



Guide national de prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles

MANUEL DE RÉFÉRENCE

2017

Septième Édition

EQUIPE DE RÉDACTION

Equipe de Coordination :

- **Professeur DAGNRA Anoumou**, Coordonnateur du PNLS-IST
- **Mme ABALO - TCHAMDJA Aklai**, Chargée des IST et des interventions cibles pour les populations clés au PNLS-ST

Equipe de révision :

Nom et prénom

Provenance

PITCHE P. Vincent	CNLS/IST
Pr DAGNRA Anoumou	PNLS/IST
Dr DAVI K. Mawule	OMS
Pr KOMBATE Rose	CHU Campus
Dr FIAGNON	CHU SO
KUGBE Yves	AAEC
MASSOKA Barima	EVT
Mme TIASSOU Mana	DSMNI/PF
AMOUZOU-GODOE A. Solange	FAMME
DOSSOU Mélévi	CMS Agoè
KAO Louise	CHR L-C
MENSAH Adjété Modeste	CS Kodjoviakopé
GOMINA Julienne	Hôpital de Bè
ALI-EDJE Komlan	CNR PNLS-IST
ABALO- TCHAMDJA Aklai	PNLS-IST
TSATSA Yao	PNLS-IST
BLEZA Tchao	PNLS-IST
PELEI Koffi	PNLS-IST

Remerciements

Le Programme National de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles (PNLS-IST) présente ses gratitudes :

- A l'OMS et au SP/CNLS-IST pour l'appui technique et financier du processus de révision de ce guide ;
- Au Ministère de la Santé et de la protection sociale pour le soutien technique ;
- Aux acteurs nationaux comme les directeurs régionaux de santé, les directeurs de districts sanitaires et les points focaux VIH pour leur collaboration ;
- À tous ceux qui ont collaboré pour l'élaboration de ce guide.

PREFACE

La prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) classiques est une stratégie de lutte contre la propagation du VIH dans la majorité des pays africains depuis le début de l'épidémie. En effet, les IST et le VIH ont en commun les mêmes modes de contamination et la cible est la population jeune sexuellement active.

Au Togo, le Programme National de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles (PNLS-IST) a adopté depuis 1993, la prise en charge syndromique des IST et cette stratégie a été intégrée dans le paquet minimum de services au niveau de toutes les structures de soins. Ainsi, les guides et documents normatifs ont été élaborés et disséminés au cours des formations des prestataires de soins depuis plus de 20 ans. Par ailleurs, la prise en charge syndromique a été intégrée dans le curricula des écoles de formation de base en santé, depuis 2003 (Faculté de Médecine, Ecole des Assistants Médicaux, Ecoles Nationales des Auxiliaires Médicaux, l'Ecole Nationale des Sages-femmes et l'Ecole Nationale des Aides Sanitaires).

Le présent guide, septième édition du genre, a mis un focus sur les germes *Neisseria Gonorrhoeae*, *Chlamydia Trachomatis*, la Syphilis et le *Human Papilloma virus*. Des molécules telles qu'Azithromycine et la Ceftriaxone ont été recommandées en remplacement de la ciprofloxacine compte tenu de la résistance de ces germes vis-à-vis de ces molécules. L'approche étiologique et ou syndromique est recommandée pour la prise en charge des IST dans la population générale et chez les populations clés comme les Hommes ayant des rapports avec d'autres hommes, les professionnels de sexe, les détenus et les usagers de drogues.

L'appropriation de ce guide par tous les acteurs permettra d'améliorer significativement la qualité des services IST délivrés à la population à tous les niveaux de la pyramide sanitaire du pays.

Nous remercions tous ceux qui, de près ou de loin, ont apporté leur précieuse contribution à la révision de ce guide.

LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

Professeur NAPO-KOURA Gado Agarassi

TABLE DES MATIERES

2017.....	1
SEPTIEME ÉDITION	1
EQUIPE DE RÉDACTION.....	2
PREFACE	4
TABLE DES MATIERES	5
LISTE DES PARTICIPANTS A L'ATELIER DE VALIDATION DES GUIDES DU FORMATEUR ET DE PRISE EN CHARGE DES.....	6
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES.....	5
INTRODUCTION	9
MODULE 1 : ÉPIDÉMIOLOGIE DES IST	10
MODULE 2 :	15
PRÉVENTION PRIMAIRE DES IST.....	15
2.2- INFORMATION EDUCATION ET COMMUNICATION (IEC)/COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT (CCC).....	17
2.3- CAUSERIE	18
2.3.1- DEFINITION	18
MODULE 3 :	23
ACCUEIL, INTERROGATOIRE ET EXAMEN PHYSIQUE.....	23
3.1- ACCUEIL ET INTERROGATOIRE	24
3.2- EXAMEN PHYSIQUE	28
4.1- DIFFERENTES APPROCHES DE PRISE EN CHARGE	23
4.2- DIFFERENTS SYNDROMES ET ALGORITHMES DE PRISE EN CHARGE	24
CARACTERISTIQUES CLINIQUES.....	33
4.3-NOTIONS SUR LA PREVENTION DES INFECTIONS.....	45
MODULE 5 :	50
CAS PARTICULIERS.....	50
5.1-LES DIFFERENTS TYPES DE CAS PARTICULIERS	51
5.2- PERCEPTIONS ET REPRESENTATIONS SUR LES ORIENTATIONS SEXUELLES DANS LA COMMUNICATION INTERPERSONNELLE	51
5.6 -PRISE EN CHARGE DES VICTIMES D'ABUS SEXUELS.....	74
MODULE 6 :	80
COMMUNICATION INTERPERSONNELLE / COUNSELING.....	80
6.2- PLACE DU COUNSELING/CIP DANS LA PRISE EN CHARGE DES IST	81
6.7- ACCUEIL (VOIR CHAPITRE ACCUEIL ET INTERROGATOIRE)	82
6.8- CONDITIONS DE L'ENTRETIEN ET DE L'EXAMEN	82
6.9- RENSEIGNEMENTS SPECIFIQUES.....	82
6.10- EVALUATION DU RISQUE ET PLAN PERSONNEL DE REDUCTION DU RISQUE.....	82
6.11- NOTION DE DOUBLE PROTECTION	84
MODULE 7 :	85
PRISE EN CHARGE DES PARTENAIRES.....	85

7.1- IMPORTANCE DE LA PRISE EN CHARGE DES PARTENAIRES	86
7.2- ANNONCE OU NOTIFICATION AU(X) PARTENAIRE(S)	86
MODULE 8 :	88
ENREGISTREMENT ET NOTIFICATION DES CAS D'IST	88
8.1- ENREGISTREMENT DES CAS D'IST	89
8.2- NOTIFICATION	89
MODULE 9 :	91
GESTION DES MÉDICAMENTS / KITS, DES CONSOMMABLES DES PRÉSERVATIFSGELS ET GELS	91
9.1- DEFINITION DES TERMES ET CONCEPTS	92
9.2- ETAPES DE LA GESTION.....	93
ANNEXES	94
ANNEXE	96
BIBLIOGRAPHIQUES	100
Rapport mensuel de notification syndromique des cas d'IST dans la population générale	ii
Rapport de notification mensuelle de dépistage de la syphilis chez les femmes CPN	iii
Rapport mensuel de notification syndromique des cas d'IST chez les groupes clés et vulnérables	iv
Rapport de notification mensuelle de suivi des groupes clés et vulnérables (GCV) aux IST/VIH/SIDA	v
Fiche de stock	vi
Rapport trimestriel de consommation et commande des réactifs et commande des médicaments	vii
Rapport trimestriel de consommation et commande des réactifs et consommables de dépistage	viii
Liste des participants à l'atelier de validation des guides du formateur et de prise en charge des IST du 25 au 27 janvier à l'ENAM de Lomé	ix

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1 : Incidence annuelle mondiale estimée des IST curables chez les 15 à 49 ans en 1999	11
Tableau 2 : Prévalence des IST dans les centres de CPN et de Planning Familial	Error! Bookmark not defined.
Tableau 3 : Répartition des cas d'IST notifiés en 2012 au Togo par syndrome	11
Tableau 4 : Prévalence de l'infection à VIH et de la syphilis chez la femme enceinte par région sanitaire	13
Tableau 5 : Informations à recueillir lors de l'interrogatoire.....	27
Tableau 6 : Principaux signes à rechercher lors de l'examen physique	30
Tableau 7 : Avantages et inconvénients des approches diagnostiques	23
Tableau 8 : Les syndromes IST et leurs étiologies au Togo.....	24
Tableau 9 : Différences entre la vaginite et la cervicite	29
Tableau 10 : Récapitulatif des localisations et de la symptomatologie des IST chez les HSH.....	61
Tableau 11 : Signes cliniques suspects d'abus sexuel chez un enfant	77
Tableau 12 : Traitements des syndromes IST	44

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Évolution des cas d'IST cumulés de 2007 à 2012.	12
---	----

ABRÉVIATIONS

CCC	: Communication pour le Changement de Comportement
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CIP	: Communication Interpersonnelle
CPN	: Consultation Périnatale
DIC	: Drop in center
EU	: Ecoulement Urétral
EV	: Ecoulement Vaginal
EVT	: Espoir Vie -Togo
FHI	: Family Health International
FV	: Femme Vulnérable
G	: Gramme
HSH	: Homme ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes
IEC	: Information Education Communication
IM	: Intra-musculaire
IST	: Infections Sexuellement Transmissibles
J	: Jour
J7	: Septième jour
mg	: Milligramme
MIP	: Maladie Inflammatoire Pelvienne
MP	: Micro Projet
MS	: Ministère de la Santé
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PE	: Pair(e)s Educateur (trice) s
PNLS	: Programme National de Lutte contre le SIDA
po	: per-os
PS	: Professionnels de Sexe
pu	: Prise Unique
SIDA	: Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SIP	: Syndrome Inflammatoire Pelvien
SFPS	: Santé Familiale et Prévention du SIDA
SSR	: Santé Sexuelle et Reproductive
TPHA	: Treponema Pallidum Haemagglutination Assay
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine
VDRL	: Venereal Disease Research Laboratory
VV	: Végétations Vénériennes

INTRODUCTION

Les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) constituent un problème de santé publique important à cause non seulement de leur forte prévalence, 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.

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.

Le Togo dispose depuis 1993 d'un guide national de prise en charge syndromique des IST qui a été révisé en 1999, en 2002, en 2006, en 2010 et en 2014. Le souci principal est d'intégrer de nouvelles recommandations de l'OMS.

L'efficacité de l'approche syndromique repose sur :

- Le diagnostic et le traitement corrects 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 qui constituent des étapes essentielles de la surveillance épidémiologique des IST et qui 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, détenus et usagers de drogues) qui constituent un groupe noyau de transmission des IST/VIH.

Les traitements recommandés dans ce guide (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 antibiotiques.



MODULE 1 :
ÉPIDÉMIOLOGIE DES IST

1. 1- ÉPIDÉMIOLOGIE DES IST/VIH/SIDA

1.1.1- Situation épidémiologique des IST et du VIH/Sida

➤ Dans le monde

Les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) sont très répandues dans le monde, il en existe plus d'une vingtaine.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), en 2012, on a noté 357 millions de nouveaux cas d'IST curables. Les IST constituent l'une des cinq premières causes de maladies pour lesquelles les adultes demandent des soins dans les pays en développement. Elles sont responsables de près de 15% des années de vie en bonne santé perdues chez l'Homme entre 15 et 45 ans.

La majorité des nouveaux cas d'infections apparaissent dans l'Asie du Sud et du Sud-Est, viennent ensuite l'Amérique latine et les Caraïbes puis l'Afrique sub-saharienne.

Au Togo en 2015, 58 640 cas d'IST ont été traités dans les structures sanitaires, avec 85,8 % des cas traités chez les patients de sexe féminin contre 14,2% chez les hommes.

Tableau 1: Répartition des cas d'IST notifiés en 2015 au Togo par syndrome dans les structures de soins

Syndromes IST	Nombre de cas	Fréquence (%)
Bubon inguinal	117	0,2%
Conjonctivite du nouveau-né	176	0,3%
Douleur abdominale basse	12843	21,9%
Ecoulement urétral	6450	11,0%
Ecoulement vaginal	34832	59,4%
Tuméfaction du scrotum	352	0,9%
Ulcération génitale	3401	5,8%
Végétations vénériennes (condylomes)	469	0,8%
Total	58640	100,00%

SOURCE : rapport PNLIS 2015

La syphilis est l'IST la plus morbide pour le fœtus. Au cours de la grossesse, elle est responsable de 25% à 30% des malformations et 14% de mortalité néonatale. Elle doit être activement recherchée et traitée pendant la grossesse d'autant plus que son traitement est simple.

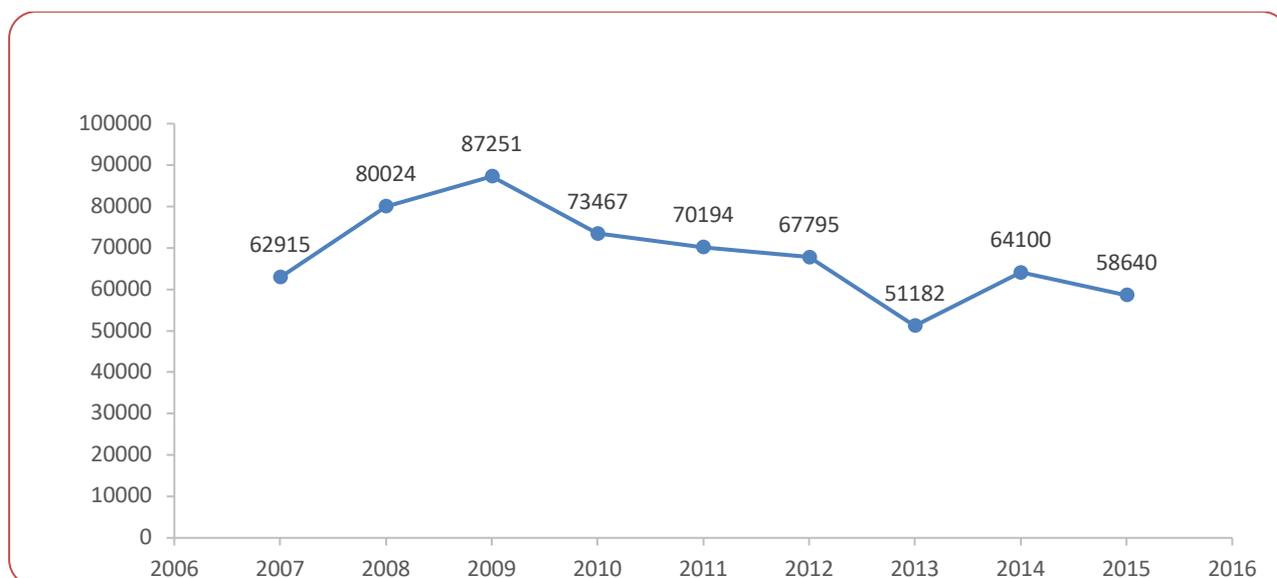


Figure 1 : Évolution des cas d'IST cumulés de 2007 à 2015.

En 2015, 1598 cas d'IST chez les PS, 98 chez les HSH, 41 chez les détenus et 48 chez les UDI dans les services adaptés.

La Prévalence du VIH en 2011 auprès des populations clés était de 20,3% chez HSH, 13,1% chez les PS, 5,5% chez les usagers de toutes sortes de drogues et 4,3% chez les détenus. En 2014 cette prévalence a été considérablement réduite ramenant celle-ci à 13% chez les HSH et 11,7% chez les PS.

Cette prévalence au sein des populations clés est élevée par rapport à celle de la population générale qui était estimée à 2,5% en 2014.

1.1.2- Modes de transmission des IST/VIH

Il existe trois modes de transmission :

➤ **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 ex. le VIH et la syphilis) ;
- Au cours de l'accouchement (par ex. la gonorrhée, l'infection à chlamydia et le VIH) ;
- Au cours de l'allaitement (par ex. le VIH, syphilis).

1.1.3 - Facteurs de propagation des IST/VIH/SIDA

- **Facteurs biologiques /physiologiques**
 - l'âge (tranche d'âge sexuellement active) ;
 - le sexe (transmission chez la femme) ;
 - le statut immunitaire de l'hôte.
- **Facteurs comportementaux** (partenaires multiples, rapports non protégés, etc.).
- **Facteurs socio-économiques** (pauvreté, migrations, déplacements des populations, guerres et conflits etc.).

1.1.4- 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
- Adolescents/adolescentes sexuellement actifs ;
- PS et autres femmes/filles vulnérables ;
- hommes ayant des relations sexuelles avec des Hommes ;
- détenus
- usagers de drogues
- travailleurs migrants : routiers, forces de l'ordre et de sécurité, célibataires géographiques ...

Pour différentes raisons, ces personnes peuvent hésiter à se rendre dans un centre de santé pour se faire soigner. Des efforts spécifiques doivent être faits pour les atteindre et pour qu'ils acceptent les services de préventions, de soins et de soutien.

1.1.5- Liens entre les IST et l'infection au VIH/SIDA

- 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.

1.1.6- Conséquences médicales et socio-économiques des IST et du VIH

➤ Conséquences médicales

Les IST/VIH/Sida font partie des cinq premières causes d'hospitalisation et de décès des adultes surtout dans les pays en développement. Ils entraînent :

Chez la femme

- Une maladie inflammatoire pelvienne ;
- Une stérilité ;
- Une infertilité ;
- Des grossesses extra-utérines ;
- Des avortements spontanés ;
- Des malformations fœtales ;
- Un cancer du col de l'utérus.
- Etc...

Chez l'homme

- Une orchépididymite ;
- Une stérilité ;
- Une infertilité ;
- Une sténose urétrale ;
- Un cancer du pénis,
- Une prostatite,
- Etc...

Chez l'enfant

- Mort fœtale ;
- Malformations ;
- Cécité ;
- Dystrophie dentaire
- Décès ;
- Etc.

➤ Conséquences socio-économiques

Le fardeau socio-économique des IST (y compris l'infection au VIH) peut être énorme. Les IST pèsent lourdement sur les budgets des familles, des communautés et des services de santé. Les IST peuvent entraîner :

- Perte des jours de productivité, voire une perte d'emploi ;
- Diminution de 10 ans de l'espérance de vie ;
- Augmentation du nombre d'orphelins ;
- Stigmatisation et discrimination ;
- Divorce, dislocation de la famille ;
- Augmentation du coût individuel, collectif de la prise en charge.
- Répercussion familiale et sociale.



MODULE 2 :
PRÉVENTION PRIMAIRE
DES IST

Les stratégies de lutte contre les IST visent à empêcher leur propagation et à infléchir sur les tendances de l'infection à VIH. Toutes ces stratégies devraient prendre en compte les facteurs déterminants de l'épidémie des IST, notamment la physiologie humaine, les comportements sexuels, les inégalités liées au sexe, les influences socioculturelles et économiques.

Les principales stratégies du programme national de lutte contre les IST comprennent :

- La prévention ;
- La prise en charge des cas d'IST ;
- La prise en charge des partenaires ;
- Les interventions ciblées auprès des populations clés ;
- La surveillance épidémiologique ;
- Le suivi évaluation.

Le renforcement des services de soins et d'appui notamment les laboratoires, la formation et la recherche, constituent également des stratégies de contrôle des IST.

2.1 LA PRÉVENTION

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*

La prévention primaire est l'ensemble des interventions qui permettent d'empêcher la survenue de nouveaux cas d'IST dans une population donnée. Elle vise :

- La réduction du risque d'infection (ou contagiosité) ;
- La réduction du nombre de partenaires et contacts sexuels ;
- La promotion des comportements qui réduisent les risques de transmission des IST et du VIH. Ceci se fait grâce à la communication (IEC/CCC).

Elle 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

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

Elle est donc une prévention primaire du VIH/SIDA

2.2- INFORMATION EDUCATION ET COMMUNICATION (IEC)/COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT (CCC)

2.2.1- 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.

2.2.2 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.

2.2.3 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.

2.3- CAUSERIE

2.3.1- 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.

2.3.2- 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 ;
- Demandé 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.

2.3.3- 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.

Les objectifs de la communication pour le changement de comportement 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.

2.3.4- 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.

2.3.5- 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.

MODULE 3 :
ACCUEIL,
INTERROGATOIRE ET
EXAMEN PHYSIQUE

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.

3.1- 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.

3.1.1- 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.

3.1.2- 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. Ce sont :

- 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.

Tableau 2 : Informations à recueillir lors de l'interrogatoire

1. QUESTIONS GENERALES
<ul style="list-style-type: none"> • Nom et Prénoms ; • Age, Sexe ; • Situation matrimoniale, Nombre d'enfants ; • Adresse / habitation ; • Profession ; • Notion de voyage ou d'éloignement du foyer.
2. MOTIFS DE CONSULTATION
<p>▪ <i>Symptômes ou plaintes du/la patient(e) et leur durée</i></p> <p><u>Hommes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ecoulement urétral - Tuméfaction du scrotum <p><u>Femmes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ecoulement vaginal - Douleurs abdominales basses - Dyspareunie <p><u>Hommes et femmes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ulcération génitale et/ou anale - Ecoulement anal - Tuméfaction inguinale - Condylomes ou végétations vénériennes génitales et/ou anales <p>▪ <i>Autres symptômes :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Démangeaisons - Inconfort - Brûlure mictionnelle <p><u>Enfant</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Conjonctivite du nouveau-né
3. RECHERCHE DES FACTEURS DE RISQUES
<ul style="list-style-type: none"> - Histoire sexuelle personnelle - Rapports sexuels anaux - Comportement sexuel du ou des partenaires - Présence d'une IST chez le, la ou les partenaires - Consommation d'alcool et utilisation de drogues
4. ANTECEDENTS MEDICAUX
<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'une IST antérieure - Renseignement sur les menstruations - Autres maladies - Médications (antérieures ou en cours) - Allergies à certains médicaments

3.2- EXAMEN PHYSIQUE

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.

3.2.1- Chez l'homme

L'examen physique chez l'homme se fait suivant les étapes ci - après :

- **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 prépuce 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.

3.2.2- Chez la femme

L'examen physique comporte :

- **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 bi-manuel (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).

3.2.3- 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 (SIDA).

- **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 palmo-plantaire dans le cadre d'une syphilis secondaire).

3.2.4- Chez le nouveau-né

Examiner les yeux.

Tableau 3 : Principaux signes à rechercher lors de l'examen physique

ORGANES	SIGNES (à rechercher)
1. ORGANES GENITAUX EXTERNES	<p>1. Chez l'homme*</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ulcérations / Plaies/ vésicules • Ecoulement • Tumeurs (végétations vénériennes ou condylomes) • Douleurs ou tuméfactions scrotales <p>2. Chez la femme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ulcérations / Plaies/ vésicules • Ecoulement vaginal • Tumeurs (végétations vénériennes ou condylomes) • Cervicite
2. ANUS	<ul style="list-style-type: none"> • Ulcérations • Condylomes • Ecoulement
3. AIRES GANGLIONNAIRES	<ul style="list-style-type: none"> • Bubon inguinal • Ganglions inguinaux ou généralisés •
4. CAVITE BUCCALE	<ul style="list-style-type: none"> • Ulcérations / Plaies • Lésions blanchâtres (candidoses) • Tumeur
5. PEAU	<ul style="list-style-type: none"> • Eruptions • Plaies
6. ABDOMEN	<ul style="list-style-type: none"> • Masse • Sensibilité/douleur
7. 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.



MODULE 4 :
DIAGNOSTIC ET
TRAITEMENT DES IST

4.1- DIFFERENTES APPROCHES DE PRISE EN CHARGE

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 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.

Tableau 4 : 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

4.2- DIFFERENTS SYNDROMES ET ALGORITHMES DE PRISE EN CHARGE

Rappel de définitions

Symptôme : Problème clinique dont le client se plaint (plaintes subjectives).

Signe : Ce que l'on peut voir cliniquement (plaintes objectivables).

Syndrome : ensemble de symptômes et signes retrouvés chez le patient

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). Une fois le syndrome identifié, un certain nombre d'activités doivent être menées pour la prise en charge de la plupart des germes pathogènes pouvant être responsables de ce syndrome.

Plusieurs syndromes d'IST peuvent être traités de façon simple à l'aide d'arbres décisionnels d'aide au diagnostic et au traitement appelés algorithmes.

Tableau 5 : Les syndromes IST et leurs étiologies au Togo

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>Neisseriagonorrhoeae</i> (Gonococcie) - <i>Chlamydia trachomatis</i> (Chlamydiase) - <i>Mycoplasma hominis</i> (Infection à Mycoplasme) - <i>Trichomonas vaginalis</i> (Trichomonase)
Ecoulement anal	<ul style="list-style-type: none"> - Ecoulementanal (pus, sang etc.) - Douleur spontanée ou à la défécation ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Ecoulement anal de sang ou de pus ou de tout autre liquide physiologique ou pathologique - Anite 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)
Écoulement vaginal	<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)
Douleurs abdominales basses	<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 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Neisseria gonorrhoeae</i> (Gonococcie) - <i>Chlamydia trachomatis</i> (Chlamydiase)

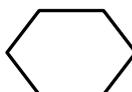
		- Cervicite	
Ulcération génitale	- Plaie génitale	- Ulcération génitale - Vésicules	- <i>Treponema pallidum</i> (Syphilis) - <i>Haemophilus ducreyi</i> (Chancre mou) - <i>Herpès simplex virus</i> (Herpès génital) - <i>Chlamydia trachomatis</i> (Chlamydiase)
Ulcération ano-rectale (Voir cas particulier)	- Plaie anale	- Ulcération ano-rectale - Vésicules	- <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	- Adénopathie(s) douloureuse(s) Unilatérale(s) ou bilatérale(s) Ulcérations génitales ou non	- <i>Chlamydia trachomatis</i> (Chlamydiase) - <i>Haemophilus ducreyi</i> (chancre mou)
Tuméfaction du scrotum	- Douleur et/ou - Tuméfaction du scrotum	- Douleur et/ou - Tuméfaction du scrotum	- <i>Neisseria gonorrhoeae</i> (Gonococcie) - <i>Chlamydia trachomatis</i> (Chlamydiase)
Conjonctivite du nouveau-né	- Secrétions purulentes d'un œil ou des yeux - Rougeur des yeux - Tuméfaction des paupières.	- Écoulement purulent - Rougeur des conjonctives - Œdème des paupières ou non -	- <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	- <i>Human Papilloma Virus</i> HPV (condylomes)

Les algorithmes ou ordigrammes permettent de prendre des décisions nécessaires à l'administration d'un traitement adéquat aux clients. Ils se composent de figures géométriques qui représentent :

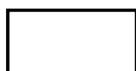
⇒ La plainte du client



⇒ La prise de décisions



⇒ Les actions à mener



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 interpeller 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.)

NB : Pour faciliter la surveillance des germes aux antibiotiques, il est recommandé de faire des prélèvements si possibles avant l'initiation du traitement proposé dans l'algorithme.

4.2.1- Ecoulement 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

Causes fréquentes :

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

Cause moins fréquente :

➤ *Trichomonas vaginales* (Trichomonase)

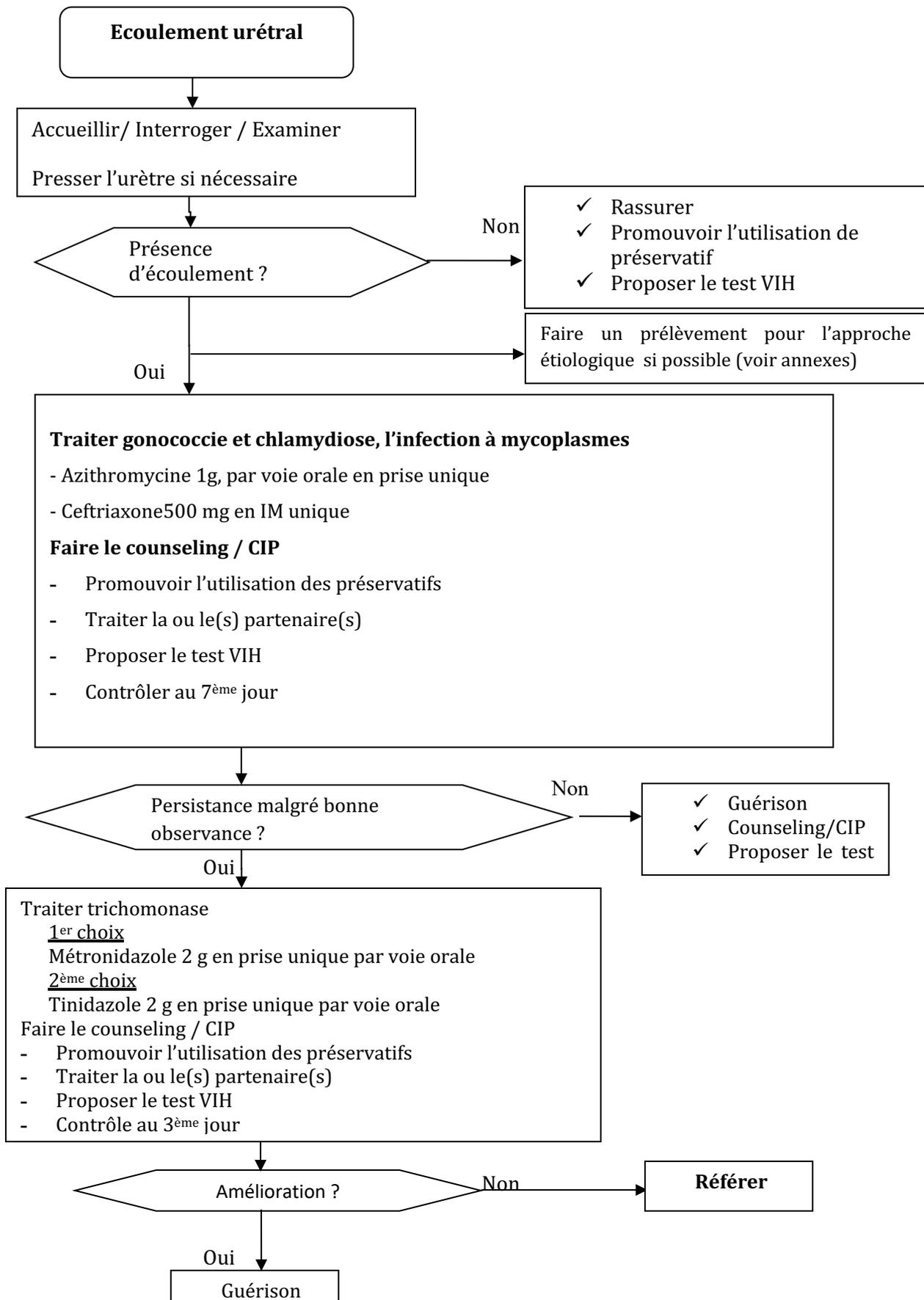
En pratique, l'aspect clinique de l'écoulement ne permet pas de le rattacher à un germe précis. Il existe souvent plusieurs germes associés au cours d'un même écoulement (cause mixte).

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.

ALGORITHME 1 : Ecoulement urétral



4.2.2- Ecoulement 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.

Caractéristiques cliniques

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 associée 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 6 : 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.

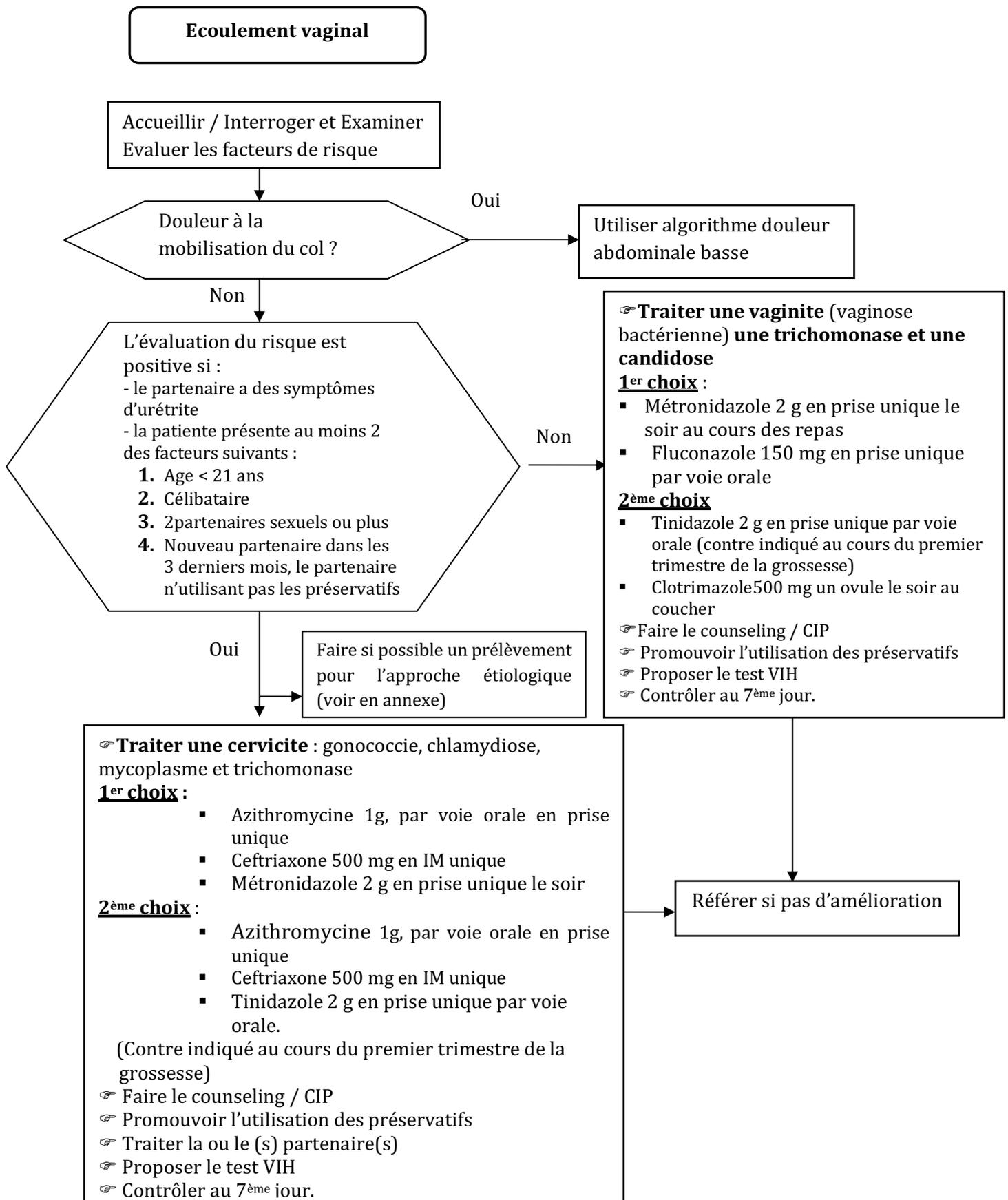
L'évaluation du risque est positive lorsqu'il existe au moins deux des facteurs ci-dessus listés ou lorsque le partenaire a des symptômes d'urétrite (écoulement urétral) :

- 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.

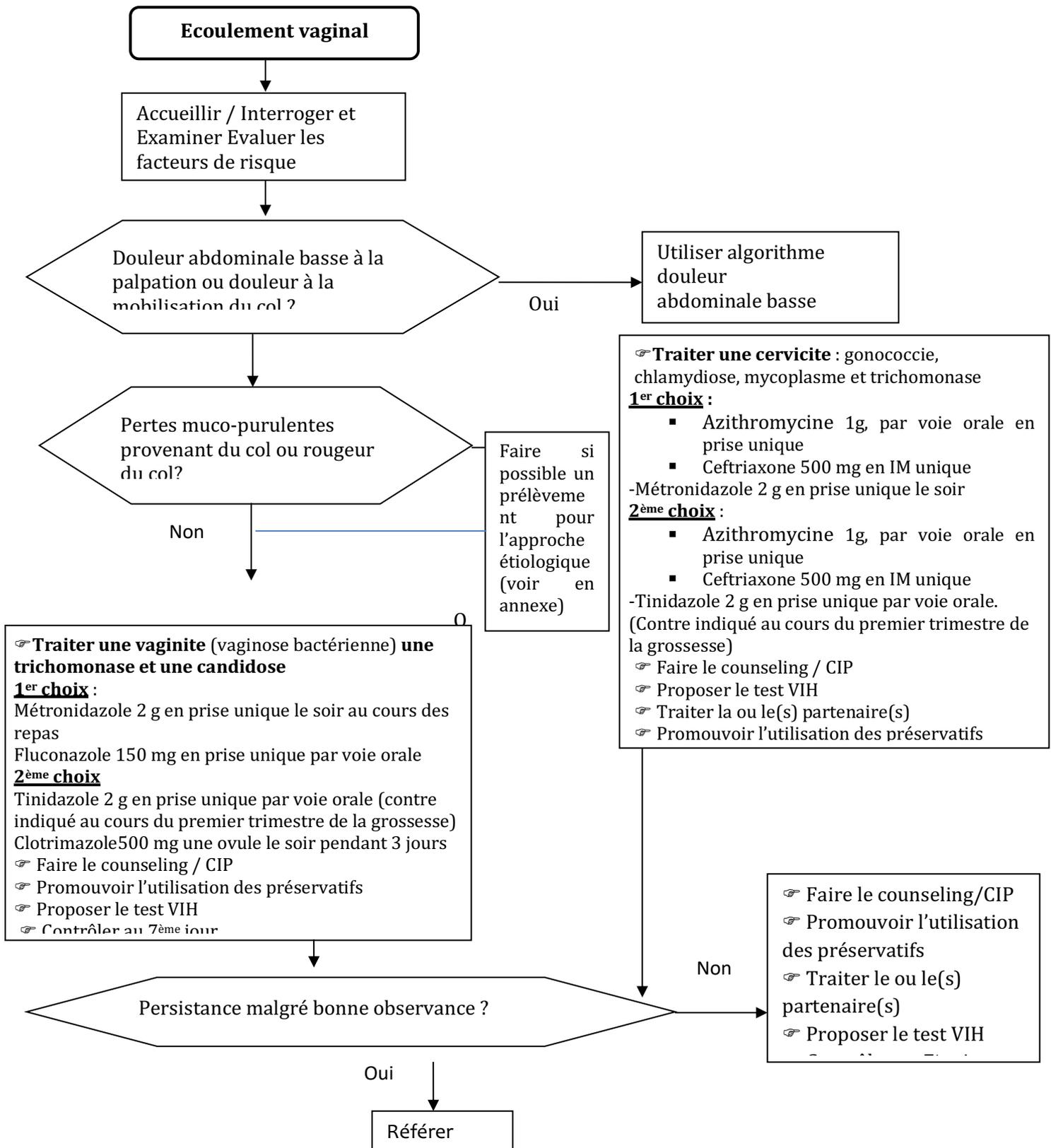
Traitement

- 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.

ALGORITHME 2 : Ecoulement vaginal (sans spéculum)



ALGORITHME 3 : Ecoulement vaginal (avec spéculum et examen bi manuel)



4.2.3-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

Les douleurs pelviennes peuvent être une manifestation d'endométrite, de salpingite, d'ovarite ou d'une pelvipéritonite qui pourraient être des causes de stérilité, de grossesses extra-utérines ou de mort.

Devant une douleur abdominale basse, il faut rechercher des signes évoquant une urgence abdominale chirurgicale telle que :

- 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

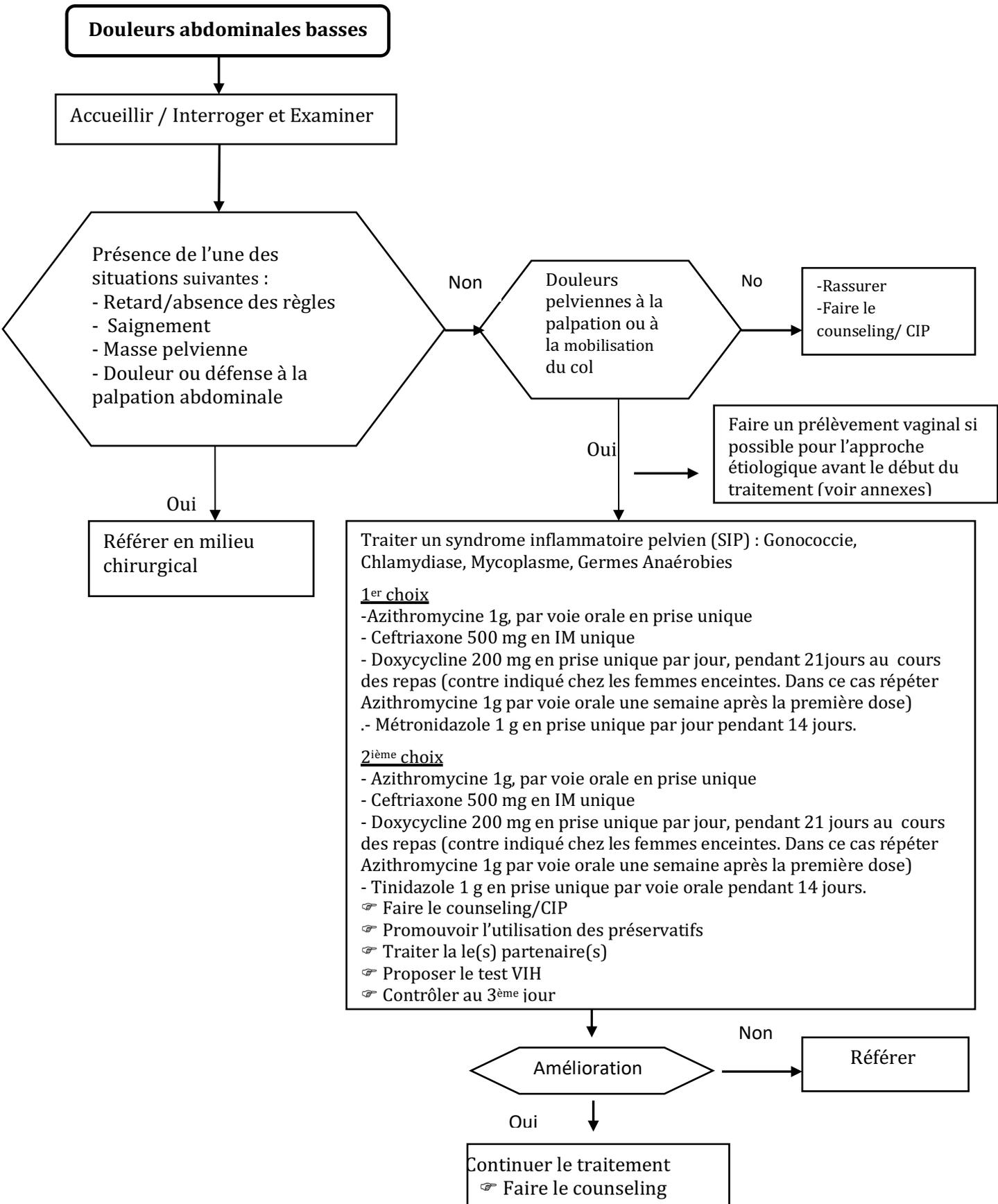
Les douleurs abdominales basses peuvent être dues :

3. A des germes IST : gonocoque, chlamydia, mycoplasme
4. A des germes banals (anaérobies)
5. 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, le chlamydia, les mycoplasmes et les germes banals (anaérobies).

ALGORITHME 4 : Douleurs abdominales basses.



4.2.4 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 les suivantes :

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

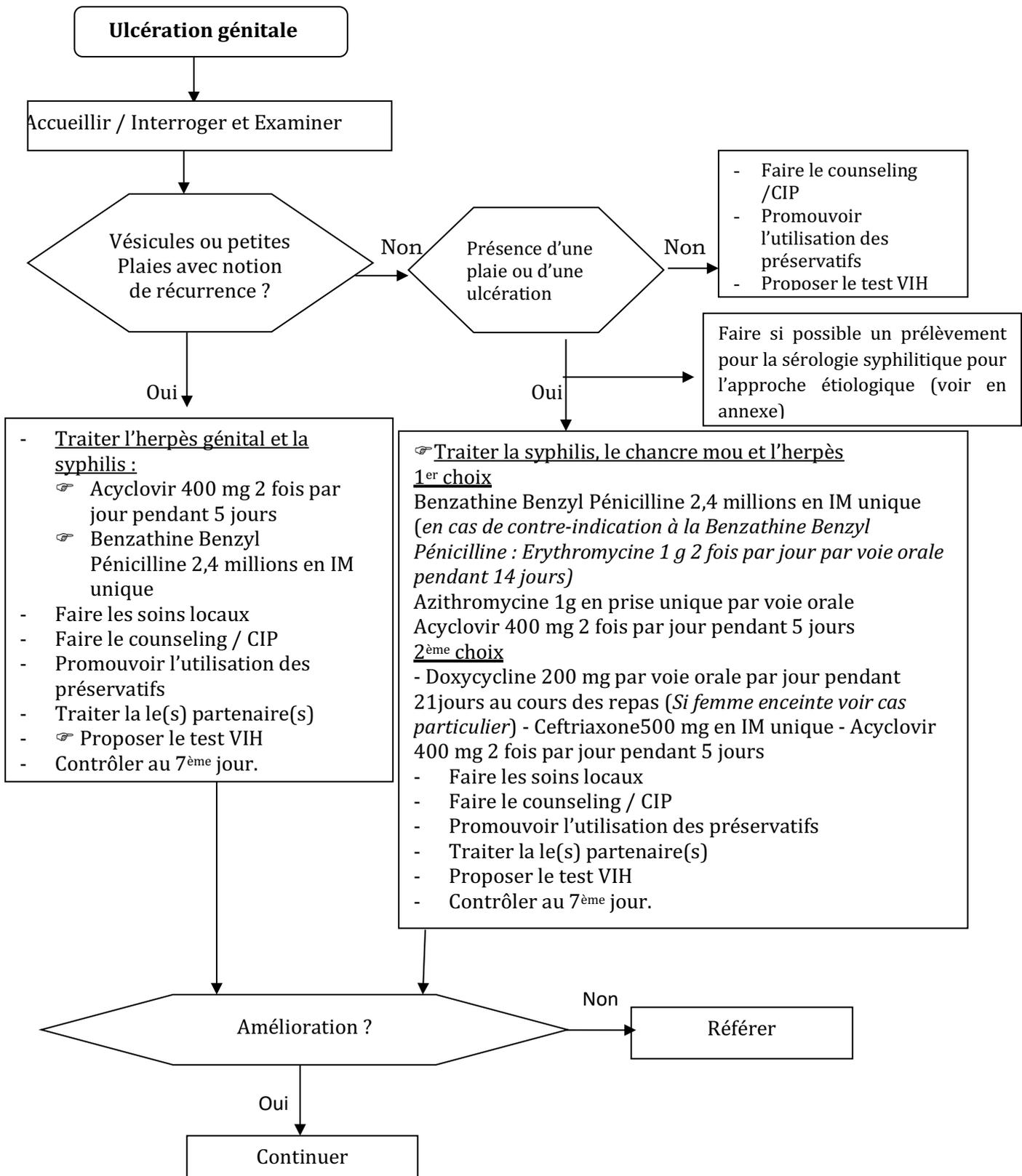
Ces différentes causes peuvent être associées.

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.

ALGORITHME 5 : Ulcération génitale



4.2.5-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.

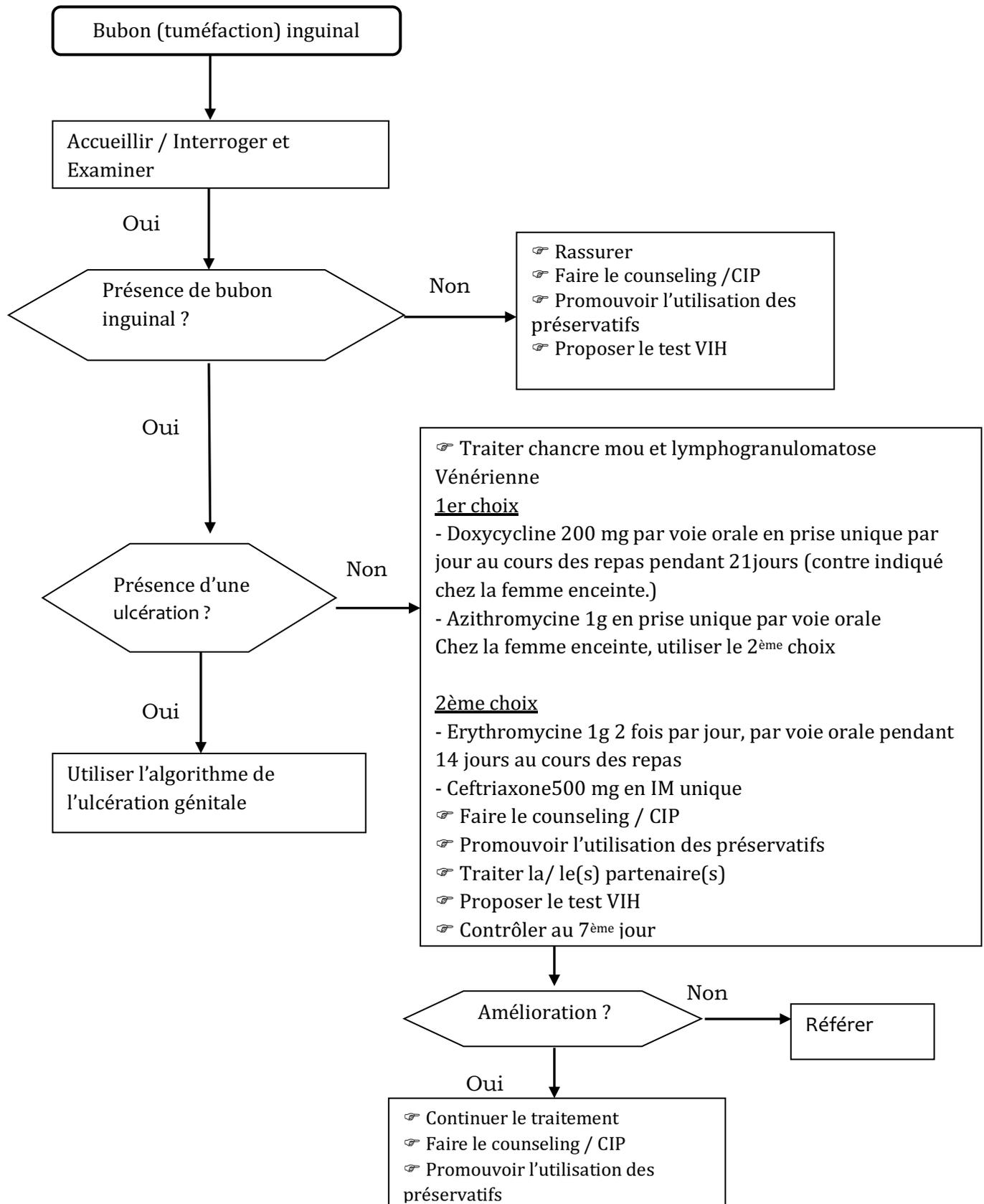
Causes

- *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.*

ALGORITHME 6 : Bubon inguinal



4.2.6-Tuméfaction 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 uni ou bilatérale des testicules à la palpation.

Causes

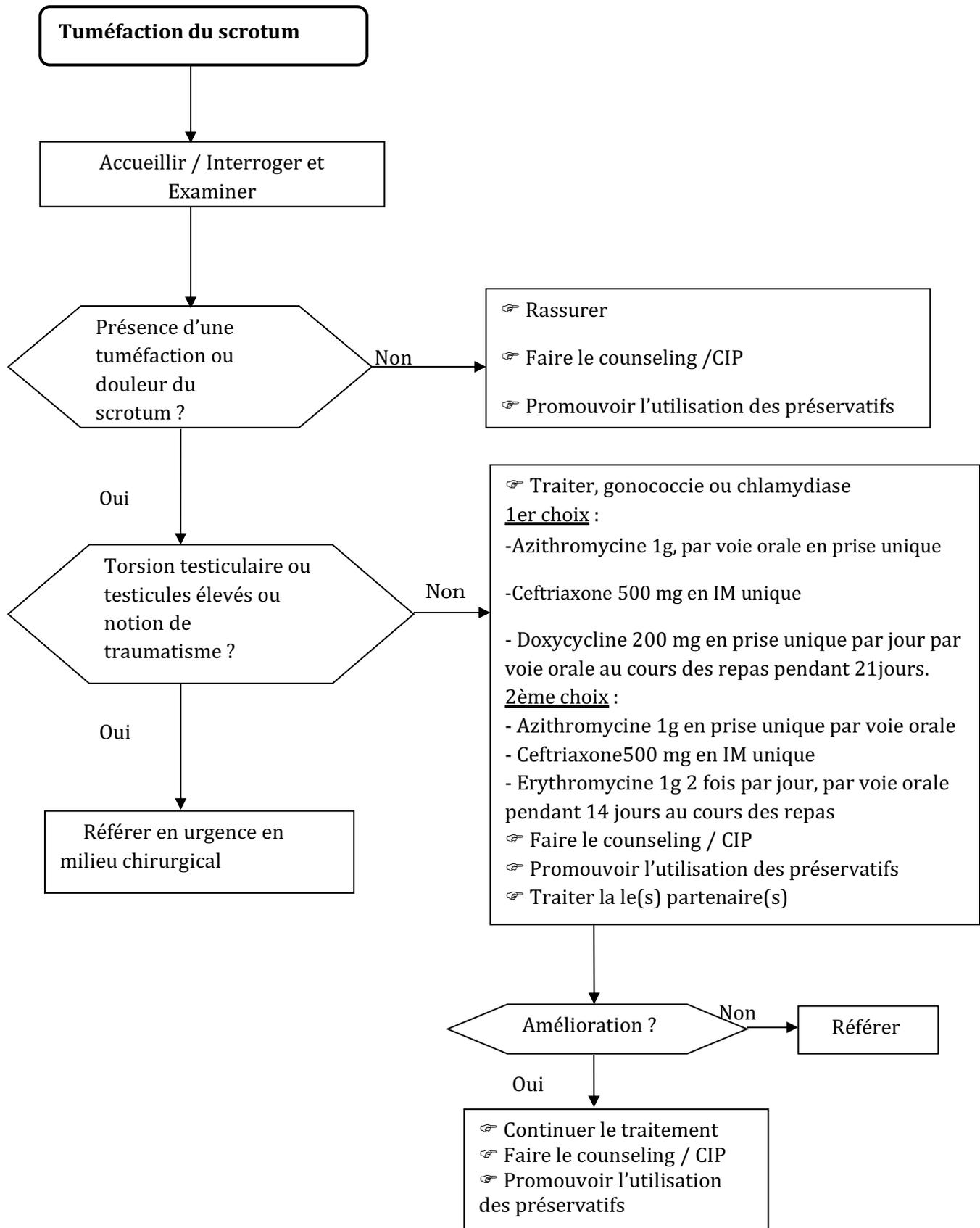
- *Neisseria gonorrhoeae* (gonococcie)
- *Chlamydia trachomatis* (chlamydie)

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.

ALGORITHME 7 : Tuméfaction du scrotum



4.2.7- 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 associée ou non à une rougeur et/ou une tuméfaction des paupières ;
- d'une simple rougeur persistante des yeux.

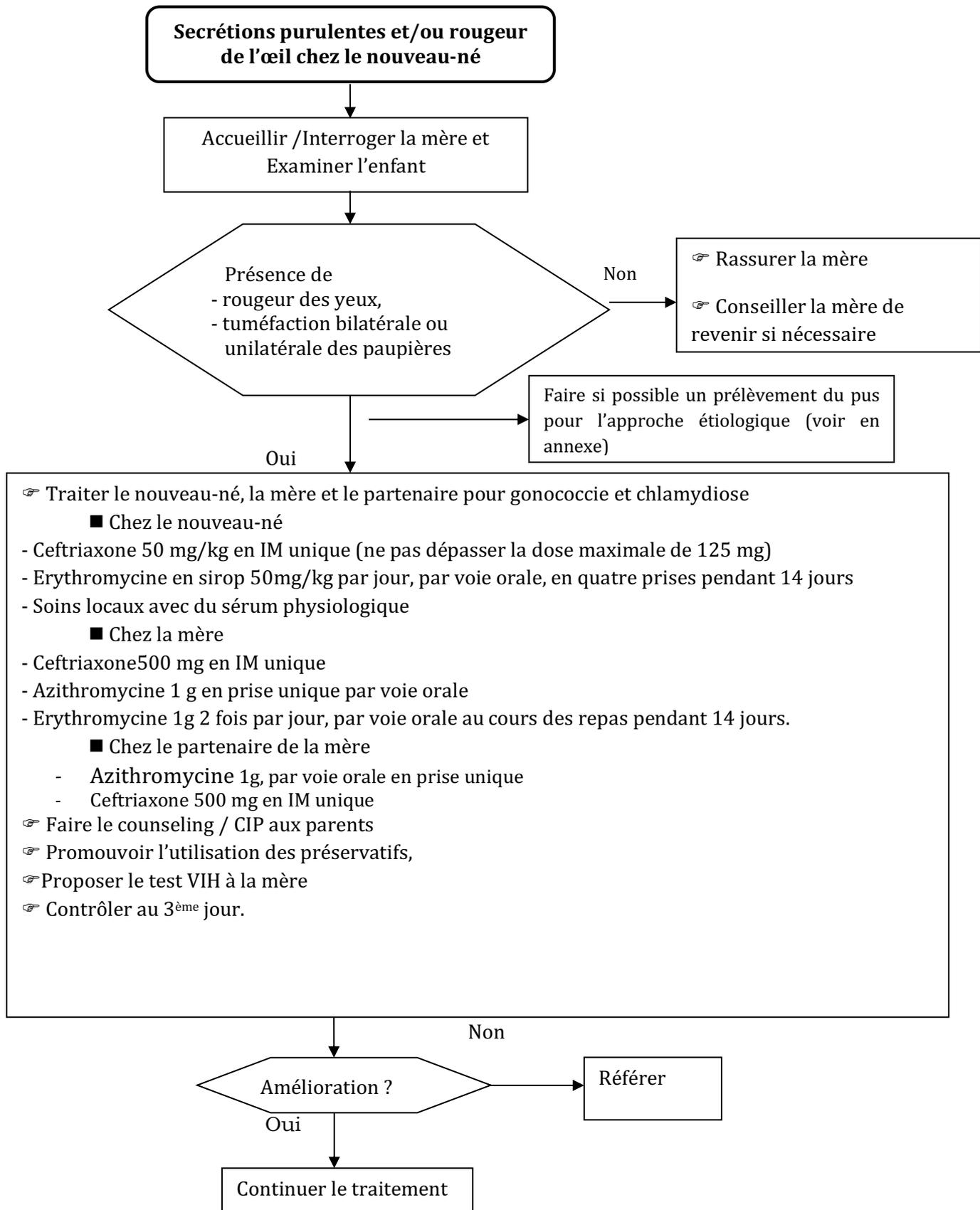
Causes

- *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.

ALGORITHME 8 : Conjonctivite du nouveau-né



4.2.8-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 sur : 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 %.

ALGORITHME 9 : Condylomes ou Végétations vénériennes

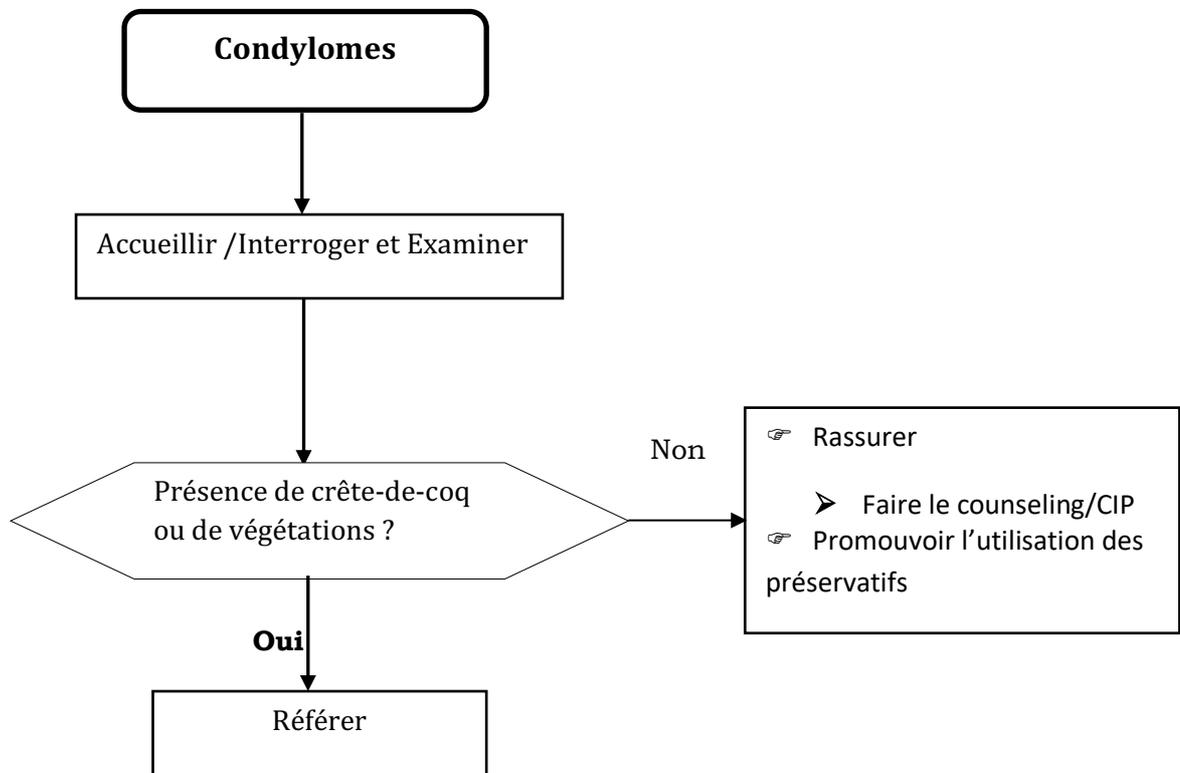


Tableau 7 : Récapitulatif du traitement des syndromes IST

SYNDROMES	TRAITEMENTS DE 1 ^{ER} CHOIX	TRAITEMENTS DE 2 ^È CHOIX
1. Ecoulement urétral Traiter gonococcie chlamydieuse et Trichomose	-Azithromycine 1g, par voie orale en prise unique -Ceftriaxone 500 mg en IM unique -Métronidazole 2g en p. u. (si chec)	-Azithromycine 1g, par voie orale en prise unique - Ceftriaxone 500 mg en IM unique -Tinidazole 2g en en prise unique p. u. (si échec)
2. Ecoulement anal traiter gonococcie, chlamydieuse et Trichomonose	-Azithromycine 1g, par voie orale en prise unique - Ceftriaxone 500 mg en IM unique -Métronidazole 2g en prise unique	-Azithromycine 1g, par voie orale en prise unique - Ceftriaxone 500 mg en IM unique -Tinidazole 2g en prise unique
3. Ecoulement vaginal 3.1. Traiter vaginose bactérienne, trichomonase et candidose si évaluation du risque négative- 3.2. Traiter gonococcie, chlamydieuse et trichomonase si évaluation du risque positive	-Métronidazole 2 g en p. u. le soir au cours du repas -Fluconazole 150 mg PO en pu Azithromycine 1g, par voie orale en prise unique - Ceftriaxone 500 mg en IM unique -Métronidazole 2 g en p.o. et p.u.	-Tinidazole 2g p.o en p.u. -Clotrimazole 500mg une ovule unique le soir Azithromycine 1g, par voie orale en prise unique - Ceftriaxone 500 mg en IM unique -Tinidazole 2g p.o en p.u.
4. Douleurs abdominales basses ou syndrome inflammatoire pelvien	- Azithromycine 1g, par voie orale en prise unique - Ceftriaxone 500 mg en IM unique -Doxycycline 200 mg/j p.u. pendant 21 j au cours des repas	-Azithromycine 1g, par voie orale en prise unique - Ceftriaxone 500 mg en IM unique -Erythromycine 1gx2/j pendant 14 j au cours des repas

4.3-

	- Métronidazole 1g p.o. en p. u. pendant 14j	- Tinidazole 1g p.o en p.u. pendant 14 j
5. Ulcérations génitales 5.1. Traiter syphilis et chancre mou et herpes 5.2. Traiter herpès génital et Syphilis	- Benzathine Benzyl pénicilline 2,4M en IM unique - Azithromycine 1gp.o en p.u. - Acyclovir 400mg 2x/j pendant 5jours	- Doxycycline 200 mg/j p.u. pendant 21 j au cours des repas - Ceftriaxone 500 mg en IM unique - Acyclovir 400mg 2x/j pendant 5 jours
	- Benzathine Benzyl pénicilline 2,4M en IM unique - Acyclovir 400mg 2x/j pendant 5jours	- Doxycycline 200 mg/j p.u. pendant 21 j au cours des repas - Acyclovir 400mg 2x/j pendant 5 jours
6. Ulcération ano-rectale Traiter gonococcie, syphilis, chancre, chancre mou et herpès	- Benzathine Benzyl pénicilline 2,4M en IM unique - Azithromycine 1g, par voie orale en prise unique - Ceftriaxone 500 mg en IM unique ➤ Métronidazole 2g en PU ➤ Acyclovir 400 mg 2 fois par jour pendant 5 jours Faire les soins locaux	pas de 2 ^{ème} choix
7. Bubon inguinal Traiter chancre mou et lymphogranulomatose vénérienne	- Azithromycine 1g, par voie orale en prise unique - Doxycycline 200 mg/j p.u. pendant 21j au cours des repas	- Ceftriaxone 500 mg en IM unique - Erythromycine 1gx2/j pendant 21j au cours des repas
8. Tuméfaction du scrotum (Traiter gonococcie et chlamydie)	- Azithromycine 1g, par voie orale en prise unique - Ceftriaxone 500 mg en IM unique - Doxycycline 200 mg/j p.u. pendant 21j au cours des repas	- Azithromycine 1g, par voie orale en prise unique - Ceftriaxone 500 mg en IM unique - Erythromycine 1gx2/j pendant 14 j au cours des repas
9. Conjonctivite du nouveau-né 9.1. Le nouveau-né : Traiter Gonococcie et Chlamydie 9.2. La mère : traiter Gonococcie 9.3. Le partenaire de la mère Traiter gonococcie	- Ceftriaxone 50 mg/kg en IM unique sans dépasser 125mg /J - Erythromycine sirop 50 mg/kg/j en 4 prises pendant 14 j	Pas de 2 ^e choix
	- Azithromycine 1g, par voie orale en prise unique - Ceftriaxone 500 mg en IM unique - Erythromycine 1gx2/j pendant 14 j au cours des repas	- Pas de 2 ^e choix
	- Azithromycine 1g, par voie orale en prise unique - Ceftriaxone 500 mg en IM unique	
10. Condylomes ou végétations vénériennes	Référer	

NOTIONS SUR LA PREVENTION DES INFECTIONS

Tout le monde (clients ou personnel) doit être considéré comme étant potentiellement infectieux.

Le lavage des mains est la procédure la plus pratique pour prévenir la contamination croisée. Portez des gants avant de toucher quoi que ce soit de mouillé, la peau lésée, les muqueuses, du sang ou d'autres liquides organiques (sécrétions ou excréctions).

Principes de la prévention des infections :

2. Utilisez des barrières s'il y a risque d'éclaboussures ou d'écoulements de n'importe quel liquide organique, sécrétion ou excrétion (lunettes protectrices, masque ou tablier).
3. Utilisez des pratiques de travail sûres. Par exemple: ne pas recouvrir ou plier les aiguilles, le traitement correct des instruments et l'évacuation des déchets médicaux selon les pratiques recommandées.

5.5.1-Définition des termes

- *Micro-organismes*: Germes responsables des infections : bactéries, virus, champignons et parasites.
- *Asepsie*: Ensemble des moyens utilisés pour empêcher les micro-organismes de pénétrer dans une partie quelconque du corps où ils risquent de provoquer une infection.
- *Antiseptie*: Destruction ou l'inhibition de la croissance des micro-organismes sur la peau ou autres tissus humains.
- *Décontamination*: Procédé qui consiste à rendre les objets moins dangereux à manipuler.
- *Nettoyage*: Enlèvement de sang, des liquides organiques ou tout autres corps étrangers visibles à l'œil nu.
- *Désinfection*: Opération qui permet d'éliminer en grande partie mais pas en totalité les micro-organismes.
- *Stérilisation*: Procédé qui permet d'éliminer tous les micro-organismes y compris les endospores.
- *La prévention de l'infection*: Consiste à placer des barrières entre l'hôte et les micro-organismes.

5.5.2-Etapes de prévention de l'infection

Pour éviter toute contamination croisée entre client et personnel de santé il faut:

- Se laver les mains ;
- Porter des barrières protectrices (prestataire et personnel de nettoyage) ;
- Traiter le matériel ;
- Eliminer les déchets.

➤ Le lavage des mains

- a. Se laver les mains avant et après avoir examiné un client (contact direct).
- b. Se laver les mains après avoir retiré les gants car ceux-ci peuvent avoir des trous.
- c. Se laver les mains après toute exposition à du sang ou des liquides organiques (sécrétions ou excréments), même si l'on a porté des gants.
- d. Utiliser du savon ordinaire ou antiseptique.
- e. Se frotter les mains savonnées vigoureusement ensemble pendant 15 à 30 secondes.
- f. Rincer avec l'eau courante propre d'un robinet ou d'un seau.
- g. Sécher les mains avec un linge propre et sec ou les sécher à l'air.

Pour un lavage chirurgical:

- Utiliser du savon ou un antiseptique et une brosse douce ;
- Durée: 3 à 5 minutes ;
- Frotter du bout des doigts vers les poignets et coudes.

➤ Le port des barrières protectrices

Gants : Il est important de porter des gants:

- Pour réaliser une opération dans la clinique ou dans le bloc opératoire ;
- Pour manipuler des instruments, des gants et d'autres objets souillés ;
- Pour évacuer les déchets contaminés (coton, gaze ou pansements).

Lunettes protectrices, masques et tabliers :

1. Portez des lunettes, un masque et un tablier s'il y a la possibilité d'une éclaboussure ou d'un versement de liquides organiques.

➤ Traitement du matériel

Le traitement du matériel en matière de PI passe par :

2. La décontamination

La décontamination consiste à tremper les objets souillés dans une solution d'eau chlorée à 0,5% pendant 20 minutes. Ce trempage rend les objets moins dangereux à manipuler pendant le nettoyage.

Préparer une solution chlorée :

Parts totales (PT) (H²O) = [% de solution concentrée] -1

% Désire

Exemple : pour préparer une solution de chlore à 0,5% à partir d'une solution concentrée à 5%: il faut

$$\text{Part d'eau} = \frac{5\%}{0,5\%} - 1 = 5 - 1 = 10 - 1 = 9$$

Il faut 1 part d'eau de Javel pour 9 parts d'eau

3. *Le lavage et le nettoyage*

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

4. *La stérilisation*

- Stérilisation par vapeur : (Autoclave)

1 Température exigée: 121°

2 Durée: 20 minutes si le matériel n'est pas enveloppé,

30 minutes si le matériel est enveloppé.

- Stérilisation par chaleur sèche (Poupinel)
- Température exigée 170°
- Durée: 60 minutes
- Stérilisation chimique
- Glutaraldéhyde 2% durée 10 heures
- Formaldéhyde 8% durée 24 heures
- Rincer avec eau stérile.

5. *La désinfection de Haut niveau*

- Faire bouillir les instruments et autres objets pendant 20 minutes.

➤ **Elimination de déchets**

6. Avant d'enlever les gants, placer les articles contaminés (gaze ou coton) dans un récipient étanche (avec un couvercle) ou dans un sac en plastique.
7. Incinérer ou enterrer les déchets

Conditions:

- Porter des gants de ménage.
- Transporter dans des récipients couverts.
- Mettre des objets tranchants dans des boîtes à tranchants.
- Brûler ou enterrer les déchets solides contaminés.
- Laver les mains, gants et récipients après l'opération.



MODULE 5 :
CAS PARTICULIERS

5.1-LES DIFFERENTS 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.

5.2- PERCEPTIONS ET REPRESENTATIONS 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

5.3- 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, les professionnels de sexe et leurs clients

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 SA offre le paquet minimum d'activités, des services spécifiquement des clients vulnérables (populations clés, jeunes de 15 à 24 ans, hommes et femmes en uniforme, populations mobiles dont les migrants et routiers, travailleurs du secteur minier...)

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) ou MSM (Men who have Sex with Men) en anglais

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.

C'est là qu'il est important de rappeler que les hommes (comme les femmes d'ailleurs) **ne choisissent pas leur orientation sexuelle** et qu'**ils ne sont pas en mesure de la changer**.

Personne bisexuelle (bi)

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

Personne hétérosexuelle (hétéro)

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 (trans)

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 pénis 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 par les HSH (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.

Les HSH font parfois face à une double stigmatisation lorsqu'ils sont confrontés à l'infection par le VIH, considérée comme une maladie honteuse, « immorale », un danger pour les autres, ou encore une condamnation à mort imminente (stigmatisation spécifique liée au VIH). La stigmatisation relative à l'orientation sexuelle (stigmatisation préexistante) est liée à la déviation supposée par rapport à une norme, qui entraîne distanciation, évitement et rejet (stigmatisation mise en acte). Ces différents aspects de la stigmatisation interagissent et s'alimentent mutuellement.

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.

5.4 - 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.

Remarque :

- 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 ;
- Gênée 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 PD et HSH (stigmatisation au sein de leur communauté s'ils parlent ouvertement de sexualité et de rapports sexuels entre hommes).

Du côté du patient :

- Gênée 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.

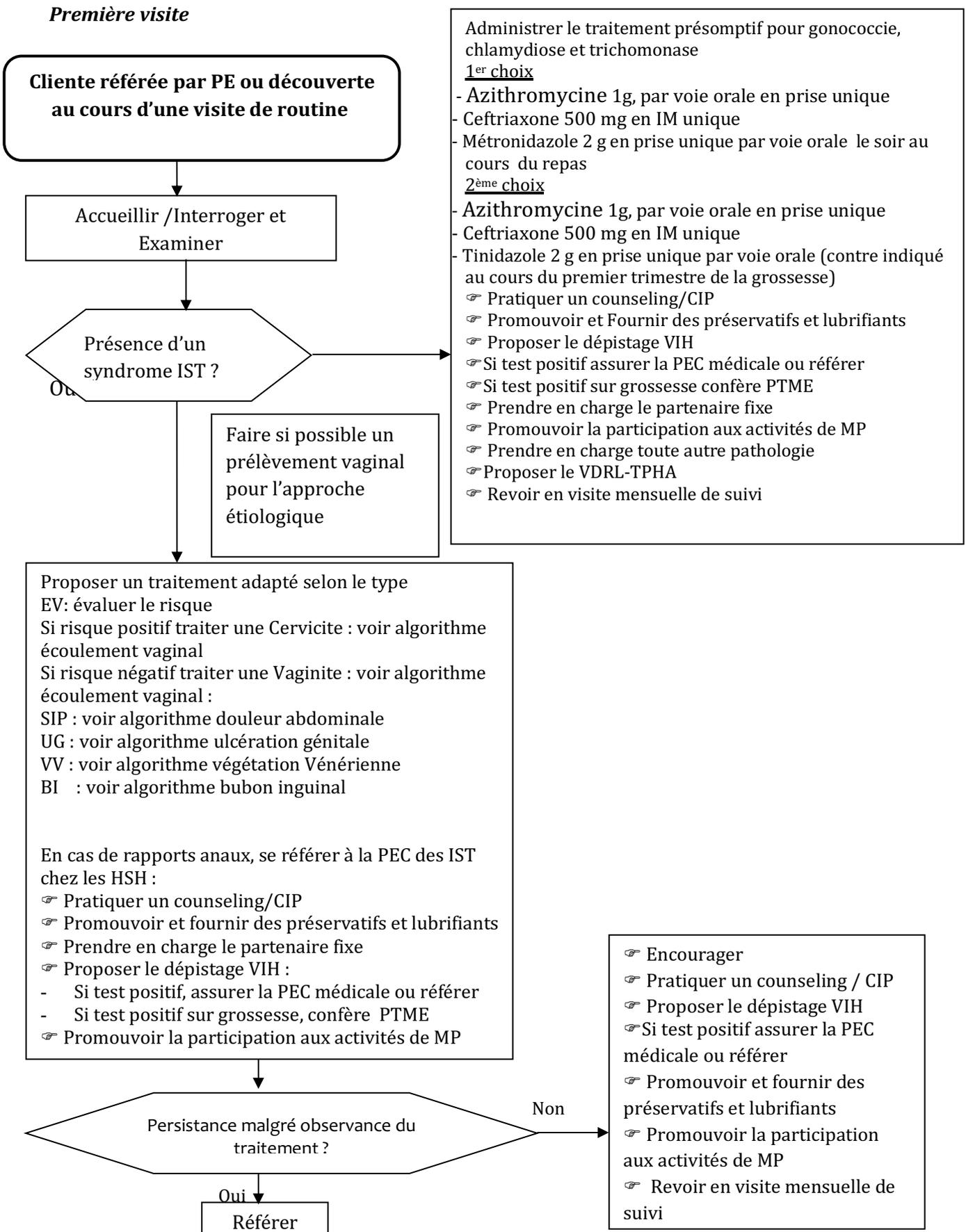
Que doit faire concrètement un agent de santé lors d'une consultation pour respecter les principes écrits ci-dessus ?

- 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.

5.4.1 - Prise en charge des IST chez les professionnels du sexe : Voir algorithmes

ALGORITHME 10 : Prise en charge des IST chez les professionnels de sexe

Première visite



Administrez le traitement présomptif pour gonococcie, chlamydie et trichomonase

1^{er} choix

- Azithromycine 1g, par voie orale en prise unique
- Ceftriaxone 500 mg en IM unique
- Métronidazole 2 g en prise unique par voie orale le soir au cours du repas

2^{ème} choix

- Azithromycine 1g, par voie orale en prise unique
- Ceftriaxone 500 mg en IM unique
- Tinidazole 2 g en prise unique par voie orale (contre indiqué au cours du premier trimestre de la grossesse)

- ☞ Pratiquer un counseling/CIP
- ☞ Promouvoir et Fournir des préservatifs et lubrifiants
- ☞ Proposer le dépistage VIH
- ☞ Si test positif assurer la PEC médicale ou référer
- ☞ Si test positif sur grossesse confère PTME
- ☞ Prendre en charge le partenaire fixe
- ☞ Promouvoir la participation aux activités de MP
- ☞ Prendre en charge toute autre pathologie
- ☞ Proposer le VDRL-TPHA
- ☞ Revoir en visite mensuelle de suivi

Proposer un traitement adapté selon le type

EV: évaluer le risque

Si risque positif traiter une Cervicite : voir algorithme écoulement vaginal

Si risque négatif traiter une Vaginite : voir algorithme écoulement vaginal :

SIP : voir algorithme douleur abdominale

UG : voir algorithme ulcération génitale

VV : voir algorithme végétation Vénérienne

BI : voir algorithme bubon inguinal

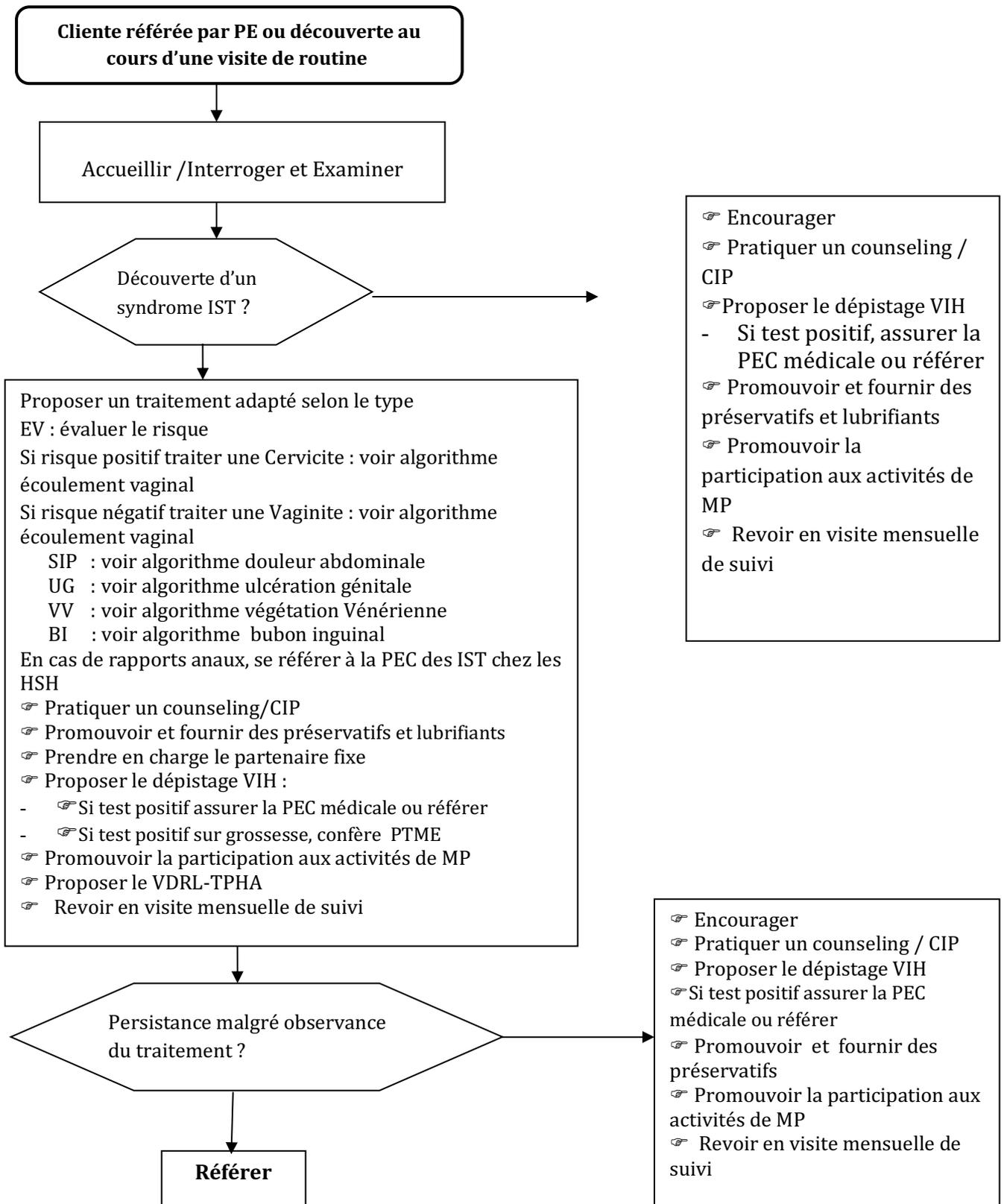
En cas de rapports anaux, se référer à la PEC des IST chez les HSH :

- ☞ Pratiquer un counseling/CIP
- ☞ Promouvoir et fournir des préservatifs et lubrifiants
- ☞ Prendre en charge le partenaire fixe
- ☞ Proposer le dépistage VIH :
- Si test positif, assurer la PEC médicale ou référer
- Si test positif sur grossesse, confère PTME
- ☞ Promouvoir la participation aux activités de MP

- ☞ Encourager
- ☞ Pratiquer un counseling / CIP
- ☞ Proposer le dépistage VIH
- ☞ Si test positif assurer la PEC médicale ou référer
- ☞ Promouvoir et fournir des préservatifs et lubrifiants
- ☞ Promouvoir la participation aux activités de MP
- ☞ Revoir en visite mensuelle de suivi

ALGORITHME 11 : Prise en charge des IST chez les professionnels de sexe

Visite mensuelle de suivi



5.4.2 - Prise en charge des IST chez les HSH : Spécificités de la PEC des IST auprès des HSH

La PEC des IST chez les HSH présente plusieurs spécificités :

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

5.4.2.1 - Consultation médicale

5.4.2.1.1 - 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 :

1. Le début de la consultation doit être consacré à développer un rapport de confiance avec le client
2. 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

5.4.2.1.2 -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 et ano-rectale 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).
6. La prescription du traitement.
7. Les conseils et la distribution des préservatifs/gels et la date du prochain rendez-vous
8. *Anuscopie (Voir annexe)*

5.4.2.1.3 - Diagnostic biologique des IST

- Prélèvement sanguin : VIH, VHB, VHC, Syphilis,
- Prélèvement local IST : Voir Algorithme de PEC IST

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 (anite).
- 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.

5.4.3 - TRAITEMENT DU VIH :

- ☞ Considérations spécifiques aux populations clés, surtout chez les HSH / PS
- ☞ Les arv doivent être initiés dès le dépistage du VIH quel que soit le taux du CD4.

5.4.4-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.

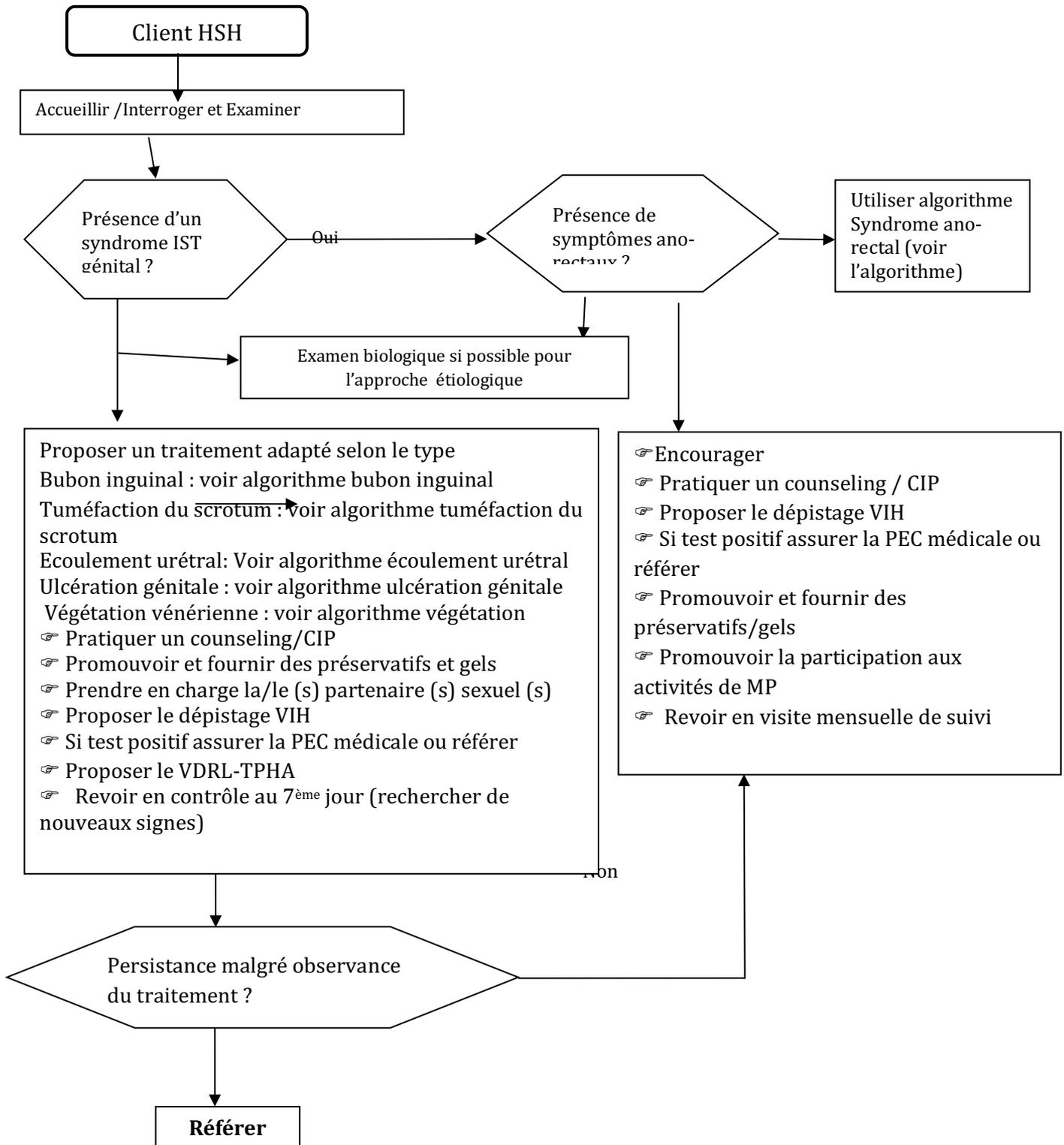
En plus des complications liées aux IST génitales, on peut noter des fissures ou fistules anales, des scléroses ou sténoses rectales et des cancers anorectaux (liés au HPV)

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

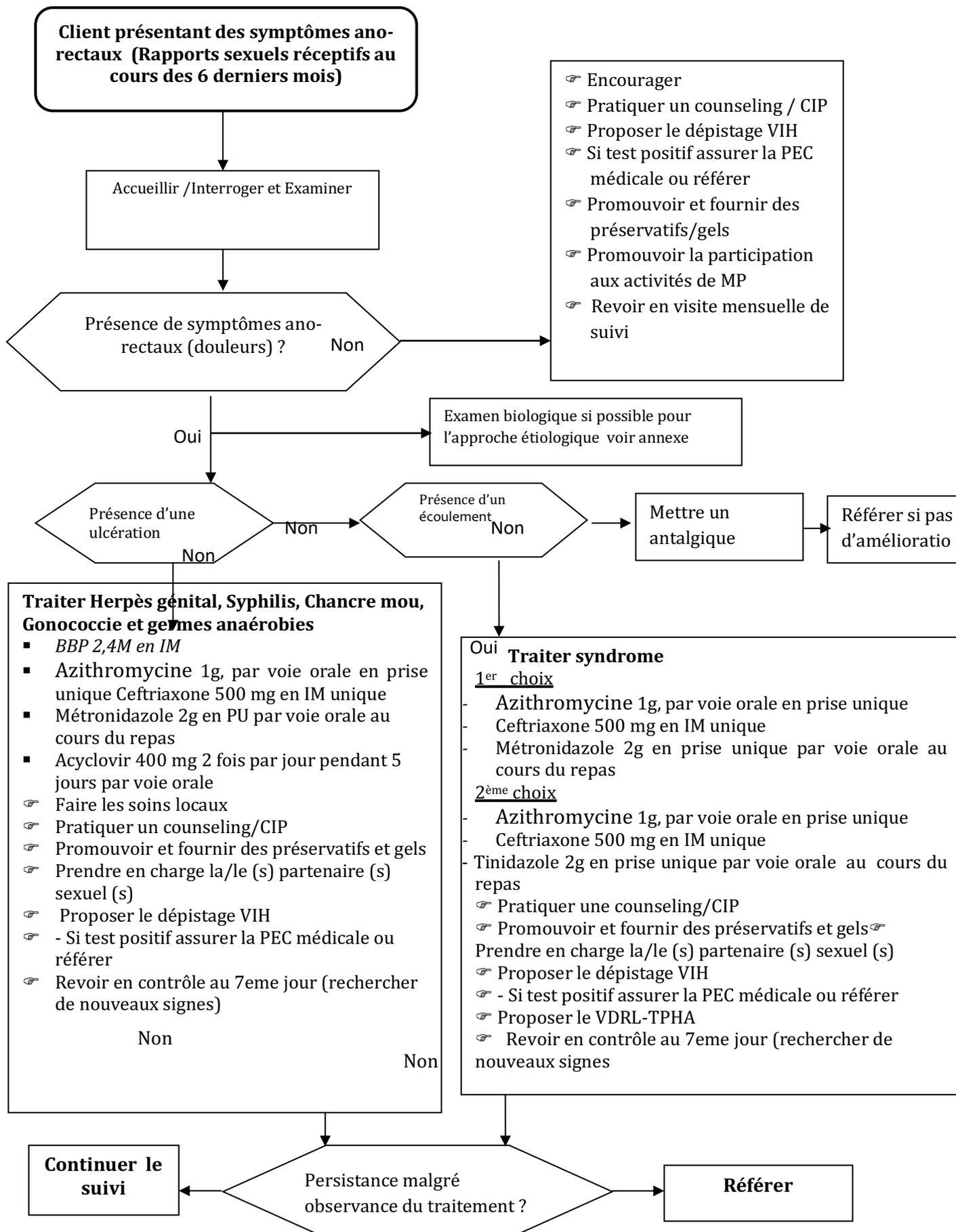
Tableau 8 : Récapitulatif des localisations et de la symptomatologie des IST chez les HSH

TYPE DE SYNDROME	LOCALISATION	SYMPTOMATOLOGIE
Ecoulements gonococciques	Urètre Gorge Anus	<ul style="list-style-type: none"> - Urétrite : sécrétion anormale jaune purulente +/- brûlure à la miction ou à l'éjaculation - Pharyngite : gorge sèche, douleur pharyngée et toux évoquant une infection respiratoire virale - Anite : sécrétion anormale jaune ou saignement +/- douleur et saignement lors de la défécation ou des rapports anaux
Ecoulements de type Chlamydia	Urètre Anus Scrotum	<ul style="list-style-type: none"> - Urétrite : sécrétion anormale jaune purulente +/- brûlure à la miction ou à l'éjaculation +/- prurit 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	<p>3 stades de l'infection :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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-anales (+ urètre)	Végétations vénériennes, excroissances cutano-muqueuses, augmentent le risque de cancer anal

ALGORITHME 12 : Prise en charge des IST génitales chez les HS



ALGORITHME 13 : Prise en charge des IST ano-rectales chez les HSH



5.5- 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.

5.6 -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 dans notre pays, 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.

5.6.1 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.

5.6.2 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 (voir tableau 11)

Tableau 11 : Signes cliniques suspects d'abus sexuel chez un enfant

Signes	Féminin	Masculin
Génitaux	Absence ou déchirure de l'hymen Fissure ou béance anale Traumatisme du périnée Fistule vésico-vaginale Fistule recto-vaginale Douleurs pelviennes Présence d'une IST	Béance anale Fissure anale Fistule recto-anale Présence d'une IST
Autres signes*	Traumatismes cutanés Docilité marquée à l'examen Crainte exagérée d'un parent ou d'un proche	

* Signes pouvant évoquer une maltraitance de l'enfant (dans les deux sexes) en général, mais non spécifiques de l'abus sexuel.

5.6.3 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 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.
- 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 Togo (cf. Guide national de prise en charge médicale du VIH).

5.7 -Prise en charge des IST chez la femme enceinte

5.7.1 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 utéro (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

5.7.2 La syphilis congénitale

La contamination se fait par voie transplacentaire.

- Pendant les 4 à 5 premiers mois de grossesse, la barrière placentaire est infranchissable ;

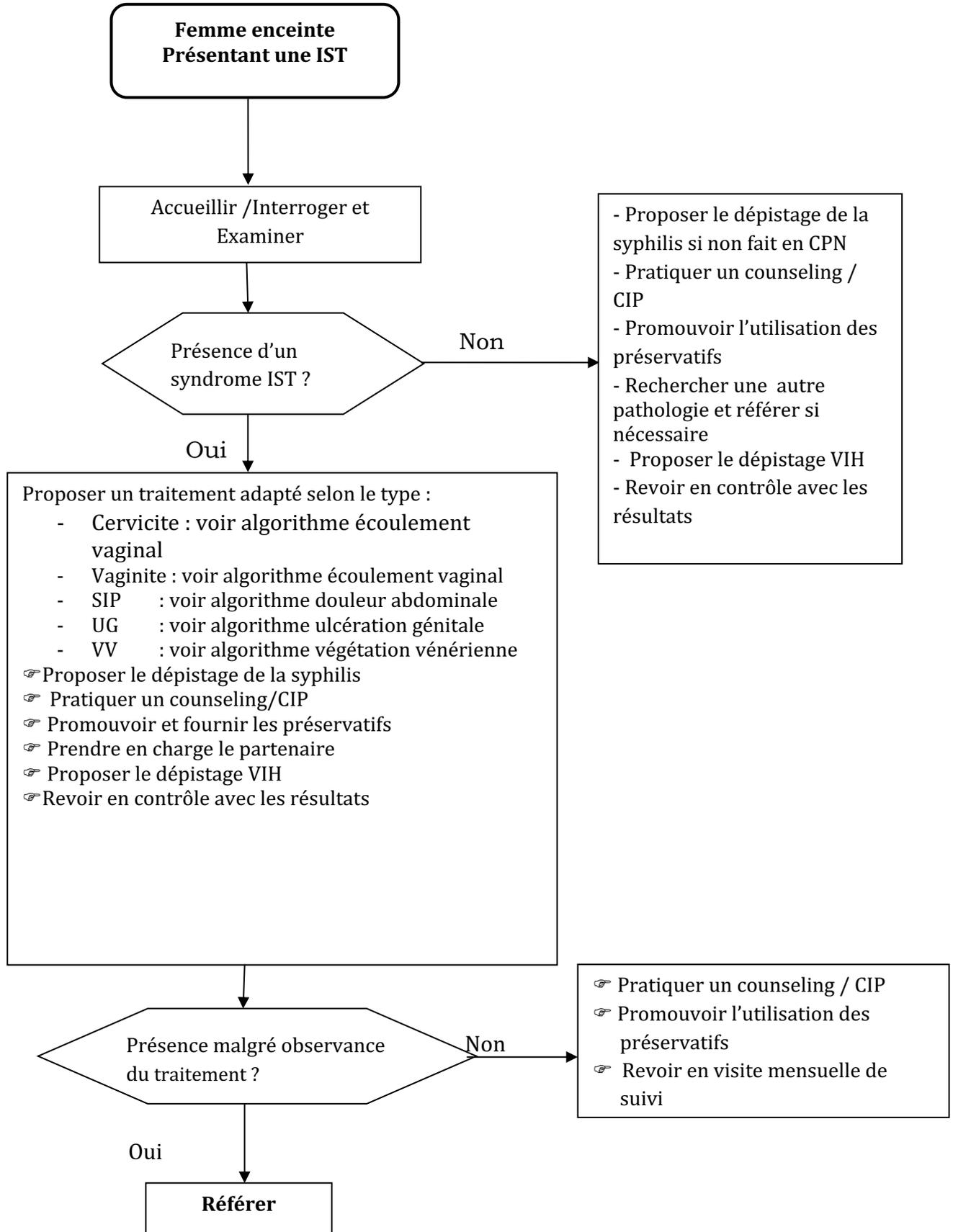
- À partir du 5^{ème} mois de grossesse, la contamination devient possible, les tréponèmes vivants passent du placenta vers les vaisseaux ombilicaux puis vers le foie du fœtus.

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

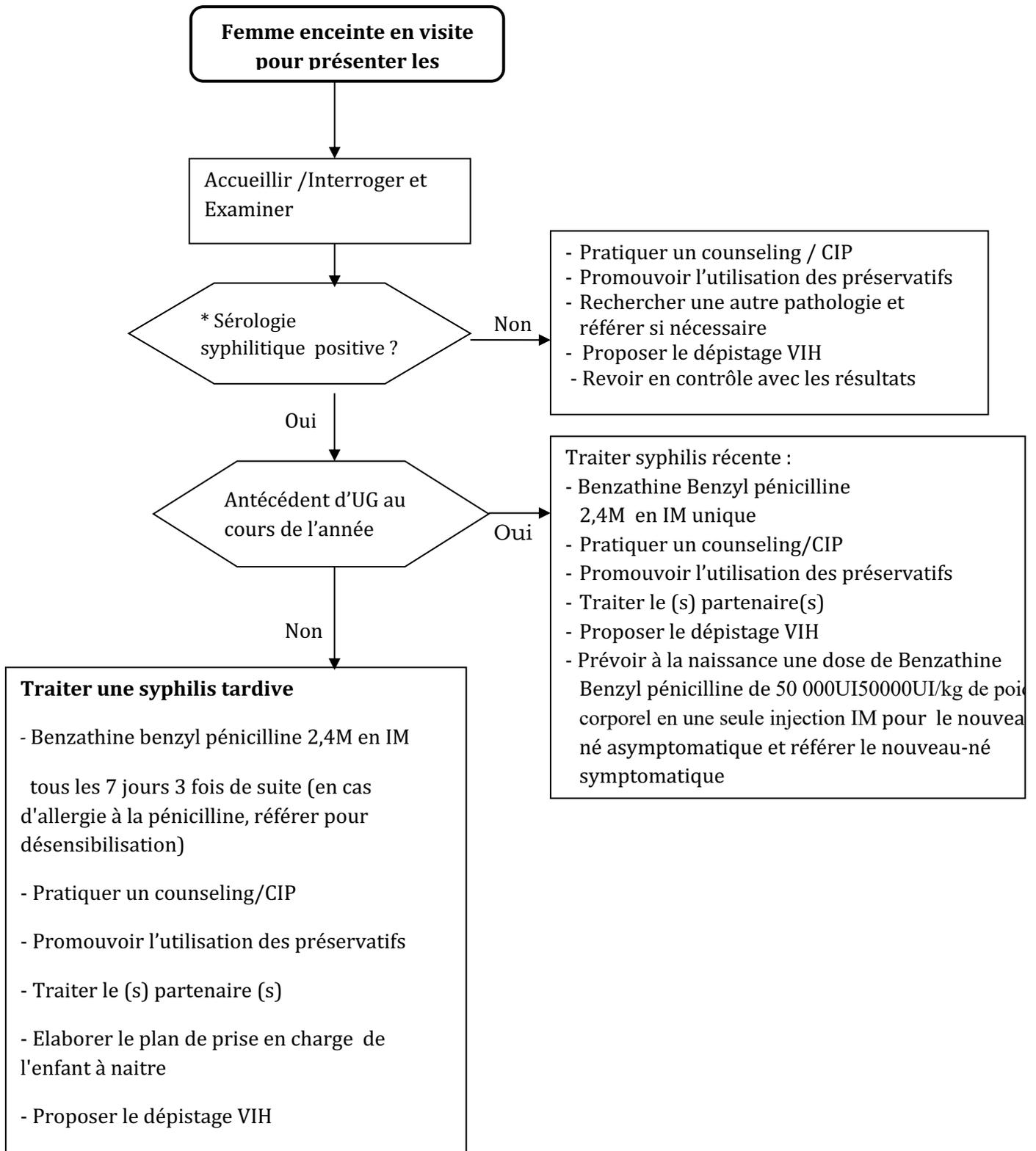
Traitement de la syphilis congénitale

- 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.

ALGORITHME 12 : Prise en charge des IST chez la femme enceinte : première visite



ALGORITHME 13 : Prise en charge des IST chez la femme enceinte : Visite pour présentation des résultats



MODULE 6 :
**COMMUNICATION
INTERPERSONNELLE /
COUNSELING**

6.1- GENERALITES SUR LA COMMUNICATION INTERPERSONNELLE

La communication interpersonnelle (CIP) est l'une des techniques de communication au cours de laquelle l'échange d'information se fait entre des interlocuteurs (entre deux personnes ou entre une personne et un groupe restreint de personnes) qui peuvent se voir et s'entendre ou uniquement s'entendre ou se lire.

La notion de rétroaction est capitale dans une CIP et doit se faire dans un délai relativement court. Elle accorde une importance aussi bien à la communication verbale qu'à la communication non verbale.

Les formes de CIP sont :

- Causerie de groupe (voir module 2) ;
- Counseling ;
- Discussions de groupe.

Le counseling se définit comme étant un entretien, un tête-à-tête confidentiel qui a lieu dans un endroit calme au cours duquel une personne aide une autre personne à trouver et à choisir une solution à son problème.

Le counseling est efficace si le prestataire a pu établir et maintenir un dialogue basé sur la confiance.

6.2- PLACE DU COUNSELING/CIP DANS LA PRISE EN CHARGE DES IST

La consultation pour IST offre l'opportunité à l'agent de santé d'évaluer avec le patient les facteurs de risques liés aux IST/VIH et de l'amener à adopter un comportement à moindre risque. Cette discussion doit se dérouler dans un climat de confiance et de stricte confidentialité en abordant les différents aspects de la vie sexuelle et affective du patient ainsi que ceux de ses partenaires.

Les qualités d'un bon conseiller

- *Savoir accueillir le patient*
- *Etre compétent sur le sujet*
- *Etre capable d'informer*
- *Savoir écouter*
- *Pouvoir comprendre*
- *Respecter le patient*
- *Savoir tolérer les différences sexuelles*
- *Aider à prendre des décisions*
- *Utiliser l'empathie*

6.7- ACCUEIL (VOIR CHAPITRE ACCUEIL ET INTERROGATOIRE)

- Attitudes et gestes utiles et nécessaires,
- Attitudes et gestes à éviter.

6.8- CONDITIONS DE L'ENTRETIEN ET DE L'EXAMEN

- Cadre physique approprié : le local et l'environnement doivent respecter l'intimité du (de la) client (e).
- Garantir la confidentialité (éviter les vas et vient du personnel, de téléphoner au cours de l'entretien, de regarder sa montre...; ce qui va rassurer le client et assurer un climat de confiance).
- Expliquer les différentes étapes de l'examen au client.

6.9- RENSEIGNEMENTS SPECIFIQUES

- Expliquer la maladie.
- Expliquer le traitement.
- Expliquer l'importance des rendez-vous.
- Montrer et/ou donner les supports IEC (affiches, boîtes à images, dépliants....).

6.10- EVALUATION DU RISQUE ET PLAN PERSONNEL DE REDUCTION DU RISQUE

6.10.1- Evaluation du risque

➤ *Comportement sexuel personnel*

- Nombre de partenaires sexuels au cours des trois derniers mois.
- Rapports sexuels avec un nouveau partenaire ou un partenaire différent au cours des trois derniers mois.

➤ *Utilisation du préservatif*

- Utilisation permanente ou non de préservatifs.
- Utilisation correcte de préservatifs.
- Lieu d'approvisionnement de préservatifs pour s'assurer de la qualité.
- Toute autre IST au cours de la dernière année.
- Echange d'une relation sexuelle contre un gain (argent, drogue, bien matériel).
- Utilisation de substances ou d'herbe pour assécher le vagin ou autres pratiques sexuelles similaires.

➤ **Facteurs de risque personnels**

- Infection par le VIH.
- Utilisation d'instruments servant à percer la peau comme les aiguilles (tatouage, injection), les outils de scarification ou servant à percer des parties du corps, les couteaux de circoncision.
- Transfusion de sang.

☞ **Comportement sexuel du, de la ou des partenaires**

Le (la) ou les partenaires du client ou de la cliente :

- Ont-ils des rapports sexuels avec d'autres partenaires ?
- Utilisent-ils de préservatifs ?
- Ont-ils aussi une IST ?
- Sont-ils atteints de l'infection par le VIH ?
- Se droguent-ils par injection ?
- Si ce sont des hommes, ont-ils eu des rapports sexuels avec d'autres hommes ?

☞ **Consommation personnelle de drogue**

- Consommation d'alcool ou d'autres drogues (si oui lesquelles).
- Partage d'aiguilles ou des instruments (haut risque de contamination par le VIH).
- Rapport sexuel en échange de drogue.

☞ **Comportement préventif du patient ou de la patiente**

- Que fait le (la) client(e) pour se protéger des IST ?
- Utilisation de préservatifs ? quand et comment ? avec qui ? pourquoi ?

6.10.2- Plan de réduction du risque

Après avoir clairement établi le niveau de risque du client, il faut l'aider à comprendre les risques auxquels il s'expose par son comportement sexuel actuel et à réfléchir avec lui au comportement à moindre risque.

Les options pour un comportement sexuel à moindre risque sont les suivantes :

- Limiter le nombre de ses partenaires sexuels à un seul (fidélité réciproque) ;
- Utiliser correctement le préservatif ;
- Utiliser systématiquement le préservatif et le gel lubrifiant surtout pour les rapports anaux ;
- Remplacer les rapports sexuels à haut risque avec pénétration (rapports sexuels avec pénétration vaginale ou anale non protégés) par des contacts sexuels à faible risque (masturbation etc...) ;

- L'abstinence sexuelle comme stratégie préventive devrait être encouragée, particulièrement chez les jeunes ou les couples dont l'un des partenaires est traité pour IST.

6.10.3- Obstacles aux changements

➤ *Les obstacles liés au genre*

- Les femmes n'ont souvent pas leur mot à dire quant au moment des rapports sexuels, à la personne avec qui elles ont des rapports, et les circonstances dans lesquelles ceux-ci ont lieu. Par conséquent elles ne sont pas en mesure de se protéger même si elles le souhaitent ou en ont les moyens (Ex : un préservatif).
- Pour les hommes les attentes peuvent être très différentes bien que les jeunes hommes en particulier puissent être sous l'influence et la pression sociale de leurs camarades pour qu'ils se conforment aux normes masculines locales.

➤ *Les pratiques culturelles*

Elles peuvent soit contribuer soit nuire à la capacité de changement des clients. Penser aux obstacles possibles liés :

- à la différence d'âge au moment du mariage,
- aux rites de la puberté,
- à l'éducation des enfants,
- aux valeurs familiales et communautaires.

➤ *La religion*

Elle peut dans certaines circonstances encourager les gens à adopter des comportements sexuels à moindres risques. Cependant elle crée des obstacles importants au changement en ce qu'elle décourage le libre-échange de point de vue sur la sexualité et certaines mesures de protection.

➤ *La pauvreté, les perturbations sociales et l'instabilité sociopolitique*

- Elles forcent les femmes et les filles parfois les garçons, à avoir des relations sexuelles en échange de biens matériels ou même pour survivre.
- Dans les situations moins extrêmes, le manque d'accessibilité à l'instruction et aux emplois force quelquefois les femmes à avoir des rapports sexuels avec un certain nombre de partenaires, afin qu'elles et leurs enfants puissent se nourrir, se loger et se vêtir.

6.11- NOTION DE DOUBLