examen microscopique	+	+	+	+	+
	Culture	+	+	+	+	+
	Détection des antigènes (PCR)	+	+		+	
	Détection des anticorps		+			
	RPR			+		
	TPHA			+		
	Etude de sensibilité	+	+		+	+

TV Trichomonas Vaginalis

CA Candida albicans

VB Vaginose bactérienne

PCR Polymerase Chain Reaction

RPR Rapid Plasma Reagin

TPHA Treponema pallidum Hemmagglutinin Assay

3.2.2. Procédures

La prise en charge syndromique des IST comporte plusieurs étapes :

- L'accueil, l'interrogatoire et l'examen physique ;
- Le diagnostic et le traitement à l'aide des algorithmes ;
- Le counseling / Communication interpersonnelle (CIP) ;
- L'enregistrement et la notification des cas.

3.2.2.1. Accueil et interrogatoire

La première étape à savoir l'accueil et l'interrogatoire a pour objectifs :

- D'instaurer un climat de confiance et établir un lien de communication
- D'établir un diagnostic IST ;
- De déterminer le risque que court le patient de contracter ou de transmettre une IST ;

- De se renseigner sur les partenaires qui ont pu être infectés.

Accueil

Il constitue la première étape, le premier contact avec le (la) client(e). Il permet d'établir un climat de confiance entre le personnel soignant et le (la) client(e) et d'entreprendre l'interrogatoire dans la sérénité. Il est important de comprendre dès le début que l'interrogatoire d'une personne souffrant des IST est particulier. En effet, les symptômes se situent dans la région génitale, ce qui entraîne chez les patients une certaine gêne. Il est possible que le (la) client(e) vous cache cette information essentielle, ou qu'il (elle) éprouve des difficultés à vous répondre avec précision. Ainsi, pour interroger les patients avec efficacité il faut rapidement gagner leur confiance dès le premier contact en garantissant la confidentialité et le respect de la vie privée du patient.

➤ Le climat de confiance

Certaines attitudes et certains gestes sont utiles pour gagner la confiance de vos clients(tes) :

- Saluer le (la) client(e), lui souhaiter la bienvenue quand il (elle) arrive dans les salles d'accueil et de consultation ;
- Se présenter ;
- Le (la) regarder quand vous lui posez des questions ;
- Utiliser un langage simple et compréhensible ;
- Souligner le caractère confidentiel de la consultation ;
- Demander au patient s'il (elle) est consentant(e) à livrer des problèmes personnels ;
- Eviter d'insister sur des sujets sensibles si le (la) client(e) est réticent(e) à parler.

➤ Les attitudes suivantes peuvent entraîner une gêne chez le patient et sont à éviter

- Ne pas lui souhaiter la bienvenue quand il arrive dans votre salle de consultation ;
- Ne pas le regarder quand vous lui posez des questions ;
- Utiliser un ton accusateur ;
- Avoir des attitudes moralisatrices ;
- Utiliser un vocabulaire inintelligible ;
- Recevoir deux patients à la fois dans votre bureau ;
- Lire des papiers ou des magazines pendant la consultation ;
- Afficher une expression peu amicale pendant la consultation.

Toutes ces précautions ne prennent pas de temps supplémentaire, mais permettent plutôt de mieux traiter les clients(es), de gagner leur confiance et de conduire un interrogatoire efficace.

Interrogatoire

L'interrogatoire est une étape importante dans la prise en charge syndromique des IST.

En plus des comportements non verbaux positifs de l'interrogatoire respectueux, quelques techniques peuvent être intéressantes lorsqu'on interroge un client souffrant d'une IST :

- L'encouragement ;
- L'orientation ;
- Le résumé et la vérification ;
- L'empathie ;
- Le réconfort ;
- La complicité.

L'interrogatoire doit être détendu, mais rigoureux et méthodologique, et doit comporter plusieurs étapes.

▪ **Questions générales :**

- Age,
- Situation matrimoniale et type de cohabitation
- Profession de la personne qui consulte et de son (/sa/ses) partenaire(s),
- Nombre d'enfants,
- Notion de voyage ou d'éloignement du foyer conjugal,
- Etc. ...

▪ **Motif de consultation :** identifier les symptômes ou les plaintes qui ont motivé la consultation et leur durée.

▪ **Recherche des facteurs de risque :**

- Histoire sexuelle personnelle (nombre de partenaires dans l'année, type de partenaires, nouveaux partenaires dans les trois derniers mois, partenaire souffrant ou ayant souffert d'une IST, usage ou non de préservatif, rapport sexuel anal actif et ou passif) ;
- Comportements sexuels du (de la ou des) partenaire(s) infecté (e, s, es) par une IST ; nombre de ses partenaires ;

- Consommation d'alcool et utilisation de drogues par le patient et/ou son/sa/ses partenaire (s).

▪ **Antécédents médicaux :**

Existence d'une IST antérieure, notion de traitement antérieur (itinéraire thérapeutique : rechercher les traitements pris avant la présente consultation ce depuis le début de l'apparition des signes) et d'allergie à certains médicaments.

3.2.2.2. Examen physique

Il faut d'abord faire l'examen général qui est identique chez l'homme et la femme :

- Prendre le poids et la température ;
- Préparer le client pour l'examen ;
- Se laver les mains avant l'examen ;
- Préparer le client à la suite de l'examen.

L'examen physique permet de confirmer ou d'infirmer les plaintes du client. La conduite de l'examen physique est différente selon qu'il s'agit d'un homme ou d'une femme.

Chez l'homme

• **Examen du pénis**

- Rechercher la présence d'ulcérations (plaies) ;
- Rechercher la présence d'écoulement urétral, s'il n'y a pas d'écoulement évident, presser l'urètre pour vérifier l'absence ou la présence d'écoulement, rechercher une tâche dans le sous vêtement ;
- Rechercher la présence d'une tumeur (végétations vénériennes ou condylomes).

Si le client n'est pas circoncis, il faut dérouler le prépuce et examiner le gland, le sillon prépuccial et le méat urétral.

- **Examen du scrotum :** Palper le scrotum pour essayer de déceler d'éventuelles anomalies des testicules, de l'épididyme ou du cordon spermatique.

Chez la femme

- **Examen du vagin et du col de l'utérus** : Il se fait au spéculum. Il faut introduire le spéculum délicatement dans le vagin et rechercher la présence de pertes, d'ulcération, d'inflammation ou d'excroissances au niveau du vagin et du col.
- **Examen bimanuel** (toucher vaginal avec palpation abdominale) : Avec précaution et délicatesse, il faut palper les parois vaginales, le col de l'utérus, ainsi que les régions voisines pour rechercher des douleurs de la sphère génitale haute pouvant évoquer une maladie inflammatoire pelvienne. On peut mettre en évidence l'écoulement urétral en raclant la partie supérieure du vagin d'arrière en avant par le doigt intra-vaginal et en faisant une pression du pelvis avec la main abdominale.
- **Examen de la partie basse de l'abdomen** : Il doit être systématique à la recherche d'une douleur, d'une résistance (défense) ou d'une masse à la palpation de l'abdomen.
- **Examen du périnée et de la vulve** : Il faut regarder le périnée et la vulve à la recherche d'un écoulement (pertes blanches), d'ulcérations, de tumeurs (condylomes).

Chez l'homme et la femme

- **Examen de l'anus** : Rechercher
 - Un écoulement (pus, sang etc.) et/ou une inflammation ;
 - Des douleurs spontanées ou à la défécation ;
 - Des ulcérations (plaies), des vésicules ;
 - Des condylomes ou végétations vénériennes au niveau anal.
- **Examen de la cavité buccale** : Rechercher les plaies, une candidose buccale ou une tumeur.
- **Examen des aires ganglionnaires** : Rechercher des adénopathies inguinales (bubon inguinal) ou des adénopathies généralisées.
- **Examen de la peau** : Rechercher des éruptions et des ulcérations ; examiner la paume des mains et la plante des pieds (à la recherche d'une éruption palmoplantaire dans le cadre d'une syphilis secondaire).

Chez le nouveau-né

Examiner les yeux.

Tableau 5 : Principaux signes à rechercher lors de l'examen physique

ORGANES	SIGNES (à rechercher)
ORGANES GENITAUX EXTERNES	1. Chez l'homme* <ul style="list-style-type: none">• Ulcérations / Plaies/ vésicules• Ecoulement• Tumeurs (végétations vénériennes ou condylomes)• Douleurs ou tuméfactions scrotales 2. Chez la femme <ul style="list-style-type: none">• Ulcérations / Plaies/ vésicules• Ecoulement vaginal• Tumeurs (végétations vénériennes ou condylomes)• Cervicite
ANUS	<ul style="list-style-type: none">• Ulcérations• Condylomes• Ecoulement
AIRES GANGLIONNAIRES	<ul style="list-style-type: none">• Bubon inguinal• Ganglions inguinaux ou généralisés
CAVITE BUCCALE	<ul style="list-style-type: none">• Ulcérations / Plaies• Lésions blanchâtres (candidoses)• Tumeur
PEAU	<ul style="list-style-type: none">• Eruptions• Plaies
ABDOMEN	<ul style="list-style-type: none">• Masse• Sensibilité/douleur
CHEZ LE NOUVEAU-NE**	<ul style="list-style-type: none">• Rougeur des yeux• Ecoulement oculaire purulent• Tuméfaction des paupières

* Chez le client non circoncis, il faut dérouler le prépuce pour chercher ces lésions.

**Définition du nouveau-né : âge inférieur à 30 jours.

3.3. Diagnostic et traitement des IST

3.3.1. Approches de prise en charge des IST

Il existe trois approches :

- **Approche étiologique en laboratoire**

Des examens de laboratoire sont pratiqués pour identifier l'agent infectieux. C'est la méthode la plus précise ; elle nécessite des ressources substantielles et le traitement est généralement retardé.

▪ **Approche clinique sans examen de laboratoire**

Elle est fondée sur un jugement clinique ; c'est la moins fiable des méthodes et une seule IST est identifiée et traitée.

▪ **Approche syndromique**

C'est la prise en charge des client(e)s présentant un ensemble de symptômes et signes cliniques compatibles avec différentes IST pour l'ensemble des agents infectieux impliqués dans l'étiologie de ces syndromes.

Les principales IST sont classifiées en fonction de leur syndrome clinique et des algorithmes et guident le diagnostic et le traitement. Les clients sont traités pour toutes les causes principales des syndromes. Les algorithmes doivent être adaptés en fonction de la prévalence locale des IST ; ils ne présentent de l'utilité que pour les personnes ayant des symptômes.

Le tableau ci-dessous fait la synthèse des avantages et inconvénients des approches diagnostiques.

Tableau 6 : Avantages et inconvénients des approches diagnostiques

TYPES D'APPROCHES	AVANTAGES	INCONVENIENTS
CLINIQUE	<ul style="list-style-type: none"> - Permet un soulagement rapide - Peut être appliqué partout - N'est pas dépendante du laboratoire 	<ul style="list-style-type: none"> - Erreur de diagnostic possible - Favorise les résistances - Ne prend pas en charge les associations - Nécessite une bonne formation
ETIOLOGIQUE	<ul style="list-style-type: none"> - Assure une fiabilité et une précision - Permet un traitement spécifique - Évite les résistances - Prend en compte les associations - Permet un meilleur suivi - Permet une notification précise 	<ul style="list-style-type: none"> - Exige du temps - Nécessite un laboratoire - L'accessibilité est limitée - A un coût - Les résultats sont fiables - Entraîne une perte de vue de clients

SYNDROMIQUE	<ul style="list-style-type: none"> - Permet une prise en charge des associations - Permet un soulagement rapide - Permet un gain en temps - N'entraîne pas de risque de perte de client - Permet une référence rapide - Augmente les chances de guérison - Peut être appliqué partout - Est simple à appliquer 	<ul style="list-style-type: none"> - Ne prend pas en compte les asymptomatiques - Risque de traitement par excès - Acceptabilité et tolérance - Entraîne un problème de notification des partenaires
--------------------	--	--

3.3.2. Différents syndromes et algorithmes de prise en charge

L'approche syndromique permet au soignant de faire un diagnostic en l'absence des tests de laboratoire. Cette approche est basée sur l'identification d'un syndrome (groupe de symptômes et de signes facilement identifiables, associés à un certain nombre d'étiologies bien identifiées).

Tableau 7 : Les syndromes IST et leurs étiologies

SYNDROMES	SYMPTOMES (PLAINTES (SIGNES FONCTIONNELS)	SIGNES PHYSIQUES	ETIOLOGIES
Écoulement urétral	<ul style="list-style-type: none"> - Picotements du méat urétral - Brûlures mictionnelles - Écoulement purulent ou séreux 	Écoulement urétral ou non	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Neisseria-gonorrhoeae</i> (Gonococcie) - <i>Chlamydia trachomatis</i> (Chlamydiase) - <i>Mycoplasma hominis</i> (Infection à Mycoplasme) - <i>Trichomonas vaginalis</i> (Trichomonase)

<p>Ecoulement anal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ecoulement anal (pus, sang etc.) - Douleur spontanée ou à la défécation ? 	<p>-Ecoulement anal de sang ou de pus ou de tout autre liquide physiologique ou pathologique</p> <p>-Anite ou non</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Neisseria-gonorrhoeae</i> (Gonococcie) - <i>Chlamydia trachomatis</i> (Chlamydiase) - <i>Mycoplasma hominis</i> (Infection à Mycoplasme) - <i>Trichomonas vaginalis</i> (Trichomonase)
<p>Écoulement vaginal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pertes vaginales mucopurulentes - Douleur à la miction - Démangeaisons - Douleur pelvienne - Douleur lors des rapports sexuels (dyspareunie) 	<ul style="list-style-type: none"> - Ecoulement vaginal (leucorrhée) ou non - Irritation vulvaire (rougeur, lésions de grattage) - Cervicite ou non 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Neisseria-gonorrhoeae</i> (Gonococcie) - <i>Chlamydia trachomatis</i> (Chlamydiase) - <i>Trichomonas vaginalis</i> (Trichomonase) - <i>Candida albicans</i> (Candidose) - <i>Gardnerella vaginalis</i> (Gardenellose)
<p>Douleurs abdominales basses</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Douleurs de bas ventre ou pelvienne - Pertes vaginales mucopurulentes 	<ul style="list-style-type: none"> - Douleurs pelviennes à l'examen gynécologique et ou pertes vaginales - Cervicite 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Neisseria-gonorrhoeae</i> (Gonococcie) - <i>Chlamydia trachomatis</i> (Chlamydiase) - <i>Gardnerella vaginalis</i> (Gardenellose)
<p>Ulcération génitale</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Plaie génitale 	<ul style="list-style-type: none"> -Ulcération génitale - Vésicules 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Treponema pallidum</i> (Syphilis) - <i>Haemophilus Ducreyi</i> (Chancre mou) - <i>Herpès simplex virus</i>

			<ul style="list-style-type: none"> - (Herpès génital) - <i>Chlamydia trachomatis</i> - (Chlamydiase)
Ulcération ano-rectale (Voir cas particulier)	- Plaie anale	<ul style="list-style-type: none"> - Ulcération ano-rectale - Vésicules 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Treponema pallidum</i> (Syphilis) - <i>Haemophilus Ducreyi</i> (Chancre mou) - <i>Herpès simplex virus</i> (Herpès génital) - <i>Chlamydia trachomatis</i> - - Ulcération traumatique
Bubon inguinal	- Tuméfaction inguinale douloureuse	<ul style="list-style-type: none"> Adénopathie(s) douloureuse(s) Unilatérale(s) ou bilatérale(s) Ulcérations génitales ou non 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Chlamydia trachomatis</i> (Chlamydiase) - <i>Haemophilus ducreyi</i> (chancre mou)
Tuméfaction du scrotum	<ul style="list-style-type: none"> - Douleur et/ou -Tuméfaction du scrotum 	<ul style="list-style-type: none"> Douleur et/ou Tuméfaction du scrotum 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Neisseria-gonorrhoeae</i> (Gonococcie) - <i>Chlamydia trachomatis</i> (Chlamydiase)
Conjunctivite du nouveau-né	<ul style="list-style-type: none"> - Secrétions purulentes d'un œil ou des yeux - Rougeur des yeux - Tuméfaction des paupières. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ecoulement purulent - Rougeur des conjonctives - Œdème des paupières ou non 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Neisseria-gonorrhoeae</i> (Gonococcie) - <i>Chlamydia trachomatis</i> (Chlamydiase)
Condylomes ou végétations vénériennes	Excroissances ou crêtes-de-coq	Excroissances indolores, irrégulières, pédiculées ou non	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Human Papilloma Virus</i>

Les algorithmes ou ordinogrammes permettent de prendre des décisions nécessaires à l'administration d'un traitement adéquat aux clients.

Chaque algorithme comporte plusieurs étapes dont :

- **Une étape de décisions** : le prestataire doit infirmer ou confirmer les plaintes du client ;
- **Une étape d'actions** : le prestataire doit effectuer systématiquement un certain nombre d'actions (exemple : prescrire les médicaments ; faire le counseling ; promouvoir l'utilisation de préservatif ; proposer le test VIH ; expliquer l'importance pour le sujet d'être revu après le traitement ; expliquer l'importance de traitement des partenaires sexuels) ;
- **Une étape de référence** : Ceci pour interpellier le personnel soignant sur la nécessité de référer les clients à un niveau supérieur en cas d'échec ou de non amélioration après un traitement bien conduit et correctement suivi (posologie, durée du traitement).

L'étape de référence doit être respectée par tous les utilisateurs de ces algorithmes, car il ne faut pas s'acharner à traiter, et tarder à référer par exemple une urgence chirurgicale (torsion du testicule, grossesse extra-utérine, péritonite etc.)

3.3.2.1. L'écoulement urétral

L'écoulement urétral est l'écoulement d'un liquide anormal par son aspect, son odeur ou son abondance à travers l'urètre.

Caractéristiques cliniques

L'aspect de l'écoulement urétral est variable. Il peut être purulent (blanchâtre, ou jaune verdâtre) ou séreux (transparent). L'abondance va de l'écoulement franc aux petites taches sur le linge, à la pression de l'urètre, voire seulement une croûte sur le méat urétral observée le matin lors de la première miction. L'écoulement peut être accompagné de brûlures mictionnelles et de picotements du méat urétral.

Causes fréquentes :

- *Neisseria-gonorrhoeae* (Gonococcie)
- *Chlamydia trachomatis* (Chlamydie)
- *Mycoplasma hominis* (Infections à Mycoplasmes)

Cause moins fréquente :

Trichomonas vaginalis (Trichomonase)

En pratique, l'aspect clinique de l'écoulement ne permet pas de le rattacher à un germe précis. Il existe souvent plusieurs germes associés au cours d'un même écoulement.

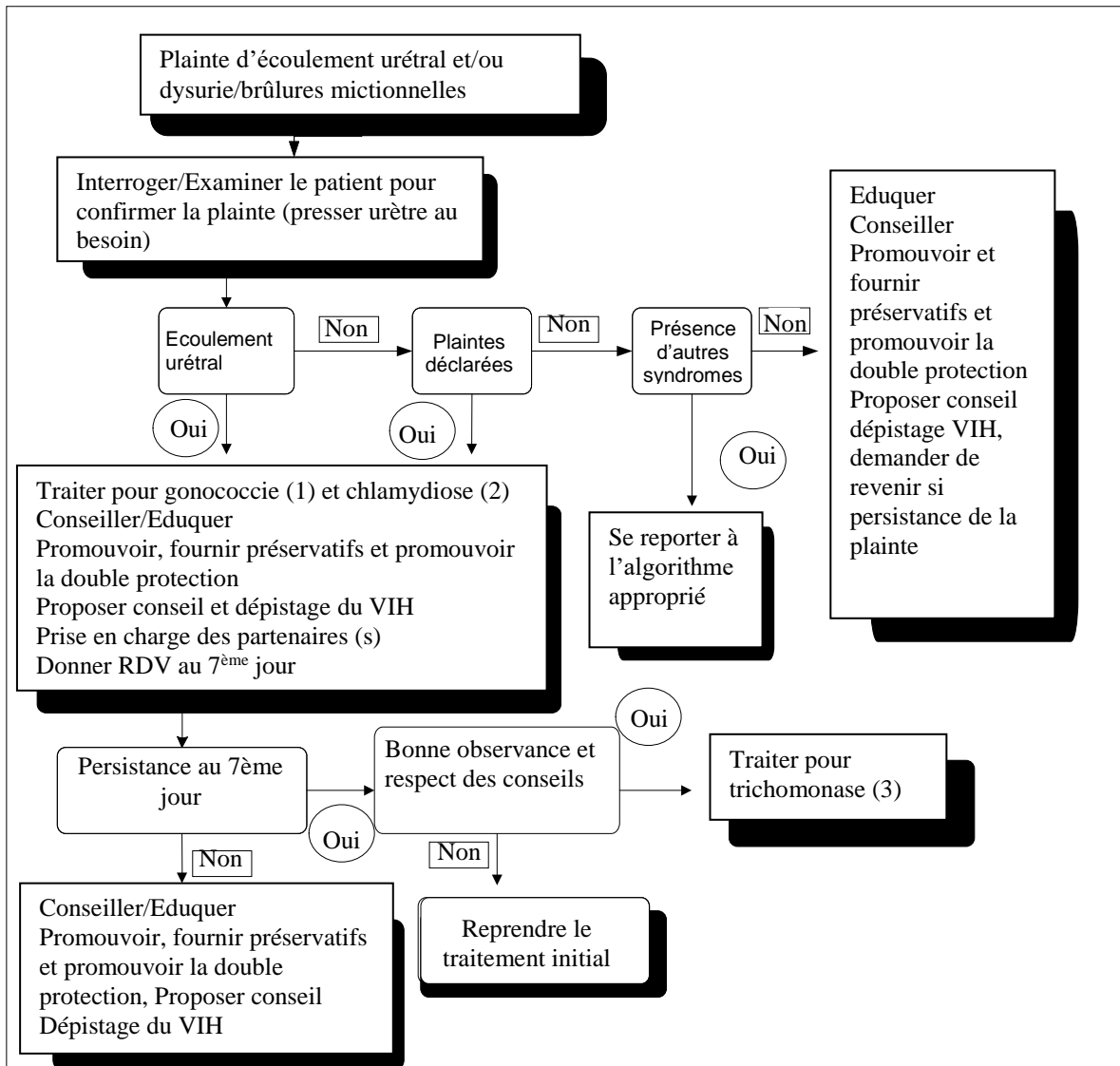
Traitement :

Les clients présentant un écoulement urétral doivent être traités en même temps, dès la première consultation pour :

- La gonococcie,
- La chlamydie,
- Et l'infection à mycoplasmes.

En cas de persistance des symptômes, malgré une bonne observance, les clients devront recevoir en plus un traitement pour la Trichomonase.

ORDINOGRAMME N°1 ÉCOULEMENT URETRAL CHEZ L'HOMME



- (1) **Céfixime 400 mg** par voie orale en une seule prise ou **Ceftriaxone 250 mg** en IM en une seule dose ou **Spectinomycine 2g** en IM une seule fois
 (2) **Azythromycine 1g** par voie orale en une seule prise ou **Doxycycline 200mg** par voie orale 1 fois par jour pendant 7 jours au cours des repas
 (3) **Métronidazole 2 g** par voie orale en une seule prise ou **Tinidazole 2 g** par voie orale en une seule prise le soir au coucher

3.3.2.2. L'écoulement vaginal

Chez la femme, il y a habituellement un écoulement vaginal « normal » ou pertes physiologiques. L'écoulement devient anormal par son odeur, son abondance ou son aspect.

Les pertes vaginales pathologiques peuvent s'accompagner d'irritations vulvaires, de démangeaison, de douleurs à la miction, de douleurs pelviennes ou de dyspareunie (douleur lors des rapports sexuels). Elles peuvent être une vaginite (infections limitées au vagin) ou une cervicite (infection du col de l'utérus) ou une cervico-vaginite (infection du vagin et du col de l'utérus).

La symptomatologie de la cervicite est pauvre. Cependant, elle peut être composée des pertes vaginales muco-purulente associées aux douleurs pelviennes. Toutefois la cervicite est souvent asymptomatique.

Les vaginites se caractérisent par des pertes vaginales anormales, souvent abondantes, parfois malodorantes, avec ou sans démangeaisons. Ces symptômes ne sont pas spécifiques d'un germe et les trois germes responsables des vaginites peuvent se manifester par la même symptomatologie.

Causes

Les germes en cause au cours d'un écoulement vaginal sont :

- *Candida albicans*, *Trichomonas vaginalis*, *Gardnerella vaginalis*. Ces germes provoquent une **vaginite**.
- *Neisseria-gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*. Ces germes provoquent une **cervicite**.

Tableau 8 : Différences entre la vaginite et la cervicite

Vaginite	Cervicite
Causée par la trichomonase, la candidose et la vaginose bactérienne	Causée par la gonococcie et L'infection à chlamydia
Cause la plus courante d'écoulement vaginal	Cause moins courante d'écoulement Vaginal
Facile à diagnostiquer	Difficile à diagnostiquer
Pas de complications sérieuses	Complications importantes
Traitement du partenaire pas nécessaire sauf en cas de trichomonase	Traitement du partenaire obligatoire

Evaluation des facteurs de risque

Devant un écoulement vaginal, il faut systématiquement évaluer les facteurs de risque :

- Notion d'un partenaire infecté par une IST (présence d'un écoulement urétral ou d'une ulcération génitale au cours du dernier mois),
- Age inférieur à 21 ans,
- Notion d'au moins 2 partenaires sexuels,
- Notion d'un nouveau partenaire sexuel au cours des trois derniers mois,
- Célibataire.

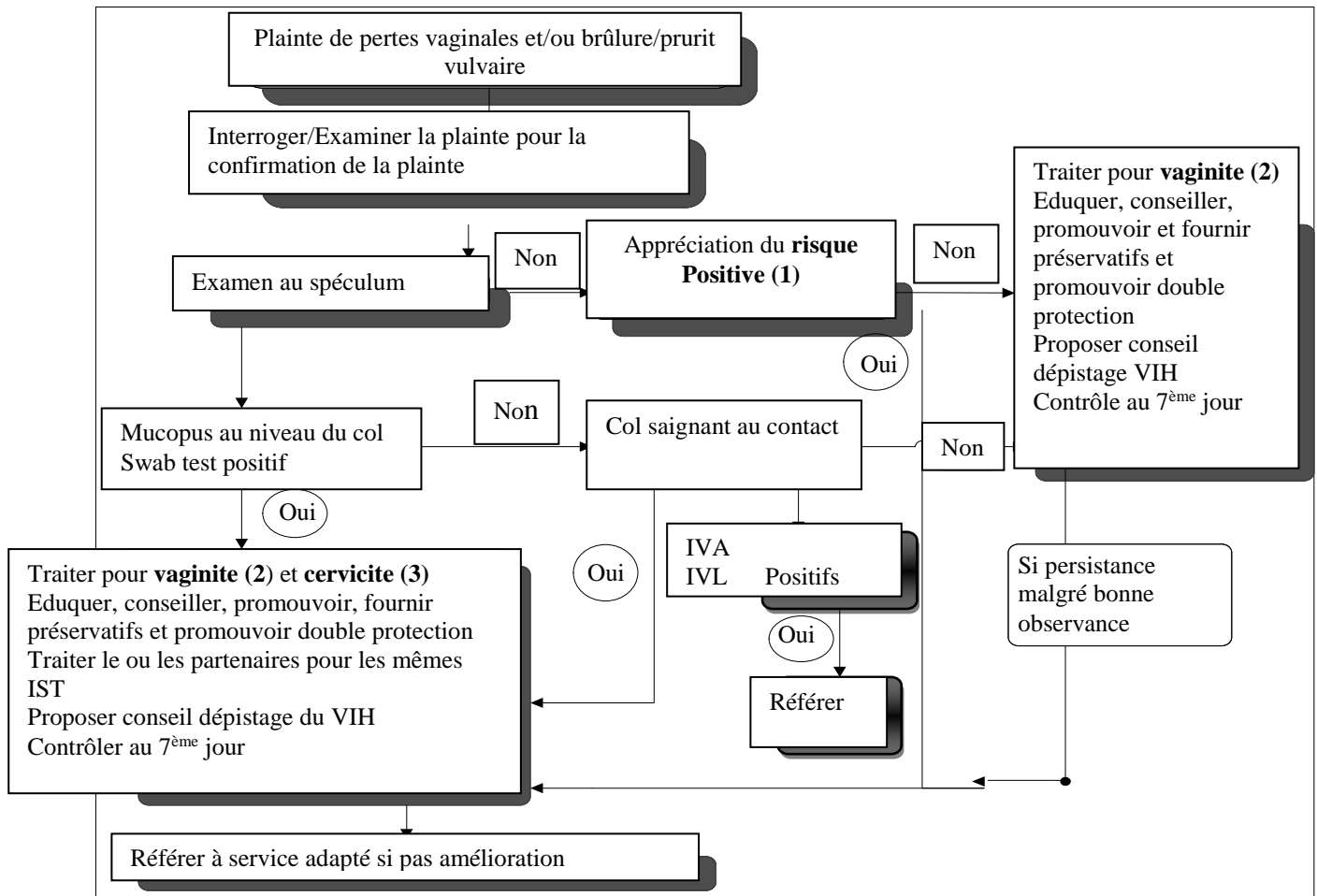
L'évaluation du risque est positive lorsqu'il existe au moins deux des facteurs ci-dessus listés ou lorsque le partenaire a des symptômes d'urétrite (écoulement urétral) :

- Si l'évaluation du risque est positive, la femme est traitée pour une cervicite et pour une vaginite ;
- Si l'évaluation du risque est négative, la femme n'est traitée que pour une vaginite.

Traitement

- Devant une cervicite, il est recommandé de traiter au moins le gonocoque et la chlamydia.
- Devant une vaginite il faut traiter le trichomonas vaginalis, le *Gardnerella vaginalis* et le *candida albicans*.

ORDINOGRAMME N°2 PERTES VAGINALE CHEZ LA FEMME AVEC OU SANS SPECULUM

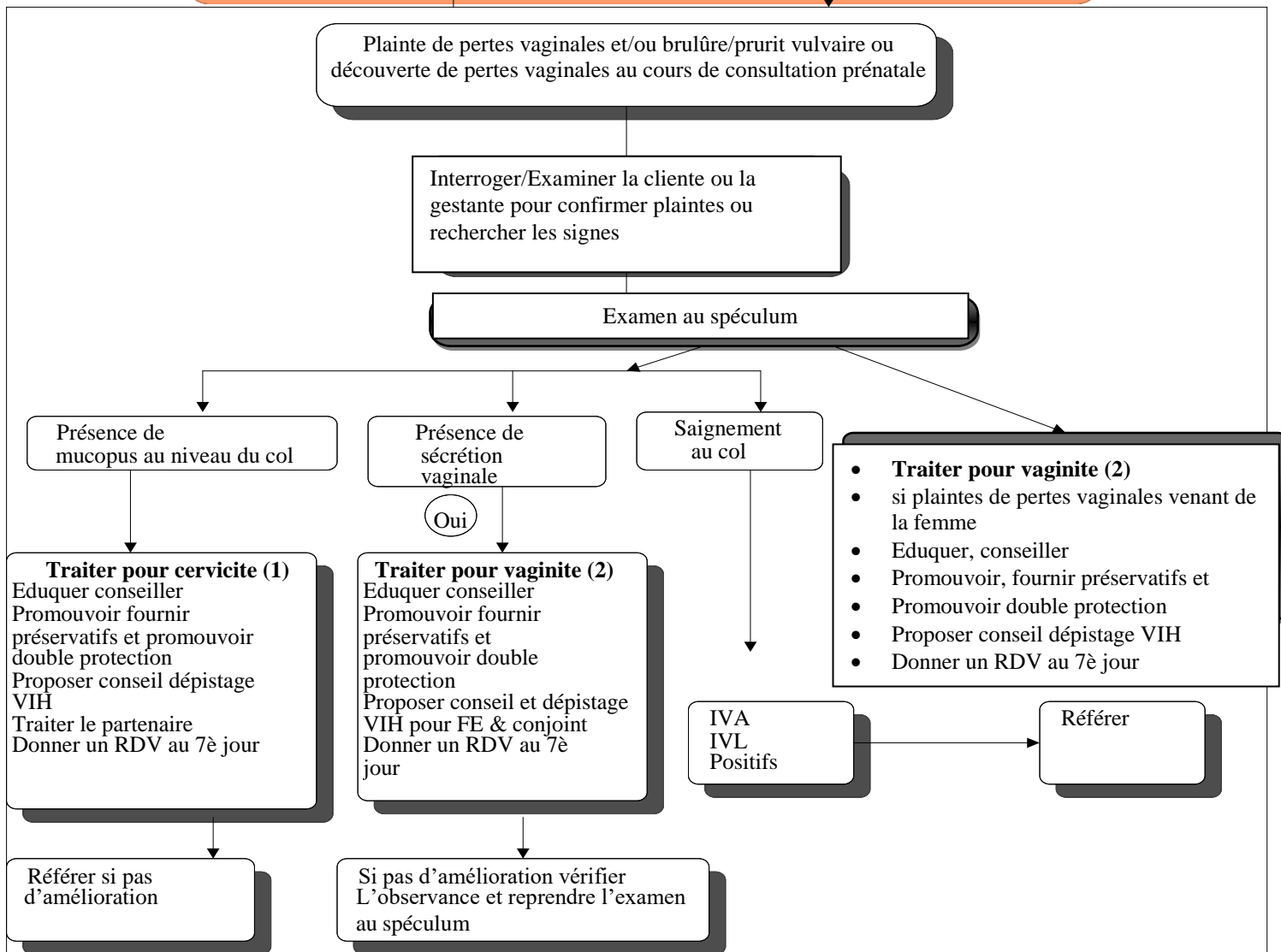


- (1) L'appréciation du risque est positive si la femme a un partenaire avec symptômes d'urétrite ou si elle présente des douleurs abdominales basses ou si elle a au moins deux des facteurs : âge < 21 ans ou célibataire, partenaire sexuel > 1, nouveau partenaire sexuel dans les 3 derniers mois.
- (2) **Fluconazole 150 mg** en une prise (ou **Clotrimazole 500 mg ovule**, une dose unique le soir au coucher ou **Nystatine vaginale 100 000 UI** par jour le soir au coucher pendant 14 jours) + **Tinidazole 2g** en prise unique (ou **Métronidazole 2g** par voie orale en prise unique).
Au cours du 1^{er} trimestre de la grossesse : Métronidazole et Tinidazole per os sont contre indiqués : **Métronidazole 500mg comprimés vaginaux** 1 fois par jour le soir au coucher pendant 7 jours. Toute femme traitée au premier trimestre doit être revue systématiquement et traitée par le **Métronidazole** par voie orale au 2^{ème} trimestre de grossesse car le traitement avec **Métronidazole en comprimé vaginal** est souvent inefficace
- (3) **Céfixime 400mg** en une prise (ou **Ceftriaxone 250mg** en IM dose unique) + **Azythromycine comprimé 1g** en prise unique (ou **Doxycycline 200mg** par voie orale 1 fois par jour au repas du soir pendant 7 jours au repas)
Chez la femme enceinte : **Céfixime 400 mg** par voie orale en une prise (ou **ceftriaxone 250 mg IM** en une seule dose) + **Azythromycine 1g** par voie orale en une seule prise (ou **Erythromycine 500 mg** par voie orale 4 fois par jour pendant 7 jours ou **Amoxicilline 500 mg** par voie orale 3 fois par jour pendant 7 jours).

**Tout examen au spéculum doit être une occasion de pratiquer une IVA et IVA
IVL : inspection visuelle au lugol et IVA Inspection visuelle à l'acide acétique**

ORDINOGRAMME N°3 PERTES VAGINALE CHEZ LA FEMME ENCEINTE

Figure 3 : PERTES VAGINALE CHEZ LA FEMME ENCEINTE



(1) **Céfixime 400 mg** par voie orale en une prise (ou **ceftriaxone 250 mg IM** en une seule dose) + **Azythromycine 1g** par voie orale en une seule prise (ou **Erythromycine 500 mg** par voie orale 4 fois par jour pendant 7 jours ou **Amoxicilline 500 mg** par voie orale 3 fois par jour pendant 7 jours).

(2) Au cours du premier trimestre de la grossesse : **Clotrimazole ovule 500 mg**, 1 ovule en dose unique le soir au coucher + **Métronidazole 500mg** comprimés vaginaux 1 fois par jour le soir au coucher pendant 7 jours. (Toute femme traitée au 1^{er} trimestre doit être revue systématiquement et traitée par le Métronidazole par voie orale au 2^{ème} trimestre de grossesse car le traitement avec Métronidazole en comprimé vaginal est souvent inefficace).

Après le 1^{er} trimestre de grossesse : **Clotrimazole ovule 500 mg**, 1 ovule en dose unique le soir au coucher (ou **Nystatine Cp vaginal 100 000 UI** par jour le soir au coucher pendant 14 jours) + **Tinidazole 2g** par voie orale en prise unique (ou **Métronidazole 2 g** par voie orale en prise unique)

IVA : inspection visuelle à l'acide acétique
IVL : inspection visuelle au lugol

3.3.2.3. Douleurs abdominales basses

Les douleurs abdominales basses ou douleurs pelviennes peuvent être causées par une infection des organes génitaux pelviens de la femme. Elles sont encore appelées Maladies Inflammatoires Pelviennes (MIP) ou Syndrome Inflammatoire Pelvien (SIP).

Le SIP est le plus souvent la complication d'une cervicite, par infection ascendante à *N. gonorrhoeae* ou à *C. trachomatis*, mycoplasmes, parfois associée à des germes anaérobies.

Caractéristiques cliniques

- Saignement vaginal, absence ou retard des règles (Grossesse extra-utérine) ;
- Histoire d'avortement ou d'accouchement récent au cours des six dernières semaines ;
- Défense ou contracture de la paroi abdominale ;
- Signes d'hémorragie interne : pâleur, pouls filant, tension artérielle abaissée ;
- Signes d'appendicite : douleur de la fosse iliaque droite avec fièvre.

La présence d'un de ces signes nécessite une référence d'urgence en milieu chirurgical.

En l'absence de tableau chirurgical, si la patiente présente une douleur provoquée par l'examen gynécologique, elle doit être traitée pour Syndrome Inflammatoire Pelvien (SIP).

Causes

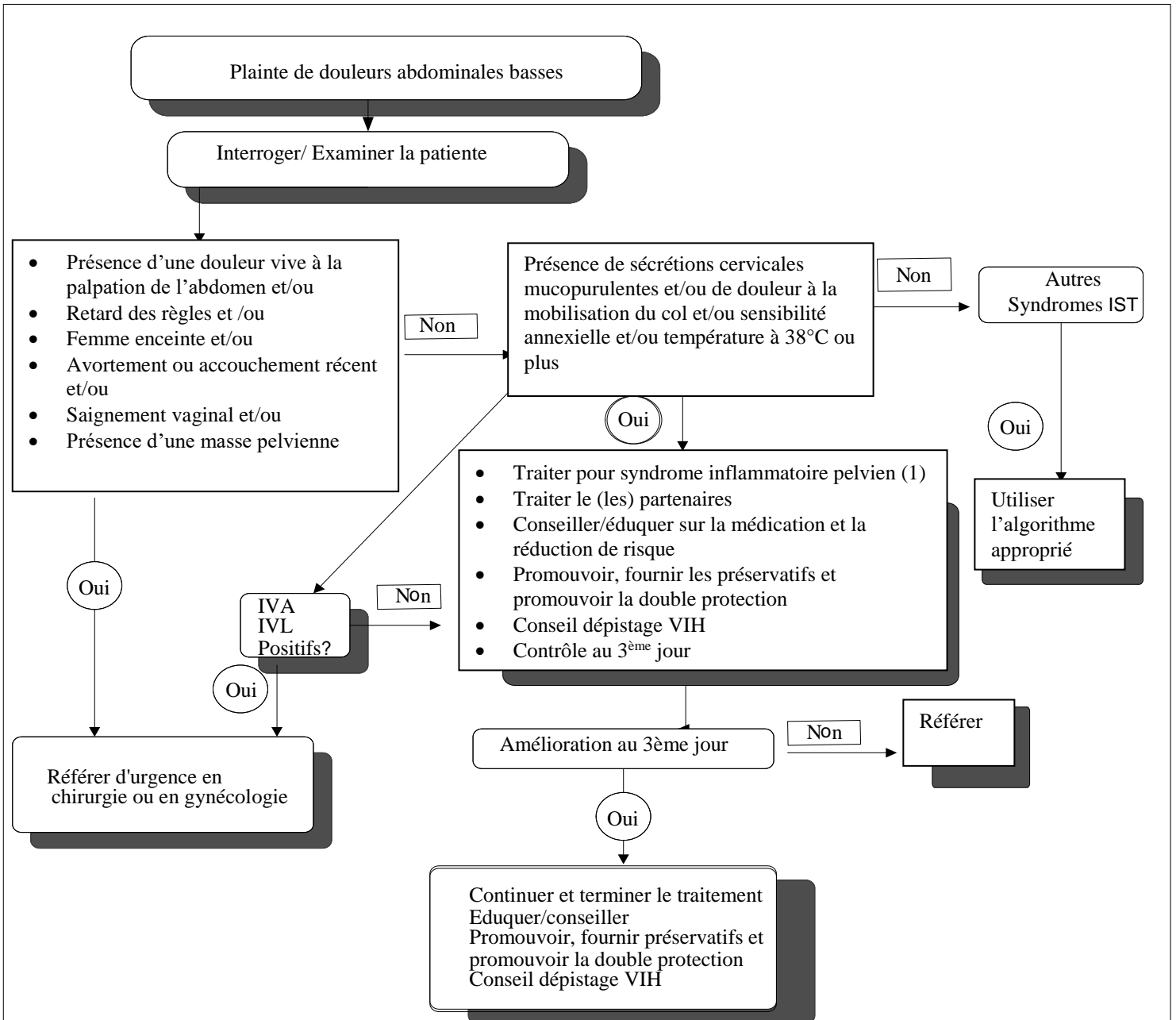
Les douleurs abdominales basses peuvent être dues :

- A des germes IST : gonocoque, chlamydia, mycoplasme
- A des germes banals (anaérobies)
- Aux affections médico-chirurgicales.

Traitement

Au cours des douleurs abdominales basses, dès que l'urgence chirurgicale a été éliminée, il faut traiter simultanément le gonocoque, la chlamydia, les mycoplasmes et les germes banals (anaérobies).

ORDINOGRAMME N°4
DOULEURS ABDOMINALES BASSES
(SYNDROME INFLAMMATOIRE PELVIEN : SIP)



(1) Céfixime 400mg par voie orale en une seule prise (ou **Ceftriaxone 250 mg** en IM une seule dose) + **Doxycycline 200mg** par voie orale par jour pendant 14 jours au cours des repas + **Métronidazole 500mg** par voie orale 2 fois par jour pendant 14 jours
Le SIP est très rare chez la femme enceinte. Aucune prise en charge thérapeutique de SIP chez la femme enceinte ne doit pas être envisagée par les agents de santé périphérique. Toute femme enceinte présentant une douleur une douleur abdominale basse doit être référée en gynécologie ou en chirurgie

3.3.2.4. Ulcération génitale

C'est une perte de substance (plaie) non traumatique localisée au niveau de la peau ou des muqueuses des organes génitaux.

Caractéristiques cliniques

- Ulcération unique, indolore, propre (Syphilis) ;
- Ulcérations souvent multiples, creusantes, sales et très douloureuses (Chancre mou) ;
- Ulcérations très superficielles, groupées, peu douloureuses avec notion de vésicules et de récurrences (Herpès génital) ;
- Ulcération de petite taille, peu douloureuse rarement visible (la lymphogranulomatose vénérienne).

Causes

Les causes les plus fréquentes des ulcérations génitales sont :

- *Treponema pallidum* (Syphilis) ;
- *Haemophilus Ducreyi* (Chancre mou) ;
- *Chlamydia trachomatis* (Lymphogranulomatose vénérienne) ;
- *Herpès simplex virus* (Herpès génital).

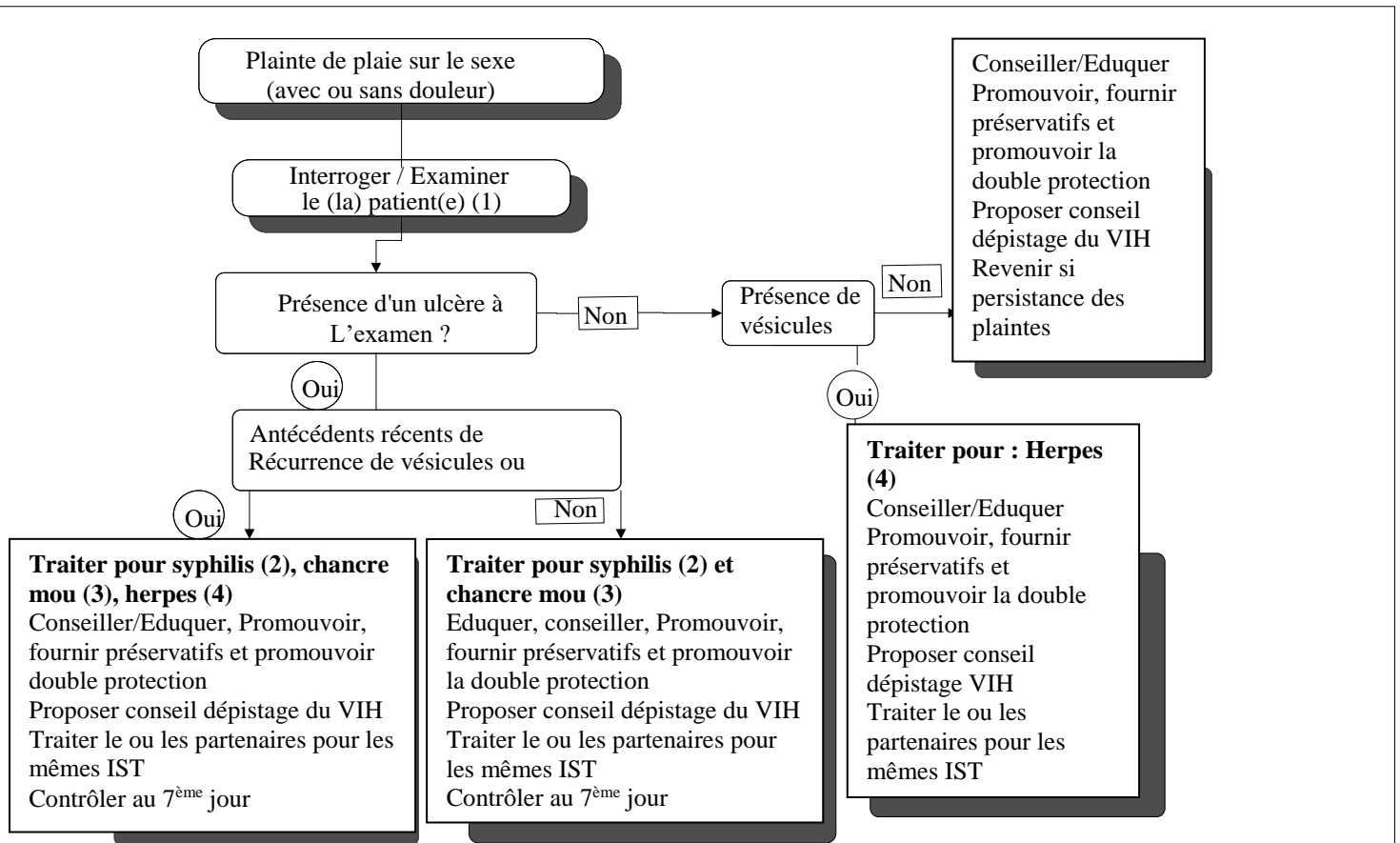
Ces différentes causes peuvent être associées.

Traitement

- Les clients présentant des ulcérations génitales doivent être traités en même temps pour la syphilis, le chancre mou et l'herpès.
- En cas de vésicules ou d'ulcérations récurrentes, il faut traiter l'herpès génital et la syphilis.

Etant donné les dangers de la syphilis pour le fœtus, chez la femme enceinte son traitement doit être systématique lors d'une consultation pour ulcération génitale.

ORDINOGRAMME N°5
ULCERES GENITAUX
(CHEZ L'HOMME OU LA FEMME)



(1) Rechercher la notion de rapport sexuel et bien s'assurer de la présence d'ulcères de façon appropriée. Si les lésions correspondent plutôt à des lésions de grattage liées à un prurigo (gale, toxidermie, pyodermite ou causes métaboliques) ou à une mycose, donner le traitement approprié

NB : Traitement local à l'éosine aqueuse ou à la polyvidone iodée (bétadine)

(2) Benzathine Benzyl pénicilline 2.4 million d'unités en intra-musculaire immédiatement

- Si allergie à la Pénicilline : Doxycycline 100 mg par voie orale 2 fois par jour pendant 14 jours **au cours des repas**

- Si allergie à la Pénicilline chez une femme enceinte : Erythromycine 500 mg par voie orale 4 fois/ j pendant 14 jours

(3) Azythromycine 1g par voie orale en une prise unique ou Ciprofloxacine 500 mg par voie orale 2 fois/ jour pendant 3 jours

- Si Femme enceinte ou allaitante : Azythromycine 1g par voie orale en une prise unique **ou Erythromycine 500 mg** par voie orale 4 fois par jour pendant 7 jours (en remplacement de la ciprofloxacine).

(4) Acyclovir 400 mg 1 cp x 3 / jour pendant 7 jours

3.3.2.5. Bubon inguinal

Le bubon inguinal est une tuméfaction douloureuse ou non, souvent fluctuante des ganglions inguinaux.

Caractéristiques cliniques

L'examen clinique met en évidence une ou plusieurs adénopathies douloureuses ou non, uni ou bilatérales, associées ou non à une ulcération génitale.

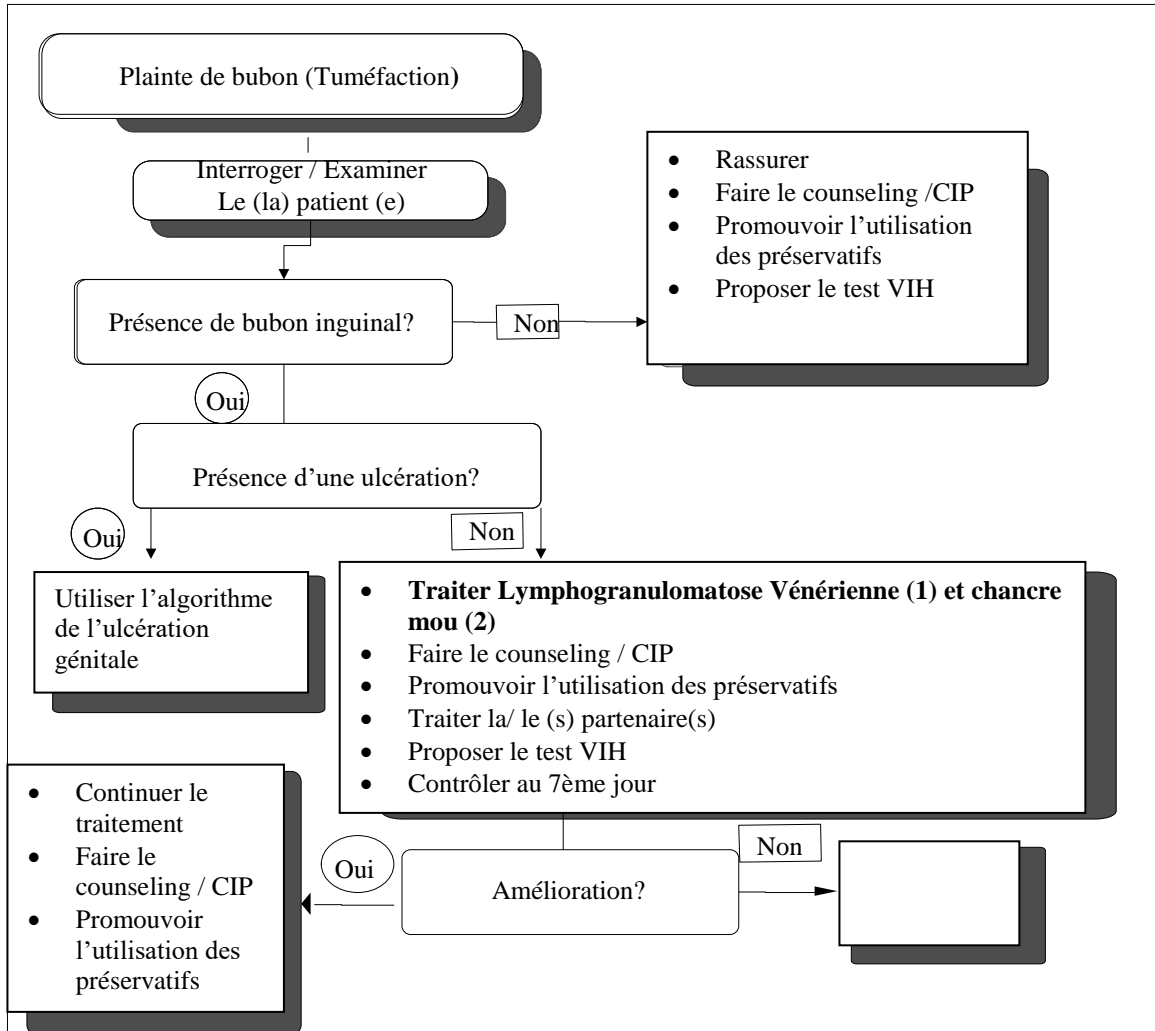
Causes

- *Chlamydia trachomatis* (Lymphogranulomatose vénérienne).
- *Haemophilus Ducreyi* (Chancre mou)

Traitement

- Les clients présentant un bubon sans ulcération génitale doivent être traités simultanément pour la lymphogranulomatose vénérienne et le chancre mou.
- Pour les patients présentant un bubon avec ulcération génitale, utiliser l'algorithme ulcération génitale.

ORDINOGRAMME N°6 BUBON INGUINAL



1er choix

(1) **Doxycycline 200 mg** par voie orale en prise unique par jour au cours des repas pendant 21 jours (contre indiqué chez la femme enceinte.)

(2) **Azithromycine 1g** en prise unique par voie orale ou **Ciprofloxacine 500mg** deux fois par jour pendant 3 jours

Chez la femme enceinte, utiliser le 2ème choix

2ème choix

(1) **Erythromycine 1g**, 2 fois par jour, par voie orale pendant 14 jours au cours des repas

(2) **Azithromycine 1g** en PU par voie orale

3.3.2.6. Gonflement aigu du scrotum

La tuméfaction du scrotum est une augmentation du volume des bourses et/ou des testicules avec ou sans douleur.

Caractéristiques : Il peut s'agir :

- d'une augmentation des bourses peu ou pas douloureuse ;
- d'une douleur unie ou bilatérale des testicules à la palpation.

Causes

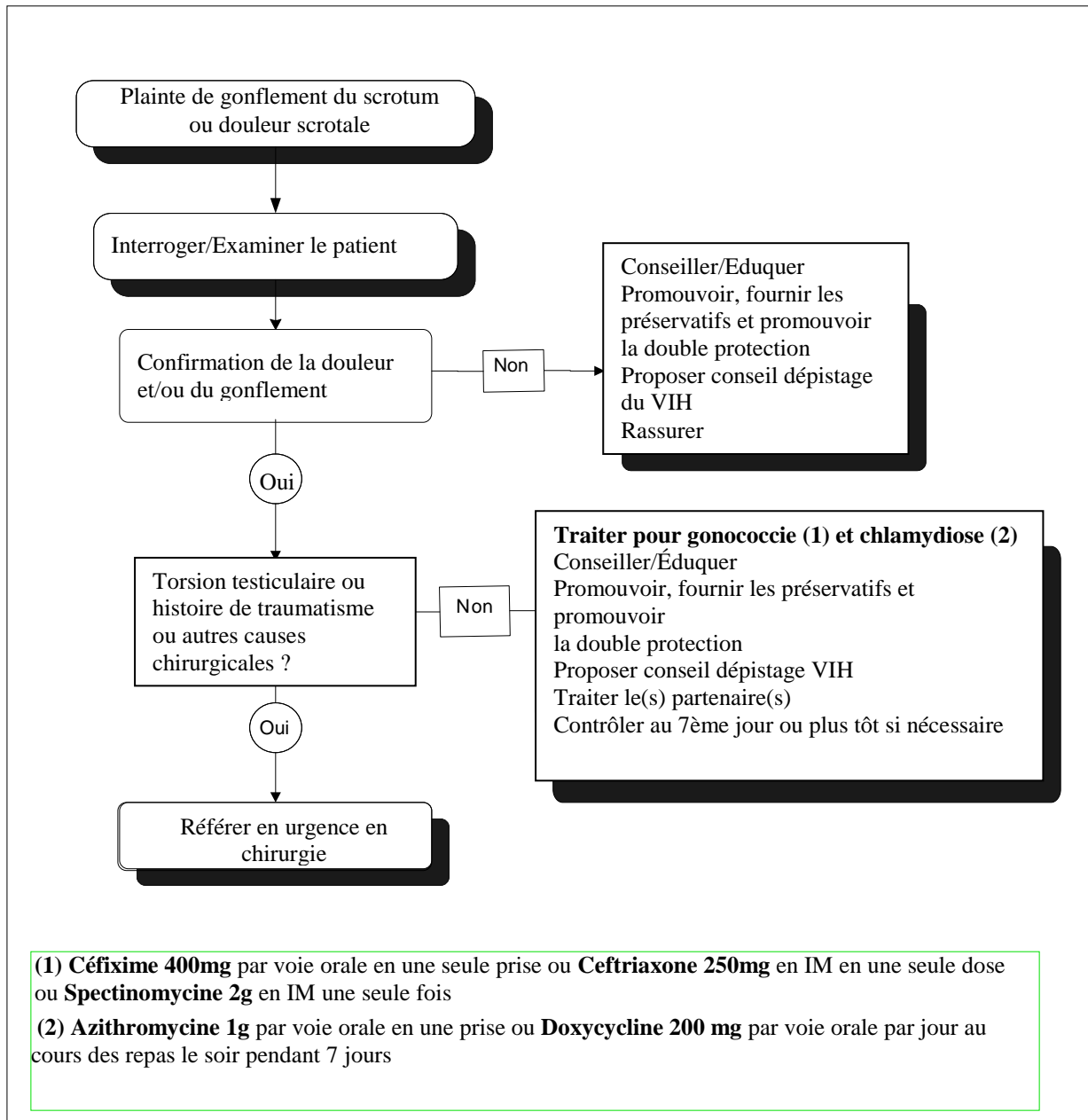
- *Neisseria-gonorrhoeae* (gonococcie)
- *Chlamydia trachomatis* (chlamydie)

Devant toute douleur testiculaire de survenue brutale avec notion de traumatisme, ou sans notion de traumatisme (torsion testiculaire) ; ou autre pathologie chirurgicale, il faut référer.

Traitement

Les clients présentant une tuméfaction du scrotum doivent être traités simultanément pour la gonococcie et la chlamydie.

ORDINOGRAMME N°7 GONFLEMENT AIGU DU SCROTUM



3.3.2.7. Conjonctivite du nouveau-né

La conjonctivite du nouveau-né est une sécrétion purulente des yeux.

C'est une infection du premier mois de vie contractée lors du passage dans la filière génitale infectée de la mère. Non ou mal traitée, cette infection peut entraîner la perte de la vue chez l'enfant (cécité).

Caractéristiques cliniques : Il s'agit :

- d'une sécrétion purulente d'un œil ou des deux yeux associés ou non à une rougeur et/ou une tuméfaction des paupières ;
- d'une simple rougeur persistante des yeux.

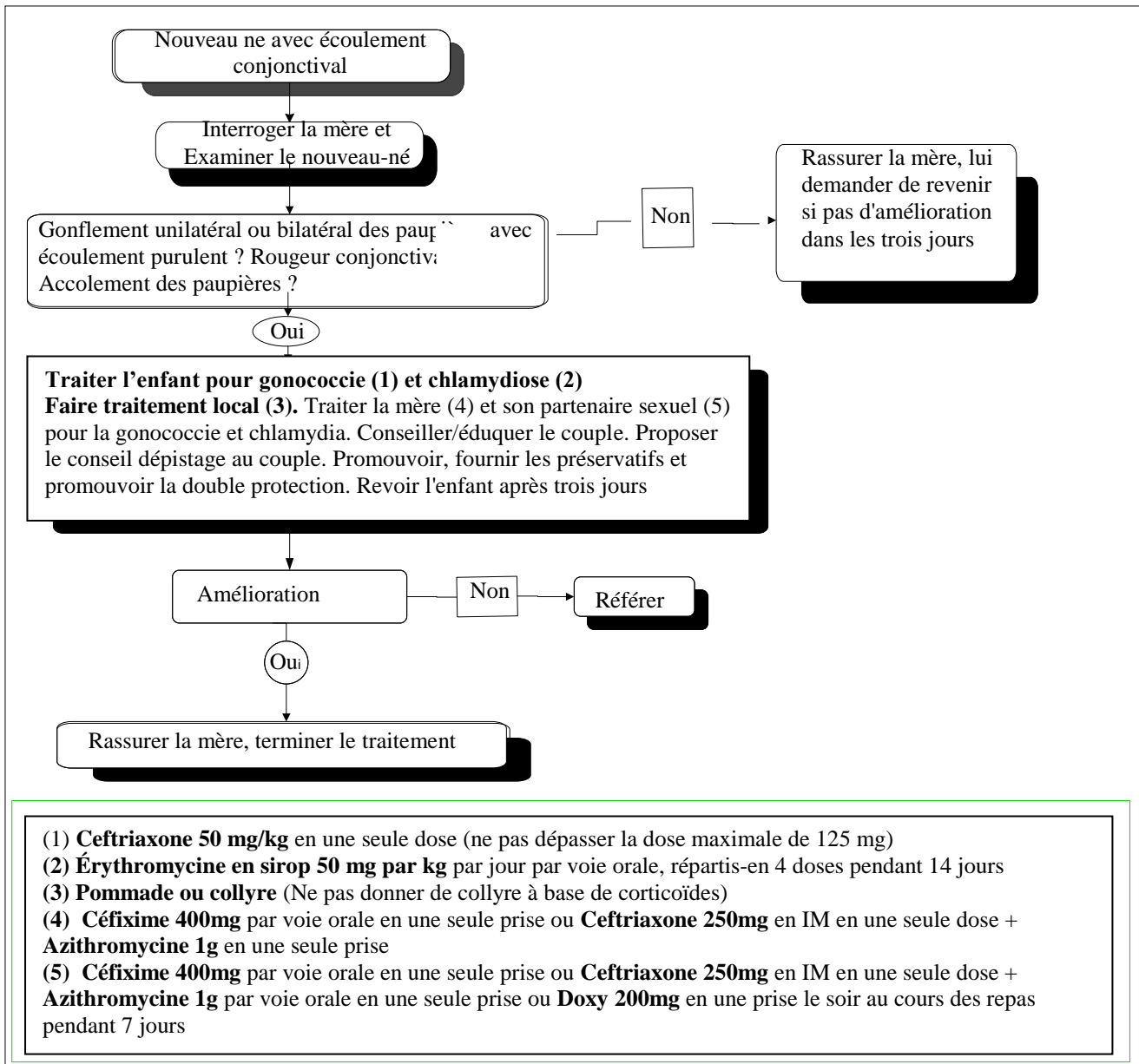
Causes

- *Neisseria-gonorrhoeae* (gonococcie)
- *Chlamydia trachomatis* (chlamydiose)

Traitement

Devant une conjonctivite du nouveau-né, il faut traiter simultanément la gonococcie et la chlamydiose chez le nouveau-né, la mère et le partenaire de la mère.

ORDINOGRAMME N°8 CONJONCTIVITE NEONATALE



3.3.2.8. Condylomes ou végétations vénériennes

Les condylomes ou végétations vénériennes (crêtes-de-coq) sont une IST tumorale d'origine virale, contagieuse et auto-inoculable.

Caractéristiques cliniques

Les végétations vénériennes se présentent comme des excroissances souvent indolores à surfaces irrégulières, pédiculées ou non, de taille variable.

Ces lésions siègent

- Chez l'homme sur : le pénis ; le scrotum ; le pubis ; les plis inguinaux ; le méat urétral ; la marge anale.
- Chez la femme sure : la vulve ; les lèvres ; le pubis ; les plis inguinaux ; la marge anale ; le vagin et le col de l'utérus.

Causes

L'agent pathogène est le *Human Papilloma virus*. Il en existe plusieurs types :

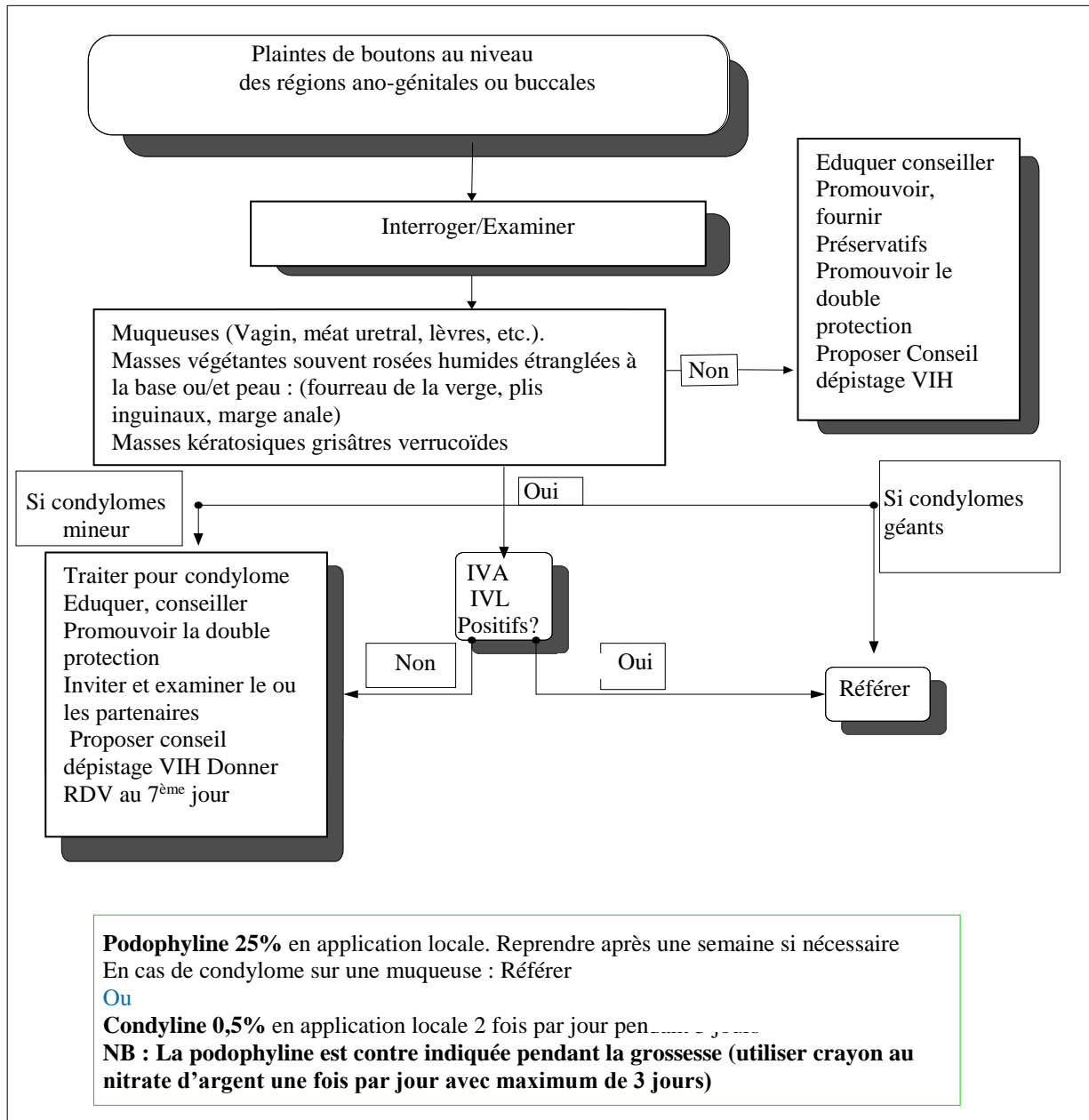
- La majorité de ces virus sont responsables des condylomes ano-génitaux bénins.
- D'autres types de virus sont responsables des cancers du col de l'utérus et peuvent entraîner un cancer de la vulve et du pénis.

Il faut souligner que le premier cancer de la femme en Afrique noire est le cancer du col de l'utérus (alors que chez l'Européenne et l'Américaine du Nord, c'est le cancer du sein qui reste le plus fréquent). Quand on sait que les papilloma virus jouent un rôle important dans la genèse du cancer du col, les messages de prévention, le traitement correct et la surveillance des jeunes atteints de condylomes sont importants dans la prise en charge des condylomes aussi bien de l'homme que de la femme.

Traitement

- Le traitement des condylomes du col de l'utérus et du vagin doit se faire dans un service spécialisé ou tout autre service doté de personnels formés et de moyens de traitements appropriés.
- Le traitement des condylomes des organes génitaux externes se fait selon les cas par l'azote liquide (cryothérapie), par l'électro cautérisation (méthode chirurgicale) ou par la podophylline diluée à 10 ou 25 % ou condyline 0,5%.

ORDINOGRAMME N°9 CONDYLOMES ACUMINES



3.4. Les interventions en direction des groupes particuliers

3.4.1. Les différents types de cas particuliers

Ils concernent :

- La prise en charge des IST chez les populations clés :
 - Les professionnels de sexe (PS),
 - Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH),
 - Les usagers de drogues,
 - Les détenus.
- Les cas d'abus et d'agressions sexuels ;
- La prise en charge des IST chez la femme enceinte et le nouveau - né.

3.4.2. Perceptions et représentations sur les orientations sexuelles dans la communication interpersonnelle

Il existe des préjugés sur l'homosexualité ou les orientations sexuelles dont le prestataire doit se départir pour un bon suivi et une prise en charge adéquate des populations clés, notamment les HSH ; en exemple :

- « Il faut être homosexuel pour parler aux homosexuels » ;
- « Les pratiques sexuelles entre hommes sont plus souvent motivées par l'argent » ;
- « L'homosexualité est une punition divine ».

Le prestataire doit donc éviter de porter de jugement (moral, religieux, culturel) dans une relation de communication : la tolérance et la confiance sont des valeurs essentielles pour instaurer une relation de qualité ; pour une bonne prise en charge dans le but de réduire la prévalence des IST/VIH élevée au sein des populations clés

3.4.3. Définition de quelques termes et concepts

Avant d'aborder les cas particuliers, il est important d'harmoniser l'utilisation des termes et concepts. Dans une relation de communication et de prise en charge, il est capital que les interlocuteurs utilisent le même langage et les mêmes expressions. Dans ce contexte avoir la compréhension des identités et des comportements sexuels sera nécessaire pour établir une bonne relation d'aide.

Les populations clés

Les Populations clés désignent les groupes de personne présentant un risque plus élevé d'exposition au VIH ou susceptibles d'être exposés au VIH ou de le transmettre.

Les populations clés comprennent, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les usagers de drogues, les détenus et les professionnels de sexe.

Un service adapté (SA) pour les populations clés

C'est une organisation de prestations de services, spécialisée dans la prise en charge des infections sexuellement transmissibles. Le service adapté offre le paquet minimum d'activités, des services spécifiquement des clients vulnérables (populations clés, jeunes de 15 à 24 ans, routiers ...)

Dépistage actif (DA) des IST

- C'est la détection des IST chez les populations clés (PS, HSH, les usagers de drogues et les détenus) à un stade où le client est encore asymptomatique ;
- Basé sur ce principe, il est demandé particulièrement aux PS et HSH de fréquenter de façon régulière les services de santé ;
- Un traitement présomptif doit être pratiqué chez les PS et les HSH réceptifs.

Professionnels de sexe (PS)

Il s'agit d'une femme ou d'un homme, âgé de 18 ans et plus, consentant, qui reçoit de l'argent ou des cadeaux en échange de services sexuels, de manière régulière ou occasionnelle (notion de régularité et de revenu).

Le terme prostitution ou prostitué est à proscrire.

Pour les adultes, utiliser des termes tels que commerce du sexe et professionnel(le)s du sexe, rapports sexuels rémunérés (ou tarifés), ou encore vente de services sexuels.

NB : Les enfants âgés de moins de 18 ans qui vendent des services sexuels sont considérés comme des victimes d'exploitation sexuelle à des fins commerciales.

Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)

Cette expression décrit des hommes qui ont des contacts ou rapports sexuels avec d'autres hommes, indépendamment de leurs rapports sexuels éventuels avec des femmes ou de leur identité bisexuelle ou gay sur le plan personnel ou social.

Sur le plan santé publique, c'est le comportement sexuel à risque qui est considéré dans cette définition.

Personne bisexuelle

Personne dont l'orientation sexuelle va à la fois vers les personnes du même sexe et les personnes du sexe opposé.

Personne hétérosexuelle

Personne dont l'orientation sexuelle, va principalement vers des personnes du sexe opposé.

Personne homosexuelle (homo, gay, lesbienne)

Personne dont l'orientation sexuelle, va principalement vers des personnes du même sexe.

Personne intersexuée

Autrefois appelée hermaphrodite, individu né avec une combinaison d'organes reproductifs complètement ou partiellement développée, de chromosomes et/ou d'hormones à la fois masculins et féminins.

Personne transgenre

Individu dont l'identité de genre ne correspond pas au sexe biologique.

Personne transsexuelle

Personne ayant changé de sexe, en cours de changement de sexe ou souhaitant changer de sexe, par des moyens médicaux (chirurgie et/ou traitement hormonal).

Travesti(e)

Personne qui s'habille avec des vêtements du genre opposé, indépendamment de son identité ou de son orientation sexuelle.

Anulingus (« rimming »)

Pratique de sexe oro-anal qui consiste à lécher l'anus.

Commerce sexuel

Échange de services sexuels contre des biens ou services (argent, cadeaux, hébergement, nourriture, etc.).

Coming out

Désigne le moment où un individu homosexuel ou bisexuel révèle ouvertement son orientation sexuelle à son entourage.

Comportement sexuel

Se distingue de l'identité sexuelle. Il s'agit des actes sexuels qu'un individu pratique : cela peut être considéré comme la manière dont l'individu exprime sa sexualité.

Doigté

Utilisation d'un ou plusieurs doigts pour stimuler les parties génitales, incluant l'insertion d'un ou plusieurs doigts dans le vagin ou dans l'anus.

Entre-cuisses

Pratique sexuelle qui consiste pour l'un des partenaires à frotter son pénis entre les cuisses de l'autre partenaire.

Fellation

Pratique sexuelle qui consiste à lécher ou sucer le pénis d'un partenaire.

Fist-fucking

Pratique sexuelle qui consiste à pénétrer l'anus avec le poing.

Frottage

Pratique sexuelle qui consiste pour les partenaires à frotter leurs sexes l'un contre l'autre en guise de stimulation sexuelle.

Masturbation

Pratique sexuelle consistant à caresser le pénis (ou la vulve) avec sa main pour obtenir une excitation sexuelle pouvant aller à l'orgasme.

Sexe anal

Pratique impliquant la pénétration du pénis dans l'anus, parfois appelée sodomie.

Sexe oral

Pratique sexuelle consistant à utiliser la bouche, la langue dans le but de lécher, sucer ou embrasser les parties génitales du partenaire (pénis, testicules/scrotum, anus, vulve, clitoris, vagin).

Sexe oro-anal

Pratique sexuelle consistant à utiliser la bouche, la langue dans le but de lécher, sucer ou embrasser l'anus et la région située autour de l'anus (périnée, sillon fessier, etc.).

Gel/Lubrifiant

Substance à base d'eau ou de corps gras utilisée pour réduire les frottements pendant les relations sexuelles. De nombreux types de lubrifiants sont utilisés au cours des rapports sexuels (vaseline, crèmes cosmétiques, salives, savons, etc.). Seuls les lubrifiants à base d'eau devraient être utilisés, car ils ne détériorent pas les latex des préservatifs (contrairement aux lubrifiants gras).

Partenaire insertif ou actif

Désigne le partenaire qui fait pénétrer son pénis dans l'anus de l'autre partenaire au cours d'une relation sexuelle ano-génitale.

Partenaire réceptif ou passif

Désigne le partenaire dont l'anus est pénétré par le pénis de son partenaire au cours d'une relation sexuelle ano-génitale.

Partenaire multiple

Désigne le fait d'avoir plusieurs partenaires sexuels au cours d'une même période (mais pas nécessairement au cours d'un même rapport sexuel).

Homophobie

Aversion, hostilité à l'égard de l'homosexualité et des homosexuel(le)s, qu'ils soient gays, lesbiennes, bisexuel(le)s ou transgenres.

Anxiété

Émotion souvent ressentie comme désagréable qui correspond à l'attente plus ou moins consciente d'un danger ou d'un problème à venir. C'est un phénomène normal. Elle peut cependant prendre un caractère excessif et pathologique dans différentes situations : on parlera alors de troubles anxieux.

Stigmatisation

La stigmatisation est décrite comme un processus dynamique de dévaluation qui « discrédite significativement » un individu aux yeux des autres. Les caractéristiques sur lesquelles se portent la stigmatisation, par exemple la couleur de la peau, la manière de parler ou l'orientation sexuelle, peuvent être totalement arbitraires. Dans une culture ou une situation particulière, certains attributs sont choisis et définis par d'autres personnes comme peu honorables ou sans valeur.

La stigmatisation est fondée sur les différences, la peur, la crainte, les jugements moraux et la désinformation.

Auto-stigmatisation

L'auto-stigmatisation ou stigmatisation intériorisée est un processus complexe qui est lié au sens du soi de l'individu (auto-perception) ainsi qu'à des influences externes et physiques. Vivre dans un contexte hostile peut effectivement conduire à un sentiment général de perte de contrôle. Les pressions extérieures continues et multiformes peuvent engendrer des sentiments profonds de honte, de culpabilité, d'angoisse et de peur. En réponse à un vécu de stigmatisation, les HSH (vivant ou non avec le VIH) adoptent volontiers des attitudes de protection (éviter la confrontation avec les autres, s'exclure de situations familiales, sociales ou professionnelles potentiellement stigmatisantes, cacher son orientation sexuelle, un problème de santé, sa séropositivité). Ces attitudes ou postures vont à leur tour renforcer et légitimer une auto-stigmatisation.

Discrimination

La discrimination renvoie à « toute forme de distinction, d'exclusion ou de restriction arbitraires à l'égard d'une personne, en fonction d'une caractéristique inhérente à cette personne ou perçue comme appartenant à un groupe particulier ». La discrimination est la conséquence de la stigmatisation.

3.4.4. Prise en charge des IST chez les PS et les HSH

La prise en charge des IST chez les PS et HSH est une démarche à la fois classique et particulière :

- La démarche est classique car les PS et HSH sont très exposés aux IST et en cas de consultation pour un syndrome IST, la prise en charge syndromique est exactement la même.
- La démarche est particulière compte tenu de leurs pratiques sexuelles (relations/rapports/partenaires multiples) et la prévalence des IST/VIH chez ces personnes.

Le dépistage actif (DA) des IST doit être mené à chaque consultation de PS et HSH.

En pratique un traitement présomptif pour les IST les plus fréquentes et les plus morbides (risque de syndrome inflammatoire pelvien, d'infertilité) est recommandé au cours de la première visite même en l'absence de signes cliniques évidents d'IST.

NB :

- Pour la PEC de PS de sexe masculin, se référer à la prise en charge des IST chez les HSH,
- Pour la PEC de PS de sexe féminin ayant des rapports anaux, se référer à la prise en charge des IST chez les HSH,
- Même en l'absence des IST chez les HSH, faire anuscopie tous les six (6) mois.

Relation soignant-soigné

Les convictions personnelles des acteurs de santé et psycho-sociaux ne doivent pas interférer dans la relation soignant-soigné, au risque de compromettre la qualité des soins. Sans leur demander d'être d'accord avec les pratiques des HSH, il est important que les acteurs de santé et psycho-sociaux interagissent avec leurs patients de manière empathique, dans le respect du droit à la santé pour tous et de l'accès universel aux soins liés aux IST/VIH/SIDA.

Du côté du soignant :

- Manque de confiance en sa capacité et ses compétences spécifiques pour fournir ce service ;
- Gêne occasionnée par les discussions portant sur la sexualité du patient (plus marquée lorsqu'il s'agit de rapports sexuels entre hommes et pratiques connexes) ;
- Croyance et opinions propres du soignant sur les rapports sexuels entre hommes, l'homosexualité (déviance, perversion, etc.) ;

- Peur des soignants vis-à-vis du retentissement de leur activité professionnelle auprès des HSH (stigmatisation au sein de leur communauté s'ils parlent ouvertement de sexualité et de rapports sexuels entre hommes).

Du côté du patient :

- Gêné ou honte d'aborder des questions intimes, notamment celles concernant les pratiques sexuelles ;
- Peur de dévoiler son orientation et ses pratiques sexuelles du fait du risque de stigmatisation et de discrimination, voire d'humiliations et de violences ;
- Auto-stigmatisation des patients qui projettent leurs angoisses de rejet sur les soignants, sans savoir quelles sont leurs opinions et attitudes (différence entre les croyances, la religion, la culture ou l'orientation sexuelle des soignants et des patients).

Est-il préférable que le soignant soit un homme ou une femme ?

Le genre du soignant peut interférer dans la relation soignant-soigné et parfois poser problème. Il faut y être attentif. Il n'y a cependant pas de règle en la matière : une relation de qualité peut s'instaurer avec des soignants des deux sexes. Certains HSH peuvent trouver plus confortable de parler avec des soignants de sexe féminin, tandis que d'autres préféreront les hommes, voire des soignants qui sont également HSH.

Que doit faire concrètement un agent de santé lors d'une consultation pour respecter les principes écrits ci-dessus ?

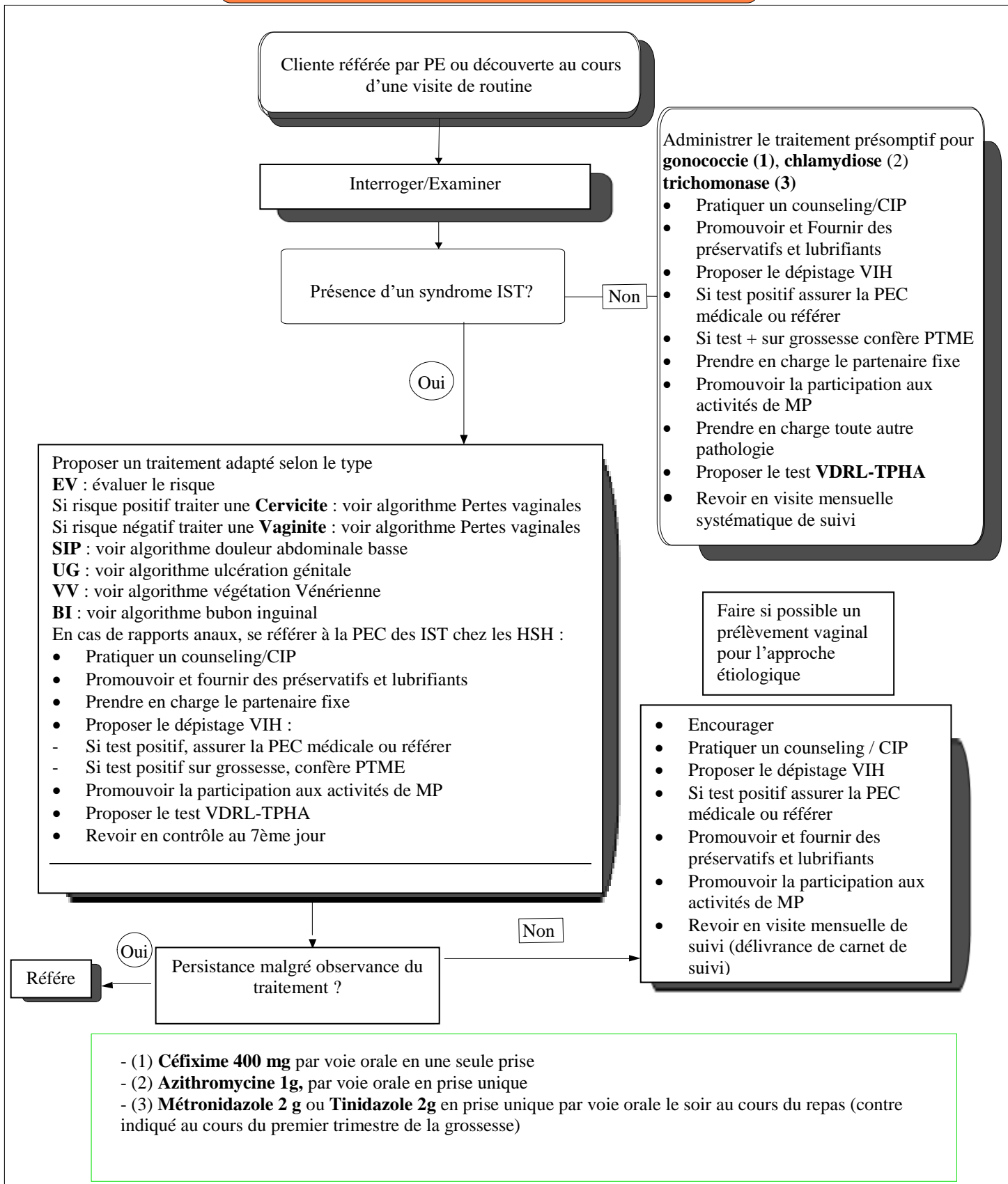
- Considérer que tout patient de sexe masculin peut être un HSH (on estime le nombre de HSH entre 3 et 5% de la population masculine en moyenne dans le monde, quel que soit le continent et le pays).
- Travailler sur leurs propres représentations et la compréhension des facteurs qui mènent au rejet, aux préjudices et à la discrimination pour mieux s'en départir.
- Ne pas porter de jugement sur le client dont ils ont la charge.
- Insister sur le respect de la confidentialité et expliquer concrètement aux bénéficiaires les mesures prises pour la respecter (éventuellement l'attribution d'un code d'anonymat ou un nom fictif sur le dossier médical, évité d'y inscrire certaines informations potentiellement compromettantes pour le patient, etc.).
- Connaître les termes liés aux pratiques sexuelles et aux habitudes de communication des HSH pour partager un langage commun.

- Être attentif aux déterminants utilisés : éviter d'utiliser le féminin pour parler des partenaires sexuels, poser très simplement la question du genre au patient lorsqu'une ambiguïté existe.
- Expliquer les raisons qui justifient des questions souvent intimes/embarrassantes.
- Adapter le langage/vocabulaire au niveau de compréhension du patient.

3.4.4.1. Prise en charge des IST chez les professionnels du sexe

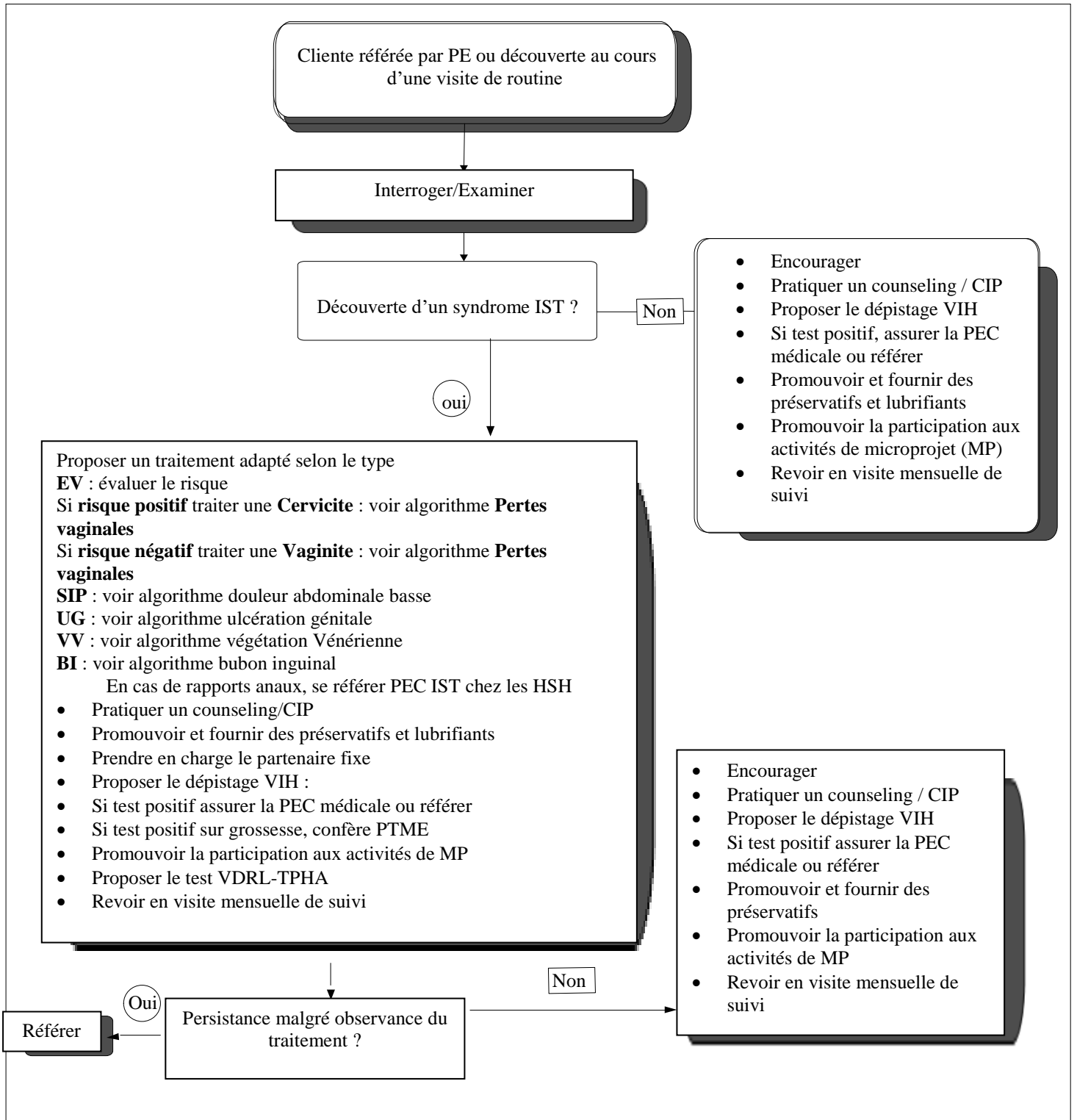
La figure ci-dessous présente l'algorithme de PEC des IST chez les PS.

ORDINOGRAMME N°10
PEC DES IST CHEZ LES PROFESSIONNELLES
DE SEXE
Première visite



- (1) **Céfixime 400 mg** par voie orale en une seule prise
- (2) **Azithromycine 1g**, par voie orale en prise unique
- (3) **Métronidazole 2 g** ou **Tinidazole 2g** en prise unique par voie orale le soir au cours du repas (contre indiqué au cours du premier trimestre de la grossesse)

ORDINOGRAMME N°10 Bis
PEC DES IST CHEZ LES PROFESSIONNELLES DE
SEXE
Visite mensuelle



3.4.4.2. Spécificités de la PEC des IST auprès des HSH

La PEC des IST chez les HSH présente plusieurs spécificités :

- La consultation médicale (La relation soignant-soigné, Le déroulement de la consultation)
- L'examen physique spécifique orienté sur la santé sexuelle ;
- Les signes cliniques et complications.

Consultation médicale

- Déroulement de la consultation médicale

Il est similaire à celui de toute consultation, mais attention aux points suivants :

- Le début de la consultation doit être consacré à développer un rapport de confiance.
- L'anamnèse doit s'attacher à explorer la biographie sexuelle du patient (nombre et genres de partenaires, type de rapports sexuels, contexte des rapports sexuels, mesures de réduction de risque, notion de contrainte sexuelle, de violence ou de déplaisir, etc.) en expliquant au patient que ces questions sont posées dans un but médical et en commençant par des questions générales et neutres.

Par exemple : « *Etes-vous célibataire ou en couple ?* », « *Etes-vous marié ?* », « *Avec une ou plusieurs femmes ?* », « *Avez-vous d'autres relations sexuelles ?* », etc.

On pourra continuer par les questions suivantes : « *Dans les 6 derniers mois, avez-vous eu des relations avec des femmes uniquement ?* », « *Avec des hommes uniquement ?* » « *Avec des femmes et des hommes ?* ».

• **Attention aux points suivants :**

- Le début de la consultation doit être consacré à développer un rapport de confiance avec le client
- L'anamnèse doit s'attacher à explorer la biographie sexuelle du client en expliquant au client que ces questions sont posées dans un but médical et en commençant par des questions générales et neutres

Examen physique du patient qui est orienté sur la santé sexuelle du HSH

L'examen concerne tout le corps et plus spécifiquement l'appareil génital, les régions périnéale, anorectale et la bouche.

Avant d'initier l'examen physique de santé sexuelle, il faut :

1. Expliquer les raisons de l'examen au patient (notamment que de nombreuses IST présentent peu de symptômes).
2. Expliquer son déroulement et les instruments qui vont être utilisés

3. Recueillir l'accord du patient.
4. A la fin de l'examen, poursuivre la consultation par :
La fourniture des serviettes (papiers mouchoirs) au patient pour qu'il s'essuie.
5. La prescription (et éventuellement la réalisation) d'examens complémentaires (anuscopie, voir annexes).
6. La prescription du traitement.
7. Les conseils et la distribution des préservatifs/gels et la date du prochain rendez-vous

Signes cliniques et complications

Sur le plan clinique, en plus des manifestations liées aux IST génitales, on peut noter des manifestations des IST anales chez les HSH notamment :

- Des écoulements et inflammation anaux (pus, sang etc.) ;
- Des douleurs spontanées ou à la défécation ;
- Des ulcérations, vésicules et tumeurs au niveau anal.

En plus des complications liées aux IST génitales, on peut noter des fissures ou fistules anales, des scléroses ou sténoses rectales et des cancers anorectaux (liés au HPV)

Les différents syndromes et les localisations des IST chez les HSH se résument comme présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 9 : Récapitulatif des localisations et de la symptomatologie des IST chez les HSH

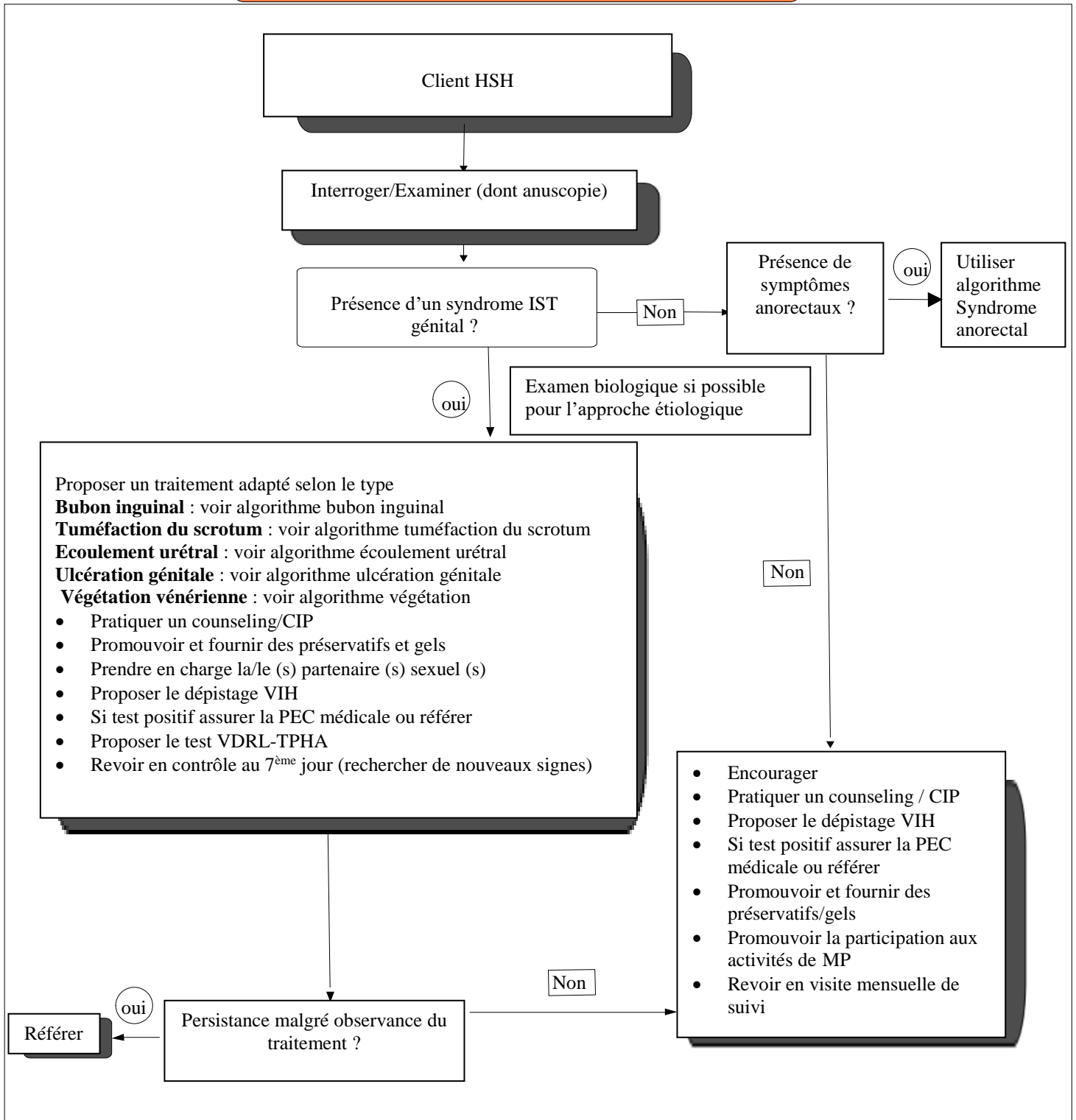
TYPE DE SYNDROME	LOCALISATION	SYMPTOMATOLOGIE
Ecoulements gonococciques	Urètre	- Urétrite : sécrétion anormale jaune purulente +/- brûlure à la miction ou à l'éjaculation
	Gorge	- Pharyngite : gorge sèche, douleur pharyngée et toux évoquant une infection respiratoire virale
	Anus	- Anite : sécrétion anormale jaune ou saignement +/- douleur et saignement lors de la défécation ou des rapports anaux
Ecoulements de type Chlamydia	Urètre	- Urétrite : sécrétion anormale jaune purulente +/- brûlure à la miction ou à l'éjaculation +/- prurit

	Anus Scrotum	ou douleur au méat urétral - Anite : sécrétion anormale jaune ou saignement +/- douleur et saignement lors de la défécation ou des rapports anaux - Infection du scrotum : inflammation et douleur autour des testicules
Ulcération syphilitique	Peau ou muqueuse des organes génitaux externes et de la bouche	3 stades de l'infection : - Syphilis primaire : ulcération (chancre) indolore, induré, à l'endroit de l'inoculation ; - Syphilis secondaire : éruption cutanée, atteinte neurologique (méningite), atteinte ophtalmologique ; - Syphilis tertiaire : atteinte neurologique (paralysie générale, tabès).
Ulcération (Chancre mou)	Peau ou muqueuse des organes génitaux externes Ganglions inguinaux	Ulcération inflammatoire, douloureuse, profonde, non indurée, prurit Adénopathie satellite
Ulcération (Herpès)	Peau ou muqueuse des organes génitaux externes et bouche	Vésicules puis ulcérations douloureuses, uniques ou multiples
Tumeur (Condylomes ou crêtes-de-coq)	Région génito-anale (+ urètre)	Végétations vénériennes, excroissances cutano-muqueuses, augmentent le risque de cancer anal

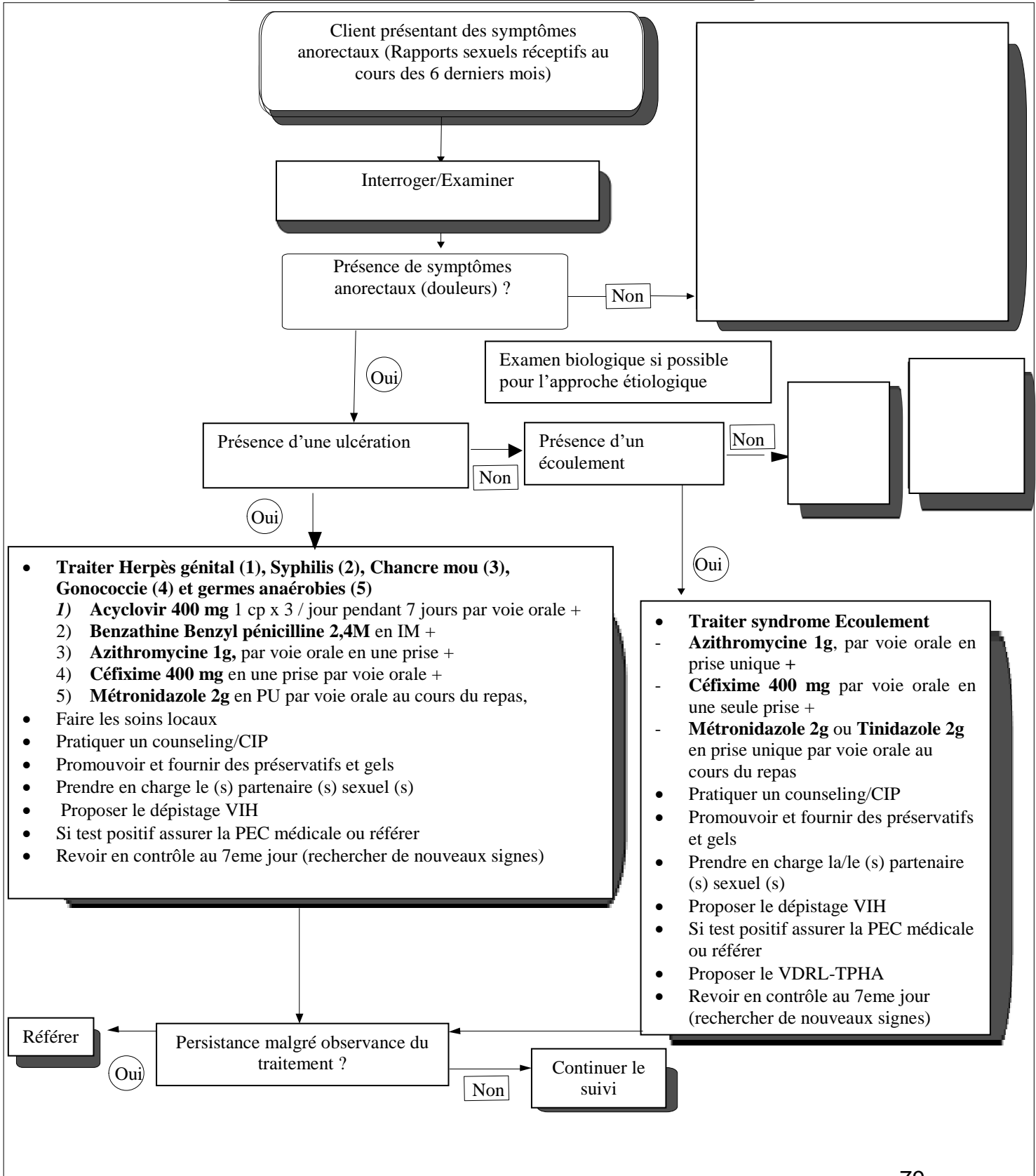
NB :

- Devant toute **douleur** anale spontanée ou à la défécation, il faut éliminer un rapport sexuel anal traumatisant, des hémorroïdes internes (toucher rectal, anoscopie) ou un cancer anorectal (toucher rectal, anoscopie et biopsie) avant de traiter comme une IST anale.
- Devant toute ulcération anale, il faut éliminer des fissures, érosions et ulcérations causées par un rapport anal traumatisant, avant de traiter comme un syndrome d'ulcération anale.
- Devant un prurit anal, il faut traiter une scabiose/phtiriase :
 - Une application d'une solution ou d'une lotion de benzoate de benzyl (Ascabiol, Acarilbial) sur tout le corps chaque soir pendant 3 à 4 soirs successifs.
 - La désinfection du linge et de la literie se fera par pulvérisation avec A-Par aérosol dans un sac poubelle fermé pendant 24 heures.
- **Diagnostic biologique des IST**
 - Prélèvement sanguin : VIH, VHB, VHC, Syphilis,
 - Prélèvement local IST : Voir Algorithme de PEC IST

ORDINOGRAMME N°11 PEC DES IST GENITALES CHEZ LES HSH



ORDINOGRAMME N°12 PEC DES IST ANORECTALES CHEZ LES HSH



3.4.5. Prise en charge des IST chez les usagers de drogues et des détenus

La Prise en charge des IST chez les **usagers de drogues et des détenus** est classique car ils peuvent avoir les mêmes IST comme tout le monde. En cas de consultation pour un syndrome IST, la prise en charge syndromique est exactement la même.

A chaque consultation des usagers de drogues et des détenus, il est recommandé de procéder au dépistage actif (DA) des IST génitales et anales.

3.4.6. Prise en charge des victimes d'abus sexuels

Le phénomène d'abus sexuel est un phénomène de société relativement ignoré et le personnel soignant est parfois désarmé devant une suspicion d'abus sexuel. En effet, compte tenu de la prévalence élevée des IST/VIH, les victimes d'abus sexuels sont potentiellement exposées à ces infections. Une conduite pratique est proposée en cas de suspicion d'abus sexuel chez les enfants.

Définition

L'abus sexuel survient quand la personne est engagée dans des activités sexuelles qu'elle ne peut comprendre, pour lesquelles son développement psychomoteur n'est pas préparé, et ne peut donner un consentement et/ou ces activités violent la loi ou les tabous de la société. Ces activités sexuelles incluent toutes les formes de contacts sexuels : rapports génitaux (oro-génitaux, ano-génitaux, génito-génitaux), les attouchements.

Signes cliniques suspects d'abus sexuel

Les principaux signes génitaux sont : les écoulements génitaux, une déchirure ou une absence d'hymen, une fissure ou une béance anale, des traumatismes du périnée, une fistule recto-vaginale ou fistule vésico-vaginale, des douleurs pelviennes.

Il y a aussi des signes liés aux traumatismes physiques et des troubles comportementaux.

Conduite à tenir devant une suspicion d'abus sexuel

- **Examen initial**

- Recueillir les données sur les circonstances dans lesquelles est survenu l'abus sexuel.
- Déterminer si possible le délai séparant l'agression et la date de consultation.
- Effectuer un examen physique minutieux à la recherche de signes d'IST (écoulements génitaux, ulcérations et/vésicules génitales, condylomes).
- Faire des prélèvements anaux dans les deux sexes, vaginaux chez la fille et urétraux chez le garçon en vue de rechercher le gonocoque, le trichomonas vaginalis.
- Faire les sérologies du VIH, de l'hépatite B, de l'hépatite C et de la syphilis.

- Faire un test de grossesse chez la jeune fille pubère et la femme en âge de procréer.
- Rechercher les signes cliniques d'IST et effectuer les sérologies VIH, de l'hépatite B, de l'hépatite C et de la syphilis chez l'agresseur ou l'auteur présumé de l'agression sexuelle s'il est identifié.
- Encourager les parents ou tuteur à porter plaintes auprès des services spéciaux (police, justice).

- **Examen à 3 mois**

- Refaire les sérologies VIH, de l'hépatite B, de l'hépatite C et de la syphilis (surtout si les tests initiaux étaient négatifs).

- **Traitement**

- Si le test de grossesse est négatif prescrire dans les 72 heures (suivant l'agression ou l'abus sexuel) une contraception d'urgence (pilule du lendemain) chez la fille en âge de procréer et la femme adulte.
- Si sérologie positive chez l'agresseur, prendre en charge la victime et mettre en route le traitement ARV dans les 48 heures suivant l'agression.
- Si un germe est isolé, il faut traiter la victime en tenant compte de sa sensibilité aux antibiotiques (ou traitement selon le syndrome IST identifié).
- Si aucun germe n'est isolé et s'il existe des facteurs de risque élevé d'IST chez l'agresseur ou s'il présente une IST ou a des antécédents récents d'IST, il faut faire un traitement présomptif. Ce traitement doit tenir compte du syndrome IST suspecté chez l'agresseur.
- Proposer une prise en charge et un suivi psychologique de la victime.

En cas de positivité de la sérologie VIH, le suivi et le traitement de la victime doivent respecter les recommandations pour la prise en charge médicale du VIH au Bénin.

3.4.7. Prise en charge des IST chez la femme enceinte

Chez la femme enceinte

En dehors du VIH, les IST transmissibles de la mère à l'enfant peuvent avoir des conséquences graves pour le fœtus (malformations, mort in utéro, mort périnatale, infections congénitales, infections néonatales).

Les germes responsables sont :

- - Neisseria-gonorrhoeae (gonococcie) ;

- *Chlamydia trachomatis* (chlamydie) ;
- *Treponema pallidum* (Syphilis) ;
- *Herpès simplex virus* (Herpès génital) ;
- Les virus de l'hépatite.

Parmi ces germes, le plus morbide pour le fœtus est *Treponema Pallidum*. Au cours de la grossesse, la syphilis est responsable de 25% à 30% de malformations et de 14% de mortalité néonatale. Elle doit être activement recherchée et traitée pendant la grossesse d'autant plus que son traitement est simple et efficace.

Le *Treponema pallidum* présent dans le sang d'une femme enceinte peut être transmis à l'enfant à naître, notamment au stade précoce de l'infection. Bien que ce soit possible dès la neuvième semaine de gestation, la transmission a généralement lieu entre la 16^{ème} et la 28^{ème} semaine de grossesse. La probabilité de transmission est directement liée au stade de la syphilis maternelle pendant la grossesse ou au stade de la grossesse au moment de la contamination

Bien que les modalités de notification des issues défavorables de la grossesse chez les femmes atteintes de syphilis varient considérablement, on reconnaît généralement qu'elles comprennent :

- ✓ L'avortement spontané ou mort in utero (17-40%),
- ✓ Le décès périnatal (12-23%),
- ✓ L'insuffisance pondérale et/ou prématurité (20-33%)
- ✓ Et l'infection syphilitique chez le nouveau-né (2-33%).

Il existe actuellement des tests rapides fiables et performants validés par l'OMS (SD Bioline HIV/syphilis duo)

Les tests sérologiques seront faits systématiquement à toutes les femmes enceintes

La syphilis congénitale

La contamination se fait par voie transplacentaire.

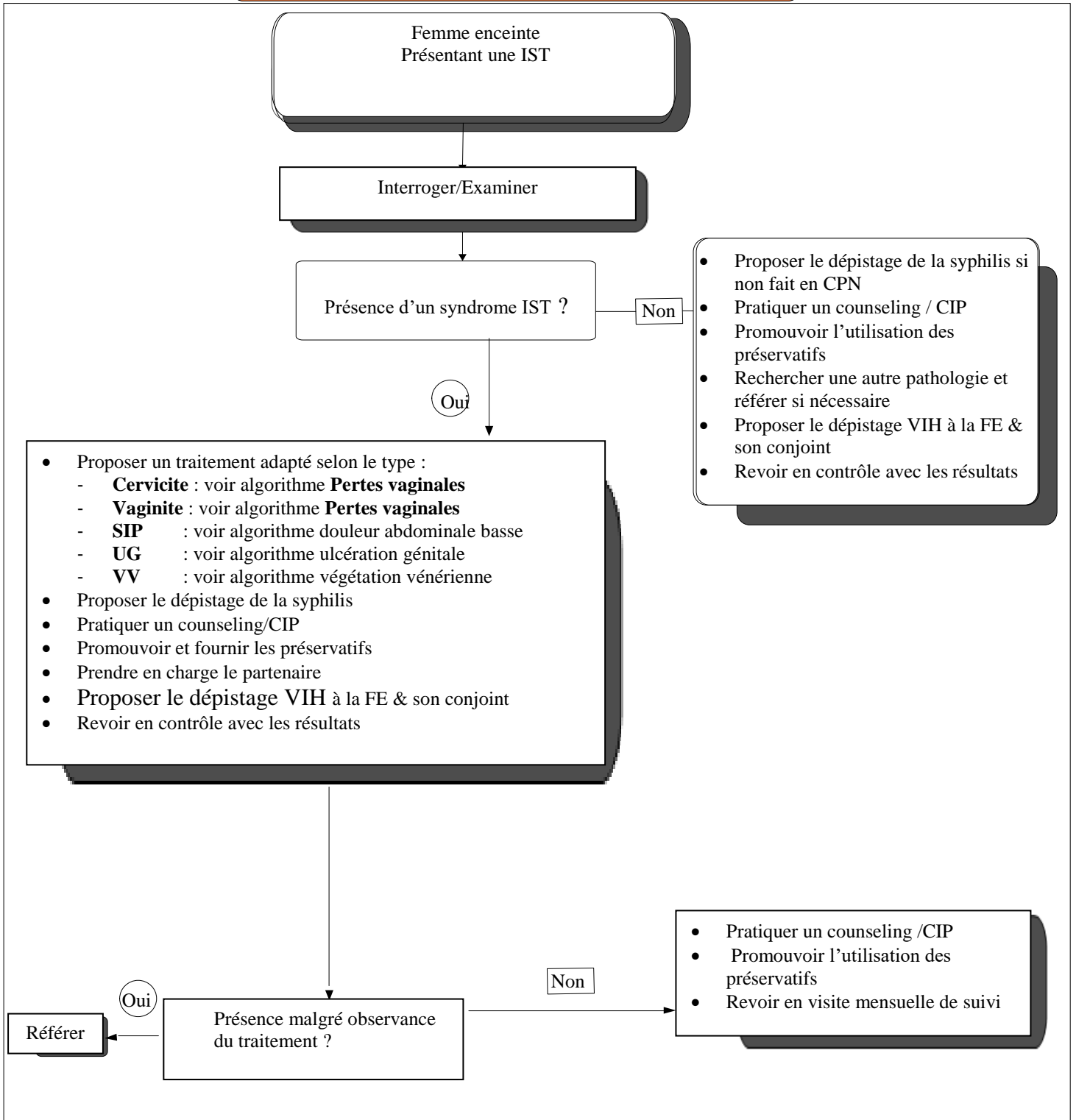
- Pendant les 4 à 5 premiers mois de grossesse, la barrière placentaire est infranchissable ;
- À partir du 5^{ème} mois de grossesse, la contamination devient possible, les tréponèmes vivants passent du placenta vers les vaisseaux ombilicaux puis vers le foie du fœtus.

Le risque de transmission de l'infection de la mère au fœtus est supérieur à 80 % lors de la syphilis précoce maternelle ;

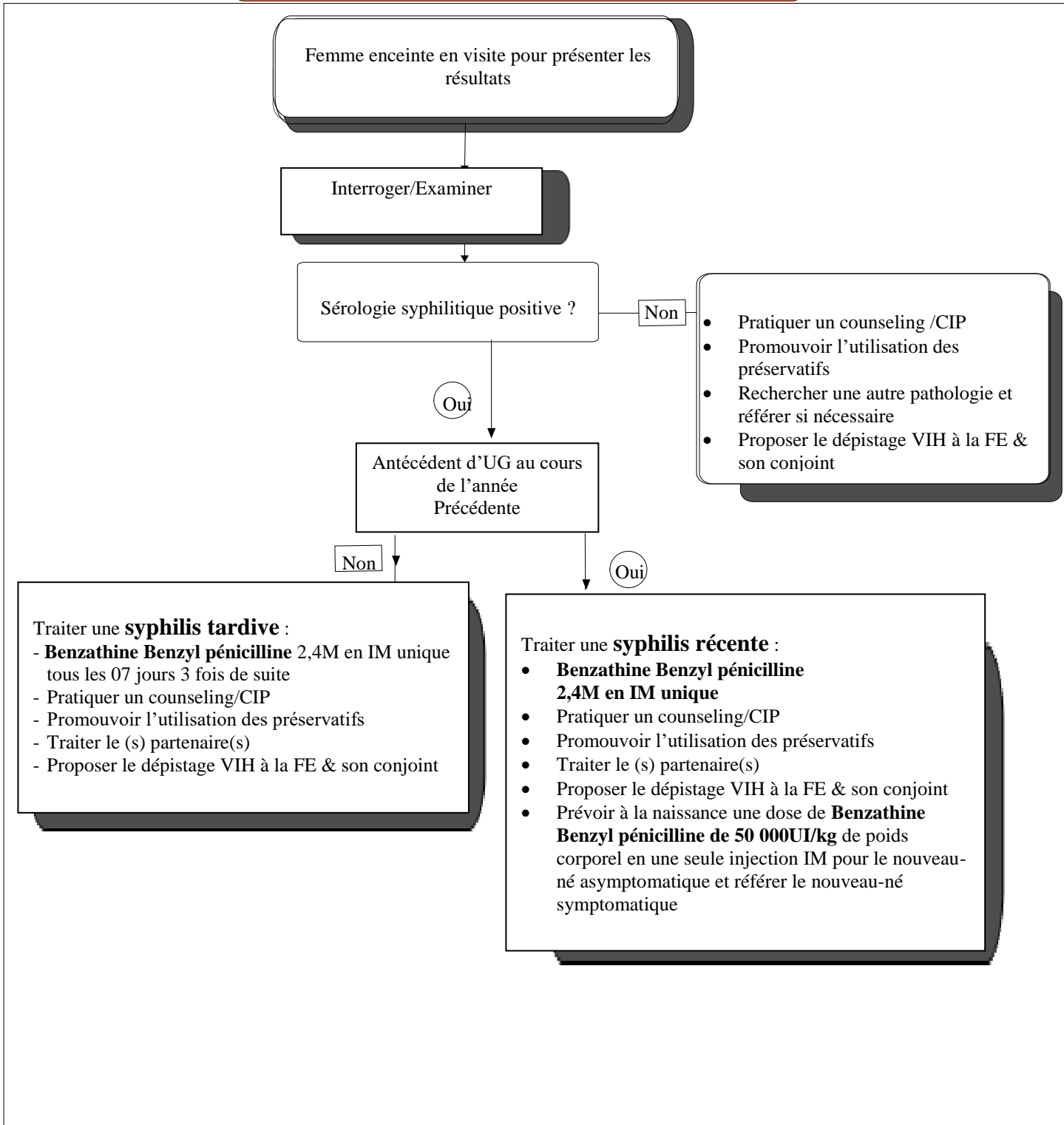
Traitement de la syphilis congénitale

- Administrer 50.000 UI/kg de Benzathine benzyle pénicilline à tout nouveau-né asymptomatique dont la mère est séropositive pour la syphilis.
- Administrer 50.000 UI/kg de pénicilline cristalline aqueuse (pénicilline G) ou de procaïne pénicilline 50 000UI/kg en 2 injections IV ou IM pendant 10 jours à tous les nouveau-nés présentant des signes cliniques de syphilis congénitale.
- En cas d'allergie à la pénicilline, l'agent de santé doit procéder à une désensibilisation et administrer de la pénicilline s'il a appris à le faire ou adresser la patiente à un niveau de soins plus élevé pour la désensibilisation.

ORDINOGRAMME N°13
PEC DES IST CHEZ LA FEMME ENCEINTE
Première visite



ORDINOGRAMME N°13 Bis
PEC DES IST CHEZ LA FEMME ENCEINTE
Visite pour présentation des résultats



3.5. La prise en charge des partenaires

3.5.1. Importance de la prise en charge des partenaires

La prise en charge des partenaires permet d'endiguer la propagation des IST et du VIH / sida.

Elle contribue directement à :

- Interrompre la chaîne de transmission des IST ;
- Prévenir les complications ;
- Détecter et traiter les IST asymptomatiques ;
- Éduquer et conseiller.
- Eviter la réinfection du sujet index.

3.5.2. Annonce ou notification au(x) partenaire(s)

C'est l'ensemble des actions entreprises dans le but d'informer le(s) partenaire(s) sexuel(s) d'un client IST, de le(s) conseiller et de lui(leur) offrir des services adéquats.

a) Principes de l'annonce

L'annonce au partenaire repose sur les principes suivants :

- **Libre choix** : l'annonce doit être volontaire et encouragée mais non contraignante.
- **Confidentialité** : le client ne doit jamais être obligé de révéler des informations concernant son ou ses partenaires. L'identité du ou des partenaires ne doit pas être divulguée à qui que ce soit. En parlant au partenaire le prestataire doit s'astreindre à maintenir la confidentialité.
- **Ne pas nuire** (vie privée, difficulté couple polygame).
- **Accessibilité des soins** : la disponibilité des soins au partenaire doit être aussi complète que possible pour lui assurer les mêmes soins qu'au client.
- **Assurance qualité** (même service que le client ou la cliente) : le partenaire doit bénéficier de la prise en charge pour les mêmes IST que le client initial.

b) Qui traiter ?

Traiter tous les partenaires du (de la) patient(e) indexé(e) durant les 3 derniers mois pour la ou les mêmes IST que le patient et traiter toute nouvelle IST identifiée.

c) Syndromes IST pour lesquels l'annonce doit être faite :

- Ecoulement urétral / anal
- Ulcération génitale / anale
- Ecoulement vaginal (cervicite et/ou vaginite)
- Syndrome inflammatoire pelvien

- Condylomes
- Tuméfaction du scrotum
- Conjonctivite du nouveau-né
- Bubon inguinal

d) Stratégies de l'annonce

Il existe deux façons d'entrer en contact avec le (les) partenaire(s) sexuel(s) d'un client IST :

- L'annonce aux partenaires par le client ;
- L'annonce aux partenaires par le personnel de santé.

➤ L'annonce aux partenaires par le client

C'est l'approche recommandée. Le client est encouragé à informer son ou ses partenaire(s) sexuel(s) d'une infection possible. Le client peut alors :

- Informer personnellement son ou ses partenaire(s) ;
- Accompagner son ou ses partenaire(s) à un établissement de soins ;
- Simplement lui remettre une carte d'identification établie par l'agent de santé (modèle de carte en annexe).

Le prestataire peut aider le client à identifier, comment communiquer avec son ou ses partenaire (s) sexuels afin de le (s) convaincre à se faire traiter (l'idéal est de se rendre dans un service de soins pour se faire traiter ou en cas de force majeur envoyer l'ordonnance au partenaire).

➤ L'annonce aux partenaires par le personnel de santé

Par cette approche le prestataire s'occupe de la recherche et du traitement du ou des partenaire (s). La réussite de cette méthode dépend non seulement de la compétence du prestataire mais aussi de l'aptitude du client à donner des informations correctes et fiables sur son ou ses partenaire (s). La collaboration du client est déterminante dans la réussite de la prise en charge par cette méthode.

Le prestataire doit s'atteler à :

- Expliquer au client pourquoi l'annonce à son ou ses partenaire(s) est importante ;
- Déterminer avec l'aide du client comment communiquer avec son ou ses partenaire (s) (exemple carte d'invitation voir annexes...) ;
- Utiliser des fiches de relance.

3.6. La surveillance épidémiologique des IST

3.6.1. Normes de surveillance épidémiologique des IST

Définition

La surveillance épidémiologique est un processus continu et systématique de collecte, d'analyse, d'interprétation et de diffusion de données sur les maladies en vue de décisions et d'actions à entreprendre.

Les composantes de la surveillance épidémiologique des IST

Les cinq volets de la surveillance épidémiologique des IST nécessaires pour avoir des programmes de lutte efficaces sont les suivants :

- La surveillance syndromique ;
- L'étude de la prévalence ;
- L'étude de l'étiologie des syndromes IST ;
- La surveillance de la résistance aux antibiotiques ;
- Les études spéciales.

Ces composantes constituent des activités importantes pour une lutte efficace contre les IST. Elles offrent un cadre pour la surveillance et peuvent être adaptées en fonction de la situation spécifique de chaque pays.

La surveillance syndromique

a) Définition

C'est un processus de notification des IST diagnostiquées par approche syndromique et enregistrées lors des consultations. Elle n'exige aucun test de laboratoire.

b) Prestataires

- Agents de santé ;
- Les personnels des unités de statistiques et d'épidémiologie.
- Les personnels des unités de prise en charge des IST

c) Niveaux

Tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

d) Syndromes à surveiller

- L'écoulement urétral ;
- Les pertes vaginales (ou écoulement vaginal) ;
- Les douleurs abdominales basses ou syndrome inflammatoire pelvien (SIP) ;
- Les ulcères génitaux ;

- Le gonflement aigü du scrotum (ou tuméfaction du scrotum) ;
- La conjonctivite néo-natale.

e) Matériel

- Registre de consultation ;
- Fiche de notification.
- Rapport du service national d'information et de gestion sanitaires (SNIGS).

f) Périodicité

- Continue toute l'année.

g) Groupes cibles

- Tous les patients présentant une IST et leurs partenaires.

L'étude de prévalence

a) Définition

C'est une étude qui consiste à déterminer la proportion des cas existant d'IST (anciens et nouveaux cas) dans une population à un moment donné.

b) Prestataires

- Agents de santé ;
- Les personnels des unités de statistiques et d'épidémiologie ;
- Biologistes ;
- Techniciens de laboratoire ;
- Les personnels des unités de prise en charge des IST.

c) Niveaux

- Tous les niveaux de la pyramide sanitaire

d) Matériel

- Registre de consultation ;
- Fiche de notification ;
- Protocole d'enquête ;
- Equipement et produits de laboratoires (Normes OMS par niveau) ;
- Rapport du service national d'information et de gestion sanitaires (SNIGS).

e) Périodicité

- Tous les 3 ans.

f) Groupes cibles

- Echantillon représentatif de la population.

Surveillance de l'étiologie des syndromes

a) Définition

C'est une étude qui permet de déterminer les étiologies les plus courantes des syndromes IST.

b) Prestataires

- Médecins ;
- Les personnels des unités de statistiques et d'épidémiologie ;
- Biologistes ;
- Techniciens de laboratoire ;
- Les personnels des unités de prise en charge des IST.

c) Niveaux

- Tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

d) Syndromes à étudier

Ce sont :

- L'écoulement urétral ;
- Les pertes vaginales (ou écoulement vaginal) ;
- Les douleurs abdominales basses ou syndrome inflammatoire pelvien (SIP) ;
- Les ulcères génitaux ;
- Le gonflement aigü du scrotum (ou tuméfaction du scrotum) ;
- La conjonctivite néo-natale.

e) Matériel

- Protocole d'enquête ;
- Equipements et produits de laboratoires (Normes OMS par niveau) ;
- Rapport du service national d'information et de gestion sanitaires (SNIGS).

f) Périodicité

- Tous les 3 ans.

g) Groupes cibles

Tous les patients présentant une IST et leurs partenaires.

Surveillance de la résistance aux antibiotiques

a) Définition

C'est une activité qui permet de déterminer la sensibilité aux antibiotiques des germes les plus courants des syndromes IST.

b) Prestataires

- Médecins ;
- Les personnels des unités de statistiques et d'épidémiologie ;
- Biologistes ;
- Techniciens de laboratoire ;
- Les personnels des unités de prise en charge des IST.

c) Niveaux

- Niveaux de Référence.

d) Les germes à surveiller

- *Nesseiria gonorrhoeae* ;
- *Chlamydia trachomatis* ;
- *Haemophilus Ducreyi* ;
- *Mycoplasma hominis, urealyticum*

e) Matériel

- Protocole d'enquête ;
- Laboratoires (Normes OMS par niveau).

f) Périodicité

Tous les 3 ans.

g) Groupes cibles

Tous les patients présentant une IST et leurs partenaires.

Les études spéciales

Elles se feront selon les priorités du pays :

- Etude des pics ;
- Etude des tendances ;

- Evaluation des algorithmes ;
- Enquête de séroprévalence ;
- Etudes de prévalence dans des populations particulières ;
- Incidence et prévalence des complications ;
- Prévalence des vaginose ;
- Prévalence et étiologies des urétrites persistantes ;
- Etude des facteurs de risques ;
- Etudes des coûts des IST ;
- Surveillance épidémiologique des groupes à risques.

Tableau 10 : Normes sur les composantes de la surveillance épidémiologique des IST

SERVICE/ ACTIVITE	PRESTATAIRES				NIVEAUX			PERIODICITE	GROUPES BENEFICIAIRES
	Biologistes	Personnel des Unités d'épidémiolo gie et Unités de prise en charge des IST	Infirmier /Sage- Femme	Médecin	P	I	R		
Surveillance syndromique	+	+	+	+	+	+	+	Surveillance continue (Toute l'année)	-Tous les patient(e)s Présentant une IST -Les personnes contacts
Etude de prévalence	+	+	+	+	+	+	+	Tous les 3 ans	-Echantillon représentatif de la population

SERVICE/ ACTIVITE	PRESTATAIRES				NIVEAUX			PERIODICITE	GROUPES BENEFICIAIRES
	Biologistes	Personnel des Unités d'épidémiolo gie et Unités de prise en charge des IST	Infirmier /Sage- Femme	Médecin	P	I	R		
Surveillance de l'étiologie des syndromes	+	+	+	+	+	+	+	Tous les 3ans	-Tous les patient(e)s présentant une IST -Les partenaires
Surveillance de la résistance aux antibiotiques	+	+	+	+	+	+	+	Tous les 3 ans	-Tous les patient(e)s présentant une IST -Les partenaires

3.6.2. Procédures de surveillance épidémiologique des IST

Surveillance syndromique des IST

Afin de réaliser une surveillance syndromique il faut :

- La collecte des données ;
- La vérification des données ;
- L'analyse des données par niveau ;
- La transmission des données collectées ;
- L'analyse finale ;
- La rétro-information.
- La diffusion de l'information

a) La collecte des données

La collecte des données se fait de façon systématique et commence dès le diagnostic sur la base de définitions admise des cas.

Dans les structures de premier contact, au cours des consultations de routine chaque prestataire doit :

- Remplir régulièrement et convenablement le registre de consultation ;
- Remplir les formulaires individuels et de synthèse hebdomadaires ;
- Analyser régulièrement les données collectées ;
- Produire un rapport mensuel ;
- Etablir les rapports en double exemplaire (une copie pour le niveau hiérarchique et une copie pour les archives de la structure sanitaire).

Quel que soit le niveau de la pyramide sanitaire, les rapports doivent être établis et transmis au niveau hiérarchique, dans les délais prescrits.

Il est important de garder à jour au niveau de l'établissement de soins, un tableau indiquant le nombre de cas d'IST pour chaque mois.

On doit également se servir de courbes et de diagrammes mis à jour chaque mois.

b) Vérification de la fiabilité des données collectées

A chaque niveau de la pyramide sanitaire, il faut effectuer des supervisions régulières afin de pouvoir assurer la fiabilité des données.

c) L'analyse des données par niveau

Une analyse des données doit se faire à chaque niveau :

- Au niveau de la structure de prestation de soins
- Au niveau de l'unité d'épidémiologie ou de statistiques sanitaires du niveau périphérique
- Au niveau de l'unité d'épidémiologie ou de statistiques sanitaires du niveau intermédiaire.

d) La transmission des données

Après remplissage, la transmission au niveau hiérarchique d'une copie des fiches de notification peut se faire selon les moyens les plus fiables et les plus sûrs : toutes les voies de communication (transports routiers classiques avec, si possible le concours de la communauté), le téléphone, l'internet, etc...

Par mesure de précaution, on peut envoyer le même rapport par deux voies différentes.

e) L'analyse finale

Elle est effectuée par le Service National d'information et de Gestion Sanitaires qui reçoit les données des niveaux périphérique et intermédiaire à travers le DHIS2. Ce service doit s'assurer que toutes les procédures de collecte et de vérification ont été correctement effectuées.

f) La retro-information

Elle peut se faire à l'occasion d'une visite de supervision, ou d'une réunion de coordination.

Chaque niveau de la pyramide doit assurer la rétro-information du niveau inférieur.

g) La diffusion de l'information

Elle se fait à travers :

Le bulletin périodique des statistiques sanitaires nationales

Le bulletin périodique des statistiques sanitaires départementales

Le bulletin périodique des statistiques sanitaires des zones sanitaires

Le bulletin périodique national de surveillance des IST et du VIH

Les bulletins périodiques de l'OMS

Les publications scientifiques

Les sites internet du ministère de la santé.

Surveillance de la prévalence des IST

Pour déterminer la prévalence des IST, on effectue le plus souvent des études sur des populations soumises à un dépistage. On se sert également d'études spécifiquement conçues pour obtenir des données pouvant servir à la planification du programme.

Les différents aspects méthodologiques pour surveiller la prévalence des IST doivent faire l'objet d'un protocole dûment écrit et basé sur des normes bien définies.

Surveillance de la résistance des germes aux antibiotiques

Afin d'adapter les traitements des IST aux médicaments les plus efficaces, une étude de la résistance des germes aux médicaments s'avère nécessaire (surtout pour le gonocoque).

Cette surveillance, pour être menée, nécessite aussi l'utilisation d'un protocole basé sur des normes bien établies.

Evaluation de l'étiologie des syndromes

Il convient d'élaborer des protocoles de laboratoire permettant d'évaluer les étiologies des syndromes.

3.7. Les interventions de soutien des services IST

3.7.1. Gestion des médicaments et des produits de laboratoire

3.7.1.1. Normes de gestion des médicaments et produits de laboratoires

Définition

La gestion des médicaments, des consommables médicaux et des produits de laboratoire est l'ensemble des dispositifs qui régissent l'utilisation de ces produits.

Objectifs

Les objectifs d'une bonne gestion des médicaments et des produits de laboratoire dans la les IST sont :

- D'assurer la disponibilité et l'accessibilité permanente des médicaments essentiels et des produits de laboratoire contre les IST dans les formations sanitaires en fonction des normes.
- Préserver le capital des médicaments et produits de laboratoire de la structure.

Prestataires

Personnel préalablement formé à la gestion des produits pharmaceutiques, des consommables médicaux et des produits de laboratoire.

Niveaux

Tous les niveaux de la pyramide sanitaire dans des locaux adaptés à la bonne conservation des produits pharmaceutiques et de laboratoire.

Outils de gestion

Les outils de gestion des médicaments et des produits de laboratoire sont :

- L'ordonnance ;
- La facture ;
- Le cahier de recette journalière et de versement ;
- Le carnet de reçu ;
- La fiche de gestion de stock ;
- La fiche de suivi de stock ;
- Le registre d'inventaire ;
- Le bon de commande ;
- Les outils de gestion informatique.

Objet

- Médicaments contre les IST ;
- Consommables nécessaires à leur administration ;
- Réactifs de laboratoire.

Tableau 11 : Normes de gestion des médicaments et des produits de laboratoire

ACTIVITES	PRESTATAIRES				NIVEAUX			MATERIEL/OUTIL
	Agents de Santé	Pharmacien Biologiste	Administrateur	Gestionnaire	P	I	R	
Choix des Médicaments	+	+	-	-	+	+	+	-Liste des médicaments essentiels
Quantification	+	+	+	+	+	+	+	-Fiches de notification -Rapport d'activités.
Approvisionnement	+	+	+	+	+	+	+	-Bon de commande
Réception de la commande	+	+	+	+	+	+	+	-Bordereau de livraison -Facture
Stockage	+	+	+	+	+	+	+	-Fiches de stocks -Cahier de recettes -Journalières de versement
Distribution	+	+	+	+	+	+	+	-Ordonnance -Client IST -Formation sanitaire de tous les niveaux

Légende :

(+) : Disponible à ce niveau de la pyramide

(-) Non disponible à ce niveau de la pyramide

3.7.1.2. Procédures de gestion des médicaments et produits de laboratoires

La commande

- Remplir le bon de commande selon la périodicité déterminée ;
- Ne commander que les produits dont les quantités en stock sur les fiches de stock sont inférieures ou égales au seuil d'alerte calculé ;
- Garder un double du bon de commande et l'archiver.

La réception de la livraison

- Vérifier que tous les colis mentionnés sur le bon de colisage ont été livrés ;
- Ranger tous les colis à l'abri de la chaleur, de la pluie et du vol ;
- Ouvrir les colis ;
- Regrouper et compter les produits reçus avec le double de votre bon de commande ;
- Comparer les quantités et/ou les qualités des produits livrés avec le bon de livraison ou la facture ;
- Vérifier les dates de péremption des produits réceptionnés ainsi que l'intégrité des flacons et autres produits cassables ;
- Inscrire en entrée sur les fiches de stock les quantités reçues ainsi que le numéro du bon de livraison ;
- Ranger les produits sur les rayonnages en tenant compte de la date de péremption des produits reçus et des produits déjà en stock ;
- Inscrire la valeur du stock réceptionné ;
- Archiver de manière chronologique les pièces justificatives des entrées.

Vente des produits aux patients

- Céder les médicaments sur présentation d'une ordonnance rédigée en double par un prescripteur agréé de la formation sanitaire ;
- Inscrire devant chaque produit prescrit son prix de cession par la pharmacie du centre ;
- Servir en quantité et en qualité les produits prescrits ;
- Encaisser l'argent correspondant ;
- Garder un double de l'ordonnance portant les prix de cession ;
- Enregistrer sur une fiche de pointage les produits délivrés ou les inscrire directement en sortie sur les fiches de stock selon l'organisation interne de la pharmacie ;
- Quotidiennement :

- Mettre à jour les fiches de stock en inscrivant en sortie les volumes délivrés de chaque produit et mentionner la destination « vente au patient » ;
- Rassembler les doubles des ordonnances servies et les archiver.

NB : Ces produits sont cédés gratuitement aux populations clés dans les services adaptés en fonction de la disponibilité des stocks du PSLS.

Sorties pour péremption ou avarie

- Sortir les produits des étagères, inscrire les sorties sur les fiches de stock correspondantes et mentionner dans la colonne « observation » la mention « péremption /avarie » ;
- Entreposer les produits périmés et cassés dans une caisse spéciale ou les entreposer sur un rayonnage réservé à cet effet ;
- Enregistrer ces produits dans un cahier « péremption /avarie » ;
- Préparer périodiquement un état de sortie définitive du stock ;
- Remettre les produits périmés et cassés à la personne en charge de leur destruction contre le procès-verbal (PV) dûment signé ;
- Inscrire le numéro et la date du PV de sortie définitive dans la colonne « observation » correspondant aux fiches de stock des produits concernés.

Inventaire

- Réaliser périodiquement au moins deux fois par an un inventaire ;
- Valoriser le stock à partir du résultat de l'inventaire ;
- Etablir le bilan financier de la pharmacie.

Prévention des ruptures de stock

- Procéder à une commande dès que le seuil d'alerte est atteint ;

Le seuil d'alerte est le niveau de stock à partir duquel il est nécessaire de déclencher une commande pour éviter une rupture. Il est également appelé stock critique ou stock d'alarme.

Mode de calcul

Le seuil d'alerte qui indique au gestionnaire le moment du déclenchement de la commande, se calcule sur la base de la consommation moyenne mensuelle

$$\boxed{SA = SS (IC \times CMM) + (DL \times CMM)}$$

SA = seuil d'alerte

SS = seuil de sécurité = CMM x DL/2

CMM = consommation moyenne mensuelle = sortie sur 1 an/ 12

DL = délai de livraison exprimé en mois

IC = intervalle de commande en mois

- Prévenir le responsable de l'établissement et les prescripteurs de toute rupture de stock.

3.7.2. Gestion des préservatifs et gels lubrifiants

3.7.2.1. Normes de gestion des préservatifs et gels lubrifiants

Définition

La gestion des préservatifs comprend l'estimation des besoins, l'approvisionnement, le stockage et la distribution.

Elle est indissociable de la gestion des médicaments anti-IST et doit faire partie de la prise en charge des cas d'IST et respecter les normes.

Objectifs

- Assurer la disponibilité constante de préservatifs de qualité ;
- Observer les procédures d'assurance-qualité.

Prestataires

- Gestionnaires des programmes ;
- Superviseurs formés à la gestion des préservatifs ;
- Agents de santé communautaires formés.
- ONG formées
- Officines

Niveau

- Central ;
- Intermédiaire ;
- Périphérique.

Locaux et matériels

Les locaux sont les mêmes que ceux destinés à la gestion des médicaments.

Tableau 12 : Normes de gestion des préservatifs

ACTIVITES	PRESTATAIRES				NIVEAUX				MATERIEL
	Agents de santé communautaire	Agents de Santé	Pharmacien Biologiste	Administrateur Gestionnaire	P		I	R	
					Co	Autres			
Elaboration des besoins	+	+	+	+	+	+	+	+	Fiches de notification Rapport d'activités de formation sanitaire
Choix des préservatifs	+	+	+	+	+	+	+	+	Normes de qualité
Approvisionnement en préservatifs	-	+	+	+	-	+	+	+	Bon de commande
Réception de la commande	-	+	+	+	-	+	+	+	Bordereau de livraison

Stockage	+	+	+	+	+	+	+	+	Fiches de stocks Cahier de versement des recettes journalières de versement
Distribution	+	+	+	+	+	+	+	+	Cahier de versement des recettes journalières de versement

Autres : Structures sanitaires du niveau périphérique.

3.7.2.2. Procédures de gestion des préservatifs et gels lubrifiants

Estimation des besoins

C'est la prévision chiffrée de la consommation des préservatifs.

Choix

Les préservatifs choisis seront ceux homologués par les autorités sanitaires nationales.

Approvisionnement

Il consiste à se procurer des préservatifs conformément aux procédures nationales.

Plusieurs options sont préconisées :

- **Approvisionnement au niveau national**

Les pharmacies, en coopération avec les départements financiers nationaux, achètent les préservatifs en même temps que les médicaments selon les procédures d'approvisionnement établies par la politique nationale du médicament.

- **Approvisionnement auprès des agences**

Il consiste d'une part :

- A l'achat à faible tarif des préservatifs auprès des organisations internationales à but non lucratif ;
- D'autre part à des dons par ces organismes.

- **Approvisionnement commun des préservatifs**

C'est une option politique qui met en commun les pays qui le désirent.

Dans le cadre d'approvisionnement en commun établi par plusieurs pays, les achats sont effectués en gros, les frais d'acheminement sont partagés entre les pays en vue de diminuer les coûts opérationnels et de faire baisser les prix.

- **Réception de la commande**

Elle répond aux mêmes procédures que la réception des médicaments.

Stockage

C'est la conservation des préservatifs dans un local en attente d'une distribution ultérieure.

Les conditions de stockage des préservatifs sont très importantes car la qualité du préservatif se dégrade au cours du temps. Les préservatifs doivent être stockés à l'abri de la chaleur et du froid excessif, de la lumière ultraviolette, de l'humidité, des rongeurs, des pesticides.

Même si les préservatifs semblent être dans un bon état, les responsables d'approvisionnement avisés restent à l'écoute des retours d'information de la part des utilisateurs.

La multiplication des plaintes sur la qualité des préservatifs nécessitera ainsi le remplacement des stocks restants par une nouvelle commande ainsi que le déclenchement d'une procédure de contrôle de qualité.

Le latex se dégradant au cours du temps, il est important que les préservatifs portant la date de fabrication antérieure soient les premiers à être distribués.

Les programmes ne doivent en aucun cas distribuer les préservatifs datant de plus de 5 ans. Ceux-ci doivent être renvoyés au magasin central de fournitures médicales et détruits de manière appropriée.

Contrôle de qualité

Les normes nationales concernant la qualité des condoms précisent les paramètres physiques et prescrivent le genre d'épreuves servant à mesurer ces paramètres. En règle générale, les normes exigent :

- Une inspection visuelle afin de détecter les défauts de conditionnement ;
- La mesure de la longueur, de la largeur, de l'épaisseur et/ou de la masse ;
- Une épreuve visant à déceler les perforations ;
- Une épreuve de résistance.

Distribution

Le système de distribution associe en plus des agents de santé, les agents communautaires.

3.7.3. Formation

3.7.3.1. Normes de formation

Définition

La formation à la prise en charge des IST est le processus destiné à transmettre des connaissances et des compétences requises pour une prise en charge efficace des IST.

Objectifs de la formation

Objectif général

Renforcer les connaissances et les compétences des agents de santé et les agents communautaires pour assurer la prévention et la prise en charge adéquate des IST.

Objectifs spécifiques

Il s'agit d'amener la personne formée à :

- Connaître l'importance et l'ampleur des IST dans le monde, en Afrique, et au niveau national ;
- Assurer la prise en charge des IST selon l'approche syndromique ;
- Pratiquer convenablement les tests de dépistage des IST ;
- Offrir des services d'information, d'éducation et de conseil aux communautés, aux patients présentant des IST ainsi qu'aux groupes vulnérables en vue d'un changement de comportement, y compris l'utilisation des préservatifs ;
- Assurer l'enregistrement et la notification des cas d'IST.
-

Activités et services

Les types de formations nécessaires sont :

- La formation clinique ;
- La formation biologique ;
- La formation en supervision ;
- La formation en suivi/évaluation,
- La formation en IEC, CCC ;
- La formation en prévention des infections ;
- La formation en gestion des intrants.

La formation clinique :

a) Définition

C'est l'amélioration des connaissances et le renforcement des compétences et attitudes des prestataires à la prise en charge des IST.

b) Prestataires (formateurs)

- Responsables du PSLS ;

- Responsables départementaux de la santé ;
- Médecins-chefs de zones sanitaires ;
- IDE ou SFE
- Personnes ressources ;
- Consultants.

c) Niveaux

- Tous les niveaux.

d) Matériel nécessaire

- Locaux adaptés ;
- Manuels de référence ;
- Matériel didactique ;
- Equipements adaptés (vidéoprojecteur, écran, flip chart, marqueurs etc)

e) Groupes cibles

- Prestataires des services IST publics et privés à tous les niveaux (Médecins, Infirmiers et Sages-femmes)
- Gestionnaires de programmes
- Superviseurs.

La formation en biologie

a) Définition

C'est le renforcement des compétences pour le dépistage et le diagnostic biologique des IST.

b) Prestataires (formateurs)

- Biotechnologistes du niveau de référence ;
- Biotechnologistes du niveau intermédiaire ;
- Enseignants Biologistes des institutions universitaires ;
- Biotechnologistes des laboratoires.

c) Niveaux

- Niveau de référence ;
- Niveau intermédiaire ;

- Niveau Périphérique (Hôpitaux de zone).

d) Matériel nécessaire

- Locaux adaptés ;
- Manuels de référence ;
- Matériel didactique ;
- Equipements et produits de laboratoires (cf Normes OMS par niveau) ;
- Equipements adaptés (vidéoprojecteurs, écran, flip chart, marqueurs etc.)

e) Groupes cibles

- Biotechnologistes ;
- Médecins biologistes ;
- Pharmaciens biologistes.

La formation en supervision

a) Définition

La formation à la supervision consiste à développer les compétences des acteurs du système sanitaires afin de les rendre capable d'instaurer la supervision à l'interne et à l'externe pour améliorer les performances de la formation sanitaire.

A la fin de la formation le participant sera capable de :

- Mener une supervision interne et externe ;
- Organiser le travail en équipe ;
- Travailler à la résolution des problèmes en équipe.

b) Formateurs

Les personnes formées à l'approche axée sur les compétences et ayant l'expérience dans la supervision aussi bien interne qu'externe.

c) Niveaux

Tous les niveaux.

d) Matériel nécessaire

- Manuels de référence ;
- Documents nationaux de référence ;

- Documents de normes et procédures ;
- Equipements adaptés (vidéoprojecteurs, écran, flip chart, marqueurs etc...)

e) Groupes cibles

- Gestionnaires de programme ;
- Agents de santé des structures offrant des services IST ;
- Gestionnaires de pharmacie ;
- Responsables de laboratoire ;
- Agents communautaires.

La formation en suivi / évaluation :

a) Définition

La formation en suivi/ évaluation consiste à renforcer les compétences des prestataires pour :

- Décider des activités à suivre et à évaluer,
- Planifier le suivi et l'évaluation,
- Assurer le suivi des activités du programme,
- Evaluer le programme.

b) Prestataires (formateurs)

- Consultants (experts nationaux en suivi/évaluation, agences internationales) ;
- Gestionnaires de programmes ;
- Superviseurs ;
- Médecins-chefs de zones sanitaires ;
- Responsables départementaux de la santé ;
- Gestionnaires de pharmacie ;
- Responsables de laboratoire.

c) Niveaux

Tous les niveaux.

d) Matériel nécessaire

- Documents nationaux de référence ;
- Documents de normes et procédures ;
- Equipements adaptés (vidéoprojecteurs, écran, flip chart, marqueurs etc)

e) Groupes cibles

- Gestionnaires de programmes ;
- Travailleurs sociaux ;
- Prestataires de services IST ;
- Membres d'ONG/Association ;
- Techniciens de laboratoire/Biotechnologistes

La formation en Communication pour le Changement de Comportement (CCC) :

a) Définition

C'est l'amélioration des connaissances et le renforcement des compétences des prestataires en communication pour le changement de comportement.

b) Objectifs

- Promouvoir les comportements qui réduisent le risque de transmission des IST ;
- Promouvoir le recours aux soins notamment auprès des groupes les plus vulnérables.

c) Prestataires (formateurs)

- Experts en CCC.

d) Niveaux

- Tous les niveaux.

e) Matériel

- Matériel de référence en CCC.
- Equipements adaptés (vidéoprojecteurs, écran, flip chart, marqueurs etc)

f) Groupes cibles

- Agents de santé ;
- Travailleurs sociaux ;
- Agents communautaires ;
- Leaders d'opinions ;
- Communicateurs.

La formation en Prévention des infections :

a) Définition

C'est l'amélioration des connaissances et le renforcement des compétences des prestataires en prévention des infections

b) Objectifs

- Minimiser le risque de transmettre des maladies, non seulement aux clients mais aussi aux prestataires de services et au personnel, y compris le personnel de nettoyage et d'entretien ;
- Protéger l'environnement ;

c) Prestataires (formateur)

- Experts en prévention des infections.

d) Niveaux

- Tous les niveaux.

e) Matériel nécessaire

- Matériel de référence en prévention des infections.
- Equipements adaptés (vidéoprojecteurs, écran, flip chart, marqueurs etc...)

f) Groupes cibles

- Agents de santé ;
- Personnel de soutien

La formation en gestion des intrants :

a) Définition

La formation en gestion des intrants consiste à renforcer les compétences des prestataires pour assurer une bonne gestion des médicaments, des consommables, des produits de laboratoire et des préservatifs :

b) Prestataires (formateurs)

- Consultants (experts gestion) ;

- Gestionnaires de programmes ;
- Superviseurs ;
- Médecins-chefs de zones sanitaires ;
- Responsables départementaux de la santé ;
- Gestionnaires de pharmacie ;
- Responsables de laboratoire.

c) Niveaux

Tous les niveaux.

d) Matériel nécessaire

- Documents nationaux de référence ;
- Documents de normes et procédures ;
- Equipements adaptés (vidéoprojecteurs, écran, flip chart, marqueurs etc).

e) Groupes cibles

- Gestionnaires de programmes ;
- Travailleurs sociaux ;
- Prestataires de services IST ;
- Membres d'ONG/Associations ;
- Techniciens de laboratoire ;
- Agents communautaires.

Tableau 13 : Normes de formation

ACTIVITES	PRESTATAIRES			NIVEAUX				MATERIEL	GROUPES CIBLES
	<i>Enseignants universitaires</i> <i>Consultants</i>	<i>Gestionnaires de programme</i> <i>Personnels de niveaux de références</i>	<i>Personnels des niveaux intermédiaires</i>	<i>P</i>		<i>I</i>	<i>R</i>		
				Co	<i>Autres</i>				
Formation en clinique	+	+	+	-	+	+	+	-Locaux adaptés ; -Manuels de référence ; -Matériel didactique ; -Equipements adaptés.	-Prestataires des services IST publics et privés à tous les niveaux -Gestionnaires de programmes -Superviseurs.

Formation en biologie	+	+	+	-	+	+	+	<ul style="list-style-type: none"> -Locaux adaptés ; -Manuels de référence ; -Matériel didactique ; -Equipements et produits de laboratoires (Normes OMS par niveau) ; -Equipements adaptés. 	<ul style="list-style-type: none"> -Techniciens de laboratoire ; -Médecins biologistes ; -Pharmaciens biologistes.
Formation en supervision	+	+	+	+	+	+	+	<ul style="list-style-type: none"> -Manuels de référence ; -Documents nationaux de référence ; -Documents de normes et procédures ; 	<ul style="list-style-type: none"> -Gestionnaires de programme ; -Agents de santé des structures offrant des services IST ; -Gestionnaires de pharmacie ; -Responsables de laboratoire ; -Agents communautaires.

Formations en suivi/évaluation	+	+	+	-	+	+	+	-Equipements adaptés.	-Gestionnaires de programmes ; -Travailleurs sociaux ; -Prestataires de services IST ; -Membres d'ONG/Association ; -Techniciens de laboratoire
Formation en CCC	+	+	+	+	+	+	+	-Matériels de référence en CCC ; -Equipements adaptés.	-Agents de santé ; -Travailleurs sociaux ; -Agents communautaires ; -Leaders d'opinions ; -Communicateurs.
Formation en prévention des infections	+	+	+	-	+	+	+	-Matériel de référence en prévention des infections ; -Equipements adaptés.	-Agents de santé - Personnel de soutien

Formation en gestion des intrants	+	+	+	+	+	+	+	-Documents nationaux de référence ; -Documents de normes et procédures ; - Equipements adaptés.	-Gestionnaires de programmes ; -Travailleurs sociaux ; -Prestataires de services IST ; -Membres d'ONG/Associations ; -Techniciens de laboratoire ; -Agents communautaires.
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---

3.7.3.2. Procédures de formation

a) Activités préparatoires de la formation

- Evaluer les besoins en formation ;
- Définir les objectifs de la formation ;
- Choisir les méthodes et techniques de la formation ;
- Identifier les personnes à former ;
- Identifier les facilitateurs et les formateurs ;
- Déterminer les ressources nécessaires ;
- Elaborer un calendrier de formation ;
- Informer les participants et s'assurer de leur disponibilité ;
- Choisir le lieu de la formation ;
- Tenir une réunion avec les facilitateurs et les formateurs.

b) Déroulement de formation

- Accueillir les participants ;
- Définir les normes de travail ;
- Recueillir les attentes des participants par rapport à la formation ;
- Pré-test ;
- Informer les participants sur les dispositions administratives ;
- Administrer la formation selon les indications des documents de référence ;
- Post test ;
- Evaluer la formation.

c) Activités post formation

- Rédiger un rapport de formation ;
- Diffuser le rapport de formation ;
- Elaborer et mettre en œuvre un plan de suivi post formation.

3.7.4. La prévention des infections

3.7.4.1. Normes de prévention des infections

Définition

La prévention des infections est l'ensemble des mesures prises pour empêcher tout contact entre l'hôte et les micro-organismes.

Objectifs de la prévention des infections

- Minimiser le risque de transmettre des maladies, non seulement aux clients mais aussi aux prestataires de services et au personnel, y compris le personnel de nettoyage et d'entretien ;
- Protéger l'environnement.

Les activités

Les pratiques pour réduire le risque de transmission de maladies IST entre le client et le personnel sont :

- Le lavage des mains ;
- Le port de barrières ;
- Le traitement des instruments ;
- L'élimination des déchets.

Le lavage des mains

a) Définition

Le lavage des mains est un acte visant à diminuer le nombre de micro-organismes causant les maladies.

b) Quand se laver les mains ?

- Avant et après avoir examiné un client (contact direct) ;
- Après avoir retiré les gants car ceux-ci peuvent avoir des trous ;
- Après toute exposition à du sang ou à des liquides organiques (sécrétions ou excréments), même si l'on a porté des gants.

c) Où se laver les mains ?

- Dans toutes les formations sanitaires y compris la communauté.

d) Qui devra se laver les mains ?

- Tout le personnel ;
- Toute personne exposée à un risque d'infection.

NB : Le lavage des mains est l'une des procédures les plus importantes de prévention des infections.

Port de barrières

a) Type de barrières

La barrière la plus utilisée dans la prévention des IST est le port des gants.

• Les gants

Quand faut-il porter des gants ?

Tout le personnel devrait porter des gants :

- Avant d'entrer en contact avec le sang ou les liquides organiques d'un client ;
- Avant le traitement des instruments ou du matériel souillé ;
- Pour réaliser une procédure dans la clinique ou dans le bloc opératoire ;
- Pour manipuler des instruments, des gants et d'autres objets souillés ;
- Pour évacuer les déchets contaminés (carton, compresses ou pansement).

Où porter des gants ?

- Dans toutes les formations sanitaires ;
- Dans la communauté (en cas de manipulation de sang ou de sérosités).

Qui doit porter des gants ?

- Tout le personnel ;
- Toute personne exposée à un risque d'infection.

Traitement des instruments et autres objets pour protéger les clients et le personnel

- Décontamination ;
- Nettoyage ;
- Désinfection de haut niveau (DHN) ;
- Stérilisation.

a) La décontamination

Principes :

- Inactive le virus de l'hépatite B et le VIH ;
- Rend les instruments moins dangereux à manipuler.

Quand ?

- Après utilisation et avant le nettoyage des instruments et du matériel.

Où ?

- Dans toutes les structures.

Qui ?

- Tout le personnel.

b) Le nettoyage

Principes :

Enlève les matières organiques qui :

- Protègent les micro-organismes contre la stérilisation et la DHN ;
- Peuvent inactiver les désinfectants ;
- Doit être fait pour que la stérilisation et la DHN soient efficaces ;
- Méthode pour réduire mécaniquement le nombre d'endospores.

Quand ?

- Après la décontamination des instruments.

Où ?

- Toutes les structures de la pyramide sanitaire.

Qui ?

- Tout le personnel.

c) La désinfection de haut niveau

Principes :

- Détruit tous les micro-organismes y compris le virus de l'hépatite B et le VIH ;
- Ne tue pas efficacement toutes les endospores bactériennes ;
- La seule alternative acceptable lorsque l'équipement de stérilisation n'est pas disponible.

Types ?

- DHN par ébullition ;
- DHN par vapeur ;
- DHN chimique.

Quand ?

- Après le nettoyage avant l'utilisation.

Où ?

- Dans toutes les structures de la pyramide sanitaire.

Qui ?

- Tout le personnel formé.

d) La stérilisation

Types :

- A la vapeur (autoclave), au produit chimique, par la chaleur sèche (Poupinel).

Principes

- Détruit tous les micro-organismes y compris les endospores ;
- Utilisée pour les instruments et autres articles venant en contact direct avec la voie sanguine ou les tissus sous-cutanés.

Quand ?

- Après le nettoyage et avant l'utilisation.

Où ?

- Dans toutes les structures de la pyramide.

Qui ?

Tout le personnel formé.

L'élimination des déchets

Objectifs

- Evite la transmission des infections au personnel qui manipule les déchets ;
- Evite la transmission des infections à la communauté locale ;
- Protège ceux qui manipulent les déchets des blessures accidentelles.

Types :

- L'incinération ;
- L'enfouissement.

Quand ?

- Après les prestations et le tri.

Où ?

- Dans toutes les structures de la pyramide.

Qui ?

- Tout le personnel formé.

Tableau 14 : Normes de prévention des infections

ACTIVITES	QUI ?	Où ?	QUAND ?	AVEC QUOI ?
Lavage des mains	Tout le personnel Toute personne exposée à un risque d'infection	Dans toutes les formations sanitaires et dans la communauté	Avant et après avoir examiné un client Après toute exposition à du sang ou à des liquides organiques	-Savonnette -Eau courante -Solution à alcool glycéринé
Port de barrières : - Gants - Tenue appropriée	- Tout le personnel - Toute personne exposée à un risque d'infection	-Dans toutes les formations -Dans la communauté (en cas de manipulation de sang ou de sérosité)	Avant tout contact avec le sang ou les liquides organiques	-Gants stériles -Gants DHN
Traitement du Matériel : ➤ Décontamination ➤ Nettoyage, Rinçage et séchage	Tout personnel formé Tout personnel formé	Dans toutes les structures Dans toutes les structures	Après utilisation et avant le nettoyage des instruments et du matériel Après la décontamination des instruments	-Solution chlorée à 0,5% -Eau, détergents -Brosse à dent

3.7.4.2. Procédures de prévention des infections

Le lavage des mains

- Utiliser une savonnette et de l'eau courante (ou bouilloire, cruche et robinet) ;
- Sécher à l'air ou à l'aide d'une serviette propre ;
- Laver les mains pendant 15 à 30 secondes suffit dans la plupart du temps ;
- Ne jamais se laver les mains dans un bassin d'eau utilisé par d'autres personnes ;
- Utiliser une solution à alcool glycinée entre deux clients.

Formule : (ajouter 2 ml de glycérine à 100 ml d'une solution d'alcool à 60 ou 80°)

Le port de barrières

Tableau 15 : Utilisation des gants pour les interventions médicales et chirurgicales

INTERVENTION	PORT DE GANTS NECESSAIRE	GANTS DESINFECTES A HAUT NIVEAU	GANTS STERILES
Prendre la tension artérielle	Non		
Prendre la température	Non		
Faire une injection	Non		
Examen gynécologique	Oui	Oui	Non
Contact avec des sécrétions vaginales	Oui	Oui	Non

Le traitement des instruments et autres objets pour protéger les clients et le personnel

a) La décontamination

- Placer les instruments et les gants réutilisables dans une solution chlorée à 0,5% après utilisation.
- Laisser tremper pendant 10 mn et rincer immédiatement.

- Essuyer les surfaces (tables d'examen et autres surfaces souillées) avec une solution chlorée.

Instructions pour préparer des solutions chlorées diluées

$$\text{Nombre de part d'eau} = \frac{\% \text{ concentration usine}}{\% \text{ souhaitée}} - 1$$

1° de chlore = 0,3%

12° de chlore = 0,3% X 12° = 3,6%

b) Le nettoyage

- Laver avec de l'eau et du détergent ;
- Frotter les instruments avec une brosse jusqu'à ce qu'ils soient visiblement propres ;
- Rincer soigneusement avec l'eau propre ;
- Sécher le matériel.

c) La désinfection de haut niveau

La désinfection de haut niveau par ébullition (A faire dans les cas extrêmes)

- Faire bouillir les instruments et autres articles immergés pendant 20 minutes dans un récipient à couvercle ;
- Commencer à chronométrer lorsque l'eau entre en ébullition ;
- Ne rien ajouter dans la marmite après avoir commencé le chronométrage ;
- Laisser sécher dans 1 récipient désinfecté à haut niveau avant utilisation ou emmagasinage.

La désinfection de haut niveau par la vapeur

- Passer les instruments, gants et autres articles à la vapeur pendant 20 minutes ;
- Etre certain qu'il y a assez d'eau au fond de la marmite pour la durée du cycle entier de stérilisation à la vapeur ;
- Porter l'eau à ébullition ;
- Commencer à chronométrer lorsque la vapeur commence à sortir du dessous du couvercle ;
- Ne rien ajouter à la marmite après que le chronométrage a commencé ;

- Laisser sécher à l'air et emmagasiner dans la marmite à vapeur couverte.

La désinfection chimique de haut niveau

- Couvrir tous les articles complètement avec un désinfectant.
- Laisser tremper pendant 20 minutes.
- Rincer avec l'eau bouillie.
- Laisser sécher à l'air avant l'utilisation et l'emmagasinage.

Préparation d'un récipient désinfecté à haut niveau

- Faire bouillir le récipient s'il est petit ou le remplir d'une solution chlorée à 0,5% pendant 20 minutes ;
- Verser la solution (la solution chlorée peut alors être transférée dans un récipient plastique et réutilisé) ;
- Rincer minutieusement avec de l'eau bouillie ;
- Laisser sécher à l'air et utiliser pour l'emmagasinage des articles DHN.

d) La stérilisation

La stérilisation à la vapeur (autoclave)

- Pression à 121° C (250° F) ; 106 Kpa (15 lbs fin²) : 20 minutes pour les articles non enveloppés, 30 minutes pour les articles enveloppés ;
- Laisser sécher tous les articles avant de les retirer.

La stérilisation à la chaleur sèche (Poupinel et four) :

- 170 ° C (340° F) pendant 1 heure, ou 160° C (320°F) pendant 2 heures.

La stérilisation chimique

- Tremper les articles dans du glutaraldéhyde pendant 8 à 10 heures ou du formaldéhyde pendant 24 heures ;
- Rincer avec l'eau stérile (eau DHN).

e) L'élimination des déchets

- Instructions : Tout prestataire doit trier les objets souillés tout au long de l'acte. Si le triage n'est pas fait, porter des gants de ménage et trier les déchets :
- Pour les objets tranchants utiliser une pince ;
- Placer les objets tranchants après décontamination dans une boîte à tranchants (avec un couvercle) ;
- Placer les déchets organiques solides ou liquides dans un récipient étanche ;
- Eliminer les déchets en les incinérant ou en les enterrant.

3.7.5. La recherche fondamentale et opérationnelle

3.7.5.1. Normes de recherche

Définition

La recherche opérationnelle en IST est un outil de résolution des problèmes utilisé pour améliorer l'accessibilité, la disponibilité et la qualité des services IST. Cette recherche se concentre à la fois sur les politiques et sur les opérations quotidiennes des programmes IST.

Objectifs

La recherche opérationnelle en IST est un instrument essentiel d'aide à l'orientation des interventions en matière de lutte contre les IST.

Priorités de recherche

Les recherches et études en matière d'IST doivent s'inscrire dans le cadre des priorités nationales de recherche établies en fonction des problèmes prioritaires concernant la lutte contre les IST et le VIH/SIDA.

Profil du chercheur

En matière de recherche opérationnelle, on peut considérer comme chercheur toute personne qui en a la compétence et qui dans l'exercice de ses fonctions organise et/ou participe aux activités de recherche. La recherche doit se faire en équipe pluridisciplinaire et doit impliquer les principaux acteurs : décideurs, chercheurs, prestataires et communautés.

Ethique

Tout projet de recherche en IST doit comporter un volet éthique et être soumis à un comité d'éthique de la recherche ou à tout autre structure compétente équivalente.

Diffusion et utilisation des résultats

Le ministère chargé de la santé ou le ministère chargé de la recherche ainsi que les institutions universitaires assureront une large diffusion des travaux d'intérêt particulier.

La diffusion des résultats dans les journaux spécialisés ou à tout forum sera soumise à autorisation préalable des institutions de tutelle.

Les résultats de recherche seront utilisés pour améliorer les programmes de lutte contre les IST.

Tableau 16 : Normes de recherche opérationnelle

ACTIVITES	PRESTATAIRES					NIVEAUX			CIBLES
	<i>Agents de santé</i>	<i>Agents sociaux</i>	<i>Etudiants</i>	<i>Universitaires</i>	<i>Autres Chercheurs</i>	<i>P</i>	<i>I</i>	R	
Recherches opérationnelles	+	+	+	+	+	+	+	+	- Institutions - Services - Communauté

3.7.5.2. Procédures de recherche

Préparation de la recherche

Définir d'emblée les objectifs de l'étude projetée en s'assurant de leur pertinence par une analyse approfondie des publications et travaux antérieurs.

Protocole de recherche

Il doit être rédigé par les chercheurs et approuvé par le Comité d'Ethique national ou l'institution équivalente. Le protocole de recherche a pour corollaire la rédaction de fiches individuelles d'enquêtes sur lesquelles les résultats seront portés au fur et à mesure ; les fiches bien préparées facilitent considérablement l'exploitation ultérieure de l'enquête.

Préparation logistique

- Rassembler le matériel technique et les moyens logistiques ;
- Réunir le personnel ;
- Former à ses tâches futures ;
- Etablir un budget prévisionnel ;
- Obtenir les autorisations administratives nécessaires.

Pré-enquête

- Prendre contact avec les responsables locaux, administratifs, politiques et traditionnels
- Sensibiliser les futurs participants
- Obtenir leur accord à l'enquête.
-

Exécution de l'enquête

- Un calendrier précis est impératif ;
- Une logistique rigoureuse s'impose, surtout si l'enquête mobilise une équipe importante ;
- La coordination entre l'équipe de terrain, le laboratoire central et les responsables ;
- La veille de l'enquête, il faut à nouveau expliquer à la population ses buts et ses modalités pratiques ;
- Le jour de l'enquête, obtenir une bonne participation et réduire au minimum le nombre des « non répondants ».

Exploitation des résultats

Analyse statistique

Elle débute par l'étude des caractéristiques de la distribution des variables étudiées.

La seconde étape consiste à rechercher des corrélations entre deux ou plusieurs variables

Analyse épidémiologique

- S'assurer que les corrélations statistiques significatives ne sont pas dues à un biais expérimental ou à un facteur de confusion ;

Interpréter les résultats, en tirer des conclusions pratiques : mesures de santé publique à prendre, enquêtes complémentaires à envisager.

Diffusion des résultats

3.7.6. La supervision

3.7.6.1. Normes de supervision

Définition

La supervision est un processus qui consiste à rassembler les informations sur la performance, la motivation et les conditions de travail de l'agent supervisé en vue d'améliorer la qualité des prestations de services. Elle a pour but de guider, de soutenir et d'assister le personnel pour lui permettre de bien exécuter les tâches qui lui sont assignées.

Elle peut être interne, c'est à dire effectuée par l'équipe de santé ou externe effectuée par le niveau supérieur.

Domaines

Les domaines sur lesquels doivent porter la supervision en matière de lutte contre les IST sont :

- L'IEC/CCC ;
- La prise en charge des IST ;
- La gestion des médicaments, des préservatifs et des produits de laboratoire ;
- La performance ;
- Les conditions de travail.

Prestataires (superviseurs)

- Gestionnaires de programme ;
- Médecins-chefs de département et zones sanitaires ;

- Superviseurs ;
- Agents de santé ;
- Agents sociaux.

Le superviseur doit être un modèle de compétence et de performance.

Outils

- Grille de supervision ;
- Description de poste ;
- Normes et procédures.

Niveaux

- Référence ;
- Intermédiaire ;
- Périphérique ;
- Communautaire.

Périodicité

- Référence : une fois par an ;
- Intermédiaire : tous les 6 mois ;
- Périphérique : tous les 3 mois ;
- Communautaire : tous les mois.

Groupes cibles (supervisés)

- Agents de santé
- Agents sociaux
- Agents communautaires

Tableau 17 : Normes de supervision

DOMAINES	PRESTATAIRES			OUTILS	NIVEAUX PERIODICITE ET TYPE			
	<i>Agents de santé</i>	<i>Agents sociaux</i>	<i>Pairs éducateurs</i>		P Autres : Co	I	R	
IEC/CCC	+	+	-	-Grille de supervision ; -Description de poste ; -Normes et procédures.	+ 3 mois Externe Interne	+ 1 mois Externe Interne	+ 6mois Externe - Interne	+ 01an Externe - Interne
Prise en charge des IST	+	-	-	-Grille de supervision ; -Description de poste ; -Normes et procédures.	+ 3 mois Externe Interne	+ 1 mois Externe Interne	+ 6mois Externe - Interne	+ 01an Externe - Interne
Gestion des médicaments et préservatifs	+	+	-	-Grille de supervision ; -Description de poste ; -Normes et procédures.	+ 3mois Externe Interne	+ 1 mois Externe Interne	+ 6mois Externe - Interne	+ 01an Externe - Interne
Performance	+	+	-	-Grille de supervision ; -Description de poste ; -Normes et procédures.	+ 3 mois Externe Interne	+ 1 mois Externe Interne	+ 6mois Externe - Interne	+ 01an Externe - Interne

DOMAINES	PRESTATAIRES			OUTILS	NIVEAUX PERIODICITE ET TYPE			
	<i>Agents de santé</i>	<i>Agents sociaux</i>	<i>Pairs éducateurs</i>		P Autres : Co	I	R	
Conditions de travail	+	+	-	-Grille de supervision ; -Description de poste ; -Normes et procédures.	+ 3 mois Externe Interne	+ 1 mois Externe Interne	+ 6mois Externe - Interne	+ 01an Externe - Interne

3.7.6.2. Procédures de supervision

Préparer la visite de supervision

- Elaborer le calendrier de supervision.
- Informer le personnel à superviser et négocier la date ;
- Elaborer le plan de visite du superviseur à savoir :
 - Définir les objectifs de la supervision ;
 - Déterminer les activités et tâches à superviser et à réaliser ;
 - Choisir les outils de supervision appropriés ;
 - Déterminer le type de supervision à mener ;
 - Evaluer les ressources nécessaires ;
- Examiner les documents de la formation sanitaire.

Exécuter la supervision

- Rencontrer le responsable de la formation sanitaire et le personnel.
 - Passer en revue le plan de la supervision et discuter des buts et objectifs de la visite ;
 - Expliquer comment la visite sera menée ;
 - Examiner les recommandations et les engagements pris à la dernière visite de supervision ;
 - Discuter de la supervision des différents domaines d'activités ;
 - Prévoir une réunion de résolution de problèmes avec l'équipe de la formation sanitaire.
- Réaliser la supervision des différents domaines d'activités.
 - Organiser une réunion avec le personnel pour discuter des points forts et faibles du programme et des solutions à court et long terme ;
 - Organiser une réunion de synthèse avec le responsable de la formation sanitaire ;
 - Elaborer un plan de résolution des problèmes avec le personnel.

Activités post-supervision

- Rédiger un rapport de supervision dont une copie sera envoyée à la formation sanitaire supervisée et une autre à la hiérarchie.
- Suivre le plan de résolution des problèmes ;

3.7.7. Le suivi-évaluation

3.7.7.1. Normes de suivi-évaluation

Définitions

Le **suivi** consiste à identifier et à recenser les événements, les activités, les personnes et les ressources matérielles du programme. Il se base sur un recueil continu ou périodique de données.

L'**évaluation** consiste à mesurer le niveau de réalisation des objectifs fixés et à prendre des mesures correctrices ou des décisions pour la suite du programme. Elle réunit des informations issues des activités de surveillance, de contrôle et de supervision afin de déterminer si les résultats prévus sont atteints.

Le suivi régulier des activités contribue à l'évaluation des projets et programmes, et à l'amélioration de la qualité des services.

Indicateurs de suivi et d'évaluation

Le suivi et l'évaluation mesurent les paramètres en rapport avec :

- La politique nationale de santé en matière d'IST
 - L'organisation du système de santé ;
 - Les priorités nationales ;
 - Les besoins non satisfaits.

- L'offre de soins
 - Le nombre de consultations ;
 - Le nombre de préservatifs distribués ;
 - Le nombre de nouveaux cas pris en charge sur la base syndromique.

- La qualité des soins

Indicateur 1 : mesure le diagnostic et le traitement

- Nombre de personnes venues consulter pour une IST dans les établissements de santé examinées et traitées de façon appropriée
- Nombre de personnes venues consulter pour une IST dans les établissements de santé

Indicateur 2 : mesure l'éducation et la notification des partenaires

- Nombre de personnes venues consulter pour une IST dans les établissements de santé ayant reçu des conseils de base sur les préservatifs, la notification des partenaires, et à qui un test pour le VIH est proposé
- Nombre de personnes venues consulter pour une IST dans les établissements de santé

L'efficacité des personnels

- Le nombre et la répartition selon la charge de travail ;
- La formation initiale et continue

La satisfaction et la réponse des usagers

- La charge de travail due aux IST ;
- Le type de patients ayant recours aux services IST ;
- La proportion de patients qui se rendent au centre pour la première fois par rapport à ceux qui ont consulté plusieurs fois ;
- La proportion de patients qui considèrent la structure comme leur première option.

Les besoins et l'allocation des ressources

- Le suivi des coûts opérationnels ;
- Salaires, frais de déplacement ;
- Approvisionnement en fourniture, médicaments, produits de laboratoire et préservatifs ;
- Investissements initiaux ;

Types d'évaluation

Les programmes IST doivent faire l'objet d'au moins une évaluation initiale, une évaluation intermédiaire et une évaluation finale. Cette évaluation peut être interne, externe ou mixte :

- L'évaluation initiale ou finale doit être externe ou mixte ;
- L'évaluation intermédiaire peut être interne ou mixte.

Profil des évaluateurs

Toute évaluation sera effectuée par des personnes qualifiées et ayant les compétences requises. Il peut s'agir d'évaluateur interne ou externe provenant entre autres :

- Des services centraux du ministère de la santé ou du programme en charge du VIH/SIDA/IST ;
- Des partenaires au développement et agences de coopération ;
- Des organes décentralisés tels que les directions départementales, les zones sanitaires ainsi que des ONG.

Niveau

Les évaluations se feront au niveau central, intermédiaire et périphérique aux périodes indiquées dans les documents des programmes.

Diffusion des résultats

Les résultats de toute évaluation feront l'objet d'un rapport écrit qui sera transmis dans un délai de trois mois après l'évaluation aux responsables des programmes et à tous les partenaires concernés.

Mécanismes de suivi

Le suivi concerne l'ensemble des niveaux du système de santé et repose sur les éléments suivants :

- Niveau Central ou de référence
 - Rapports d'activité des directions départementales ;
 - Supervisions des directions départementales ;
 - Comité de coordination des activités IST (acteurs nationaux et partenaires).

- Niveau Intermédiaire
 - Rapports d'activité des zones sanitaires ;
 - Comité de coordination des activités IST au niveau local (acteurs nationaux et partenaires) ;
 - Supervisions des zones sanitaires ;
 - Monitoring des activités.

- Niveau périphérique
 - Rapports d'activités des formations sanitaires de base ;
 - Supervisions du personnel des formations sanitaires de base ;
 - Monitoring des activités des formations sanitaires ;
 - Monitoring des activités au niveau communautaire.

Tableau 18 : Normes de suivi

ACTIVITES	PRESTATAIRES				NIVEAUX			DOMAINES
	<i>Ministère de la Santé</i>			<i>Partenaire au développement Bailleurs et agences de coopération</i>	<i>R</i>	<i>I</i>	<i>P</i>	
	<i>Gestionnaire de programme</i>	<i>Personnel des Unités de Prise en charge et/ou d'épidémiologie</i>	<i>Directions Départementales de la Santé</i>					
Rapports d'activités périodiques	+	+	+	+	+	+	+	-Niveau d'atteinte des résultats -Contraintes -Utilisation des ressources
Réunions de coordination	+	+	+	+	+	+	+	-Niveau d'exécution du plan d'opération -Contraintes -Utilisation des ressources -Poursuite du plan d'opération
Monitoring	+	+	+	+	+	+	+	-Indicateurs de programmes -Objectifs de programme -Activités -Indicateurs d'activité -Niveau attendu de réalisation des activités -Pratiques et résultats

Tableau 19 : Normes d'évaluation

ACTIVITES	PRESTATAIRES					NIVEAUX			DOMAINES
	Evalueur externe	Ministère de la Santé			Partenaire au développement, Bailleurs et agences de coopération	R	I	P	
Gestionnaire de programme		Personnel des Unités de Prise en charge et/ou d'épidémiologie	Directions Départementales de la Santé						
Initiale	+	+	+	+	+	+	+	+	Priorités nationales Besoins non satisfaits Services existants Communauté
Intermédiaire	+	+	+	+	+	+	+	+	Niveau d'atteinte des résultats Contraintes Utilisation des ressources
Finale	+	+	+	+	+	+	+	+	Niveau d'atteinte des objectifs Contraintes Utilisation des ressources Priorités nationales Besoins non satisfaits

3.7.7.2. Procédures de suivi-évaluation

Evaluation

a) Planifier l'évaluation

- Elaborer les termes de référence ;
- Définir les objectifs ;
- Monter l'équipe d'évaluation ;
- Identifier la méthodologie et les outils d'évaluation ;
- Rassembler les documents de référence ;
- Identifier les acteurs et sites à visiter ;
- Mettre en place un calendrier ;
- Lister les activités à mener sur le terrain ;
- Communiquer le calendrier aux acteurs et aux sites ;
- Communiquer les objectifs et les activités aux acteurs et aux sites ;
- Rassembler le matériel si nécessaire (supports et logistique).

b) Réunion au début de l'évaluation

- Présenter l'équipe d'évaluation ;
- Présenter les buts et objectifs de l'évaluation ;
- Présenter les activités prévues au cours de l'évaluation ;
- Identifier les personnes directement impliquées dans l'évaluation ;
- Discuter avec les participants des activités et du calendrier de l'évaluation.

c) Evaluation sur le terrain

Visite de site

- Utiliser les outils d'évaluation pour :
 - Observer une séance de causerie en IST ;
 - Observer les normes et procédures cliniques en IST ;
 - Observer les normes et procédures en prévention des infections ;
 - Observer les conditions de travail (locaux et équipements) ;
 - Observer la gestion des médicaments et préservatifs ;
 - Demander aux clients leur point de vue sur les services offerts.

- Identifier les besoins du site

Visites des acteurs et partenaires

- Présenter l'équipe d'évaluation ;
- Présenter les buts et objectifs de l'évaluation ;
- Discuter de l'exécution des axes principaux du programme ;
- Discuter des contraintes institutionnelles, financières et techniques.

d) Activités post évaluation

- Organiser une réunion de fin d'évaluation
 - Présenter à nouveau l'équipe d'évaluation ;
 - Rappeler les buts et objectifs de l'évaluation ;
 - Présenter les constats et les conclusions de l'évaluation ;
 - Proposer des recommandations.
- Finaliser l'évaluation
 - Rédiger le rapport d'évaluation ;
 - Envoyer les rapports aux autorités nationales et/ou partenaires au développement ayant financé l'évaluation ;
 - Diffuser le rapport aux différents acteurs et partenaires du programme et/ou ayant participé à l'évaluation.

Suivi

a) Organisation d'une réunion de coordination

Préparation

- Déterminer l'ordre du jour ;
- Identifier les participants ;
- Fixer la date, le lieu et l'heure de la réunion ;
- Informer les participants au moins une semaine avant ;
- Réunir les documents et supports didactiques nécessaires ;
- Décider des modalités de prise de décision.

Animation

- Designer un animateur/président de séance ;
- Désigner un secrétaire de séance ;
- Adopter l'ordre du jour ;

- Répartir le temps en fonction de l'ordre du jour ;
- Veiller à la focalisation et à la progression de la réunion ;
- Synthétiser et résumer les décisions prises à la fin de chaque partie ;
- Conclure la réunion et décider de la date de la prochaine réunion.

Activité post réunion

- Rédiger le rapport ;
- Partager le rapport avec les participants pour recueillir leurs observations, commentaires et suggestions ;
- Finaliser et diffuser le rapport aux différentes parties prenantes.

b) Monitoring des activités

Déterminer les éléments à suivre et à évaluer

- Les tâches : action à accomplir pour mener à bien une activité
- Les résultats quantifiés de la réalisation d'une tâche ou quantité des articles utilisés pour réaliser une tâche

Ordonner la liste des éléments à suivre en les organisant par type d'intervention

- Indicateurs des programmes
- Objectifs des programmes
- Activités
- Indicateurs d'activité
- Niveaux attendus de réalisation des activités
- Pratiques et résultats

Choisir les principaux éléments qui feront l'objet d'un suivi

Tenir compte des critères suivants :

- Lien entre l'indicateur et certaines activités majeures qui seront réalisées au cours de l'année
- L'existence d'une méthode de quantification de l'indicateur
- Le lien entre l'indicateur et les objectifs de programme.

Planifier le suivi des activités

- Choisir des méthodes de suivi
 - Rapports périodiques ou systématiques
 - Visites et rapports de supervision
- Spécifier la fréquence du suivi
 - Les intervalles doivent être suffisamment réguliers pour que les problèmes puissent être cernés et résolus à temps

Réaliser le suivi des activités

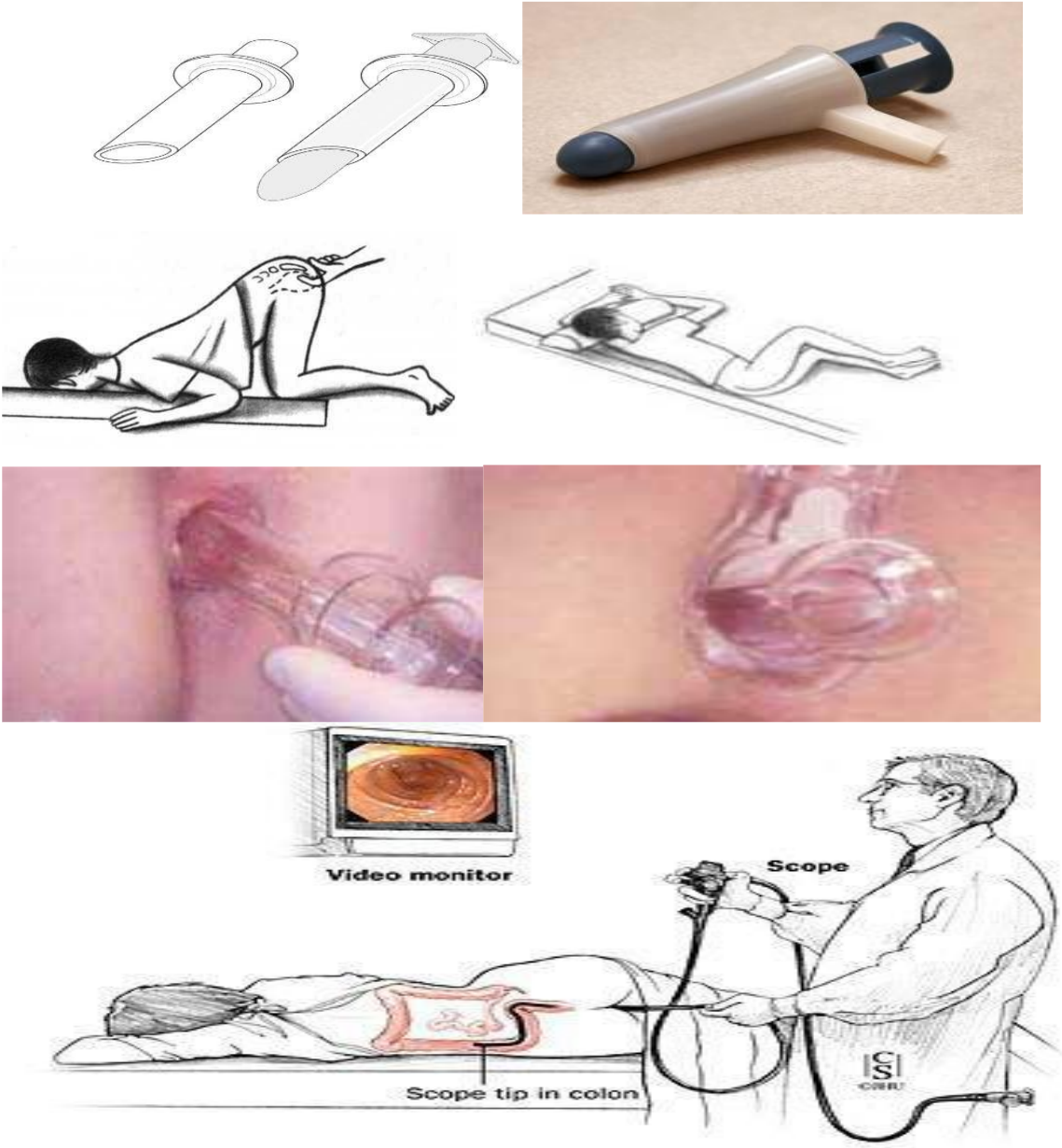
- Superviser les responsables de chaque intervention
- Etablir un système qui permet de superviser l'ensemble du personnel de façon adéquate
- Utiliser les résultats du suivi pour cerner les problèmes
- Résoudre les problèmes et apporter une information en retour

DOCUMENTS CONSULTÉS

1. Algorithmes IST révisés, mai 2015, Bénin ;
2. Annuaire des statistiques 2017 du PSLS ;
3. Document de politique, norme et procédures de PEC des IST au Bénin, édition 2003 ;
4. Document National des Normes et Procédures pour la Prise en Charge des Infections Sexuellement Transmissibles au Togo, édition 2006 ;
5. Guide de l'OMS pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles ;
6. Guide national de prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles au Togo, édition 2017 ;
7. Les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) : Dossier de synthèse documentaire et bibliographique, septembre 2014 ;
8. Modules de formation pour la prise en charge syndromique des IST, 2^{ème} édition, OMS ;
9. OMS : Infections sexuellement transmissibles, 3 août 2016 ;
10. Projets de stratégies mondiales du secteur de la santé contre les infections sexuellement transmissibles, 2016-2021 ;
11. Rapport sérosurveillance 2017, PSLS.
12. Recueil des protocoles thérapeutiques nationaux des pathologies, édition 2013, Côte d'Ivoire ;

ANNEXES

Annexes1 : Anuscopie



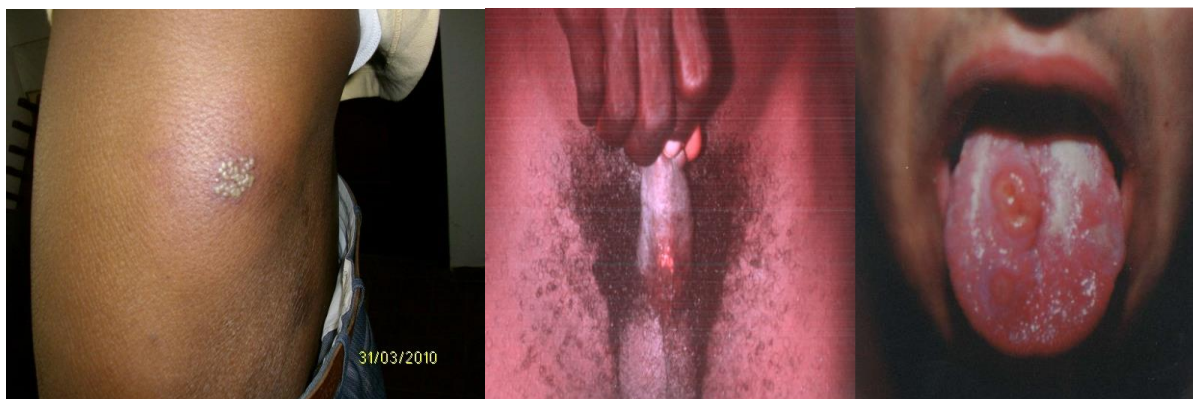
Annexe 2 : Images des principales IST



Ecoulement urétral purulent



Ecoulement vaginal



Herpès génitale

Syphilis dans la bouche



Ulcération génitale



Bubon inguinal

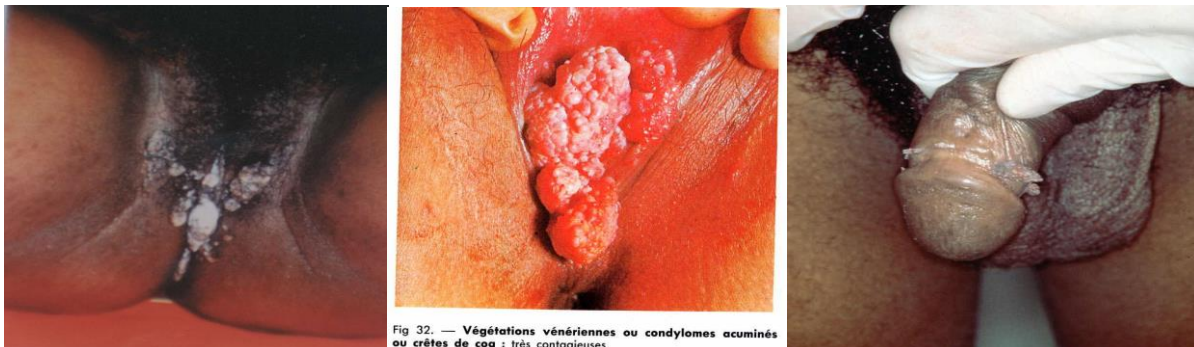
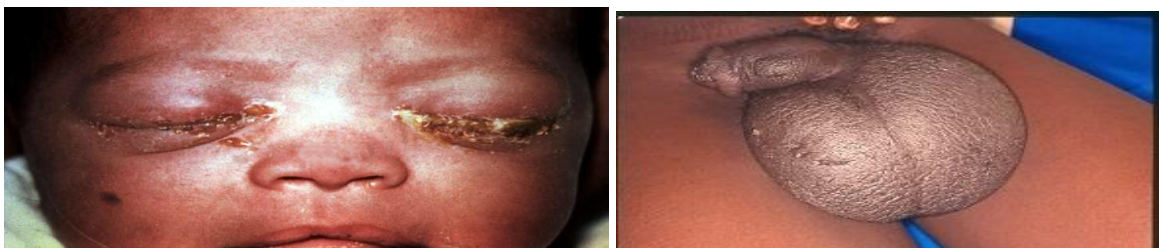


Fig 32. — Végétations vénériennes ou condylomes acuminés ou crêtes de coq : très contagieuses.

Condylomes



Conjonctivite purulente du nouveau-né

Gonflement Aigu du Scrotum

Annexe 3 : Inspection visuelle après application d'acide acétique (IVA) ou de lugol (IVL)

Types de tests pour l'inspection visuelle :

- L'inspection visuelle après application d'acide acétique (IVA) peut être effectuée à l'œil nu (également appelée cervicoscopie ou inspection visuelle directe (IVD) ou bien avec un léger grossissement (également appelée gynoscopie, inspection visuelle assistée, ou inspection visuelle après application d'acide acétique avec grossissement).
- Inspection visuelle après application de Lugol (IVL), appelée également test de Schiller, utilise du Lugol à la place de l'acide acétique.

Qu'est-ce que l'inspection visuelle ?

Il s'agit d'un examen vaginal avec un spéculum pendant lequel un personnel de santé applique de l'acide acétique (vinaigre) dilué (à 3-5%) sur le col utérin.

Le tissu anormal est visible temporairement car il blanchit lorsqu'il est exposé au vinaigre.

Regarder le col à l'œil nu afin d'identifier les changements de couleur sur le col.

Déterminer si le résultat du test est positif ou négatif pour d'éventuelles lésions précancéreuses ou pour un cancer.

Quelle infrastructure nécessite l'IVA ?

- Une zone d'examen privée
- Une table d'examen
- Des professionnels de santé formés
- Une source de lumière adéquate
- Un spéculum vaginal stérile
- Des gants d'examen neufs, ou des gants chirurgicaux
- De grands morceaux de coton
- De l'acide acétique (vinaigre) dilué (3-5%) et un petit bol
- Des récipients contenant une solution chlorée à 0,5%
- Un seau en plastique contenant un sac en plastique
- Un système d'assurance-qualité pour optimiser la précision

Tableau 20 : Catégories de résultats de test d'IVA

Catégories d'IVA	Résultats cliniques
Test négatif	Pas de lésions acidophiles ou légèrement acidophiles, polype, cervicite, inflammation, kystes de Naboth.
Test positif	Zones blanches (blanc opaque/terne ou blanc d'huître) précises, distinctes, bien définies, denses avec ou sans marges vers la zone de jonction pavimento-cylindrique, leucoplasie et verrues
Suspicion de cancer	Lésions ulcérées visibles, excroissances, saignant ou suintant au toucher

Source : Alliance pour la Prévention du Cancer du Col Utérin (ACCP) www.alliance-cxca.org

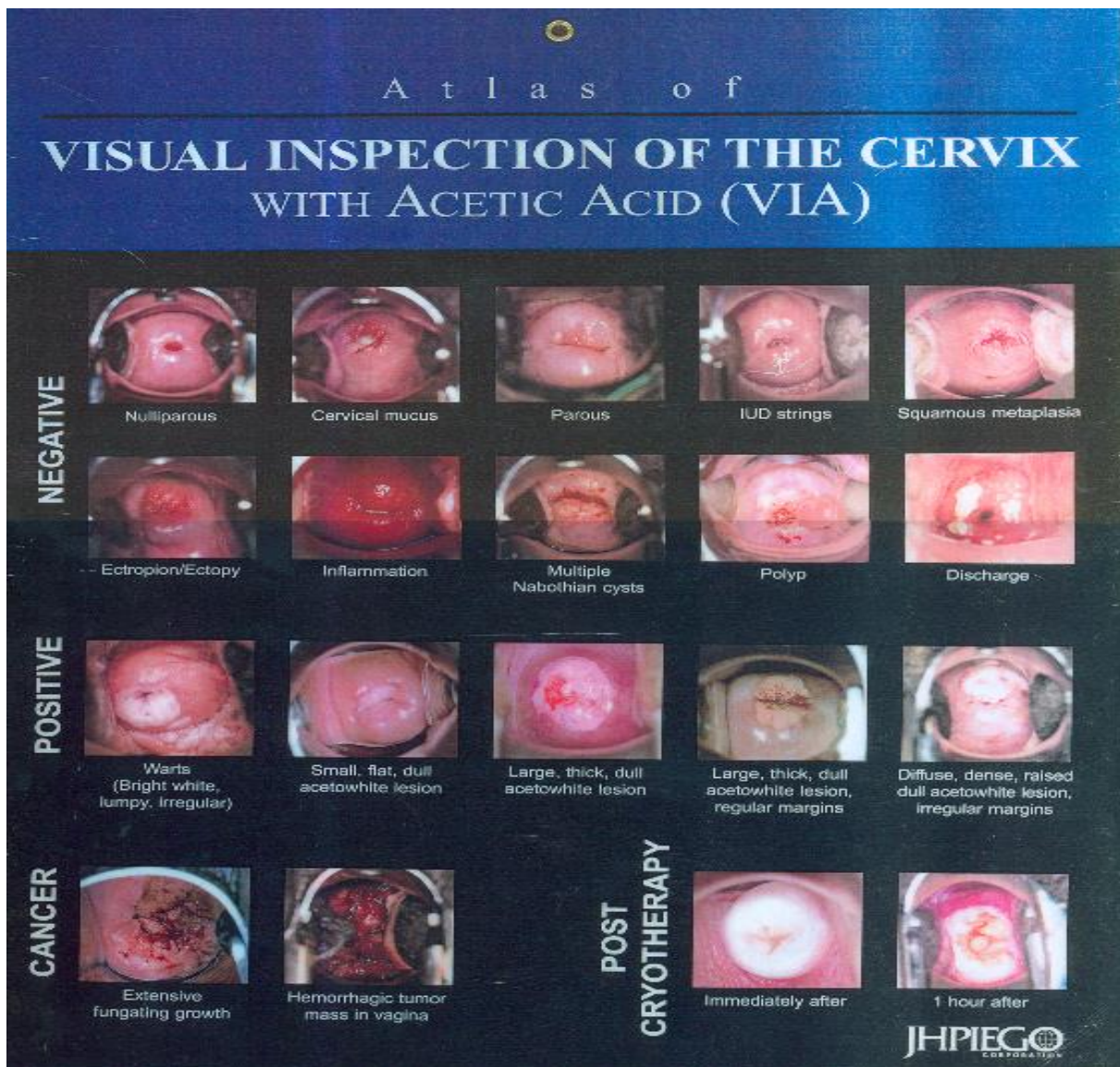


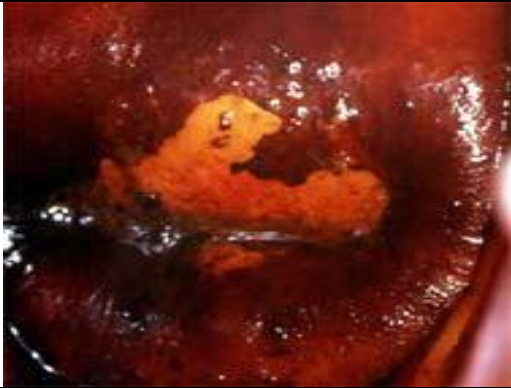




Tableau 21 : Catégories de résultats de test d'IVL

Catégorie IVL	Résultats cliniques
Test négatif	L'épithélium pavimenteux devient brun et l'épithélium cylindrique ne change pas de couleur ou des zones irrégulières d'absorption partielle de l'iode ou sans absorption de l'iode apparaissent.
Test positif	Zones bien définies, jaune brillant, ne prenant pas l'iode, touchant la jonction pavimento-cylindrique (JPC) ou proche de l'orifice si la JPC n'est pas visible.
Suspicion de cancer	Lésions ulcérées ou végétantes visible cliniquement, suintement et/ou saignement au toucher.

Source : Alliance pour la Prévention du Cancer du Col Utérin (ACCP) www.alliance-cxca.org

IVL : test négatif :	
	L'épithélium pavimenteux devient brun et l'épithélium cylindrique ne change pas de couleur.
	On observe des zones dispersées et irrégulières d'absorption partielle ou sans absorption de l'iode, associées à une métaplasie malpighienne immature ou à une inflammation.

IVL : test positif :		
		<p>Zones bien définies jaune brillant de non absorption de l'iode, touchant la jonction pavimento-cylindrique (JPC).</p>
		<p>Zones bien définies jaune brillant de non absorption de l'iode proches de l'orifice si la JPC n'est pas visible ou couvrant tout le col utérin</p>
Suspicion de cancer		
		<p>Lésions ulcérées ou végétantes visible cliniquement suintement et/ou saignement au toucher.</p>

ANNEXE 4 : Note thérapeutique pour certaines affections dermatologiques

PHTIRIASE DU PUBIS

Agent causal : Phtirius pubis ou morpion

Incubation : environ 30 jours

Aspects cliniques : démangeaisons permanentes à recrudescence nocturne, stries de grattage et plaques sombres pubiennes. Parfois sang dans les sous-vêtements. Envahissement possible des autres zones velues du corps.

Traitement : Aphtiria* ou Lindane* poudre en application sur les lésions.

Désinfestation du linge et de la literie par un nettoyage à au moins 50°C.

Traiter en même temps le, la ou les partenaires.

MOLLUSCUM CONTAGIOSUM

Agent causal : Pox virus

Incubation : 2 semaines à 3 mois

Manifestations cliniques : petites élevures blanchâtres, translucides, hémisphériques, ombiliquées en leur centre, de 1 à 6 mm de diamètre, de consistance ferme.

Sièges : régions pubienne et sus-pubienne, face interne des cuisses.

Traitement : extirpation du contenu de chaque élément à la curette et application d'un antiseptique.

GALE HUMAINE OU SCABIOSE

Agent causal : Sarcoptes scabiei

Incubation : 2 à 5 jours

Aspects cliniques : prurit surtout nocturne avec notion de prurit familial. Lésions de grattage + sillons + vésicules perlées = triade symptomatique.

Sièges : espaces interdigitaux, face antérieure des poignets, partie antérieure des aisselles, région ombilicale, fesses, seins chez la femme et la verge chez l'homme.

Traitement : Ascabiol* en application sur tout le corps (du cou aux pieds) à l'aide d'un pinceau après un bain savonneux un soir. Se laver 24 heures après et recommencer le lendemain. Faire bouillir le linge utilisé dans la semaine y compris éponge-filet, serviettes, sous-vêtements, etc.

N.B. Toute la famille se traite en même temps y compris ceux qui ne se grattent pas encore.

DERMATOPHYTIE DES REGIONS GENITALES

Agent causal : différents champignons du genre Trichophyton, Microsporon et Epidermophyton

Incubation : 2 à 3 semaines

Aspects cliniques : médaillons et placards à évolution centrifuge, à centre déprimé, érythémato-pigmentés, à périphérie érythémato-vésiculo-croûteuse, s'accompagnant de prurit. Sièges : face interne des cuisses ; extension vers pubis, organes génitaux externes, fesses et sillon inter fessier.

Traitement : Clotrimazole crème 2% en application sur les lésions pendant 4 semaines associé à la griséofulvine 20 mg/ kg/ jour pendant 4 semaines.

ANNEXE 5 : Equipement/matériel pour la PEC des IST

1. <u>Hall ou salle d'attente</u>	Bancs de 3 m Poste téléviseur Lecteur vidéo VCD sur les IST Affiches sur les IST
2. <u>Salle de consultation</u>	2.1. Mobilier de bureau Bureau métallique à 1 caisson. Chaise rembourrée. Chaises visiteurs. Panier à ordures. Tampon + encreur. Registre de consultation. Meuble dossiers suspendus. Fichier. Carnets de santé Boîte à images sur les IST Affiches sur les IST Cahier d'Algorithme des IST 2.2. Mobilier médical Armoire métallique. Table d'examen ou paillasse adaptée en béton carrelé. Escabeau à 2 marches. Poubelles à pédales 2.3. Matériel technique durable Tensiomètre adulte ; Pèse-personne adulte à toise ; Abaisse langue à usage unique (boîte de 100) ; Pissette à alcool ; Plateau rectangulaire ; Boîte à coton ; Haricot ; Spéculum de diverses tailles Tambours Anuscope Lampe gynécologique / d'examen Pince de Kocher Paire de ciseaux Pincettes à servir Tonnelet avec robinet ; Paravent Stérilisateur (Autoclave/Poupinel) Téléphone 2.4. Matériel technique consommable Gants ; Thermomètre ; Seringues usage unique 5cc, 10 cc ;

	Alcool ; Eau de javel ; Savon liquide Polyvidone iodée (solution à 10%). Médicaments anti-IST Préservatifs et gels lubrifiants Alaise en toile Test pour le dépistage du VIH
--	---

Annexe 6 : Modes de prélèvement pour un diagnostic étiologique

En général selon les réponses issues de l'interrogatoire et les localisations des signes, il faut réaliser le prélèvement au niveau de l'endocol, l'urètre, le vagin, le rectum, l'oropharynx...

- **Endocol**

Usage de produits antiseptiques, gels, lubrifiants sont proscrits.

Introduire l'écouvillon dans l'endocol. Lui imprimé un mouvement de rotation durant 5 à 10 secondes puis le retirer.

- **Urètre**

Si pas d'écoulement visible, presser l'urètre vers l'orifice externe. Si aucune sécrétion n'est obtenue, introduire un fin écouvillon dans le canal urétral. Lui imprimer un mouvement de rotation lent puis le retirer. Même méthode chez la femme.

- **Rectum**

Introduire un écouvillon dans le canal anal. Tourner quelques secondes juste après l'anneau sphinctérien puis le retirer.

- **Vagin**

Se servir d'un spéculum et écouvillonner dans le cul de sac postérieur.

- **Oropharynx**

Écouvillonner les cryptes de la langue et le pharynx postérieur.

- **Conjonctivite du nouveau-né**

Écouvillonner le pus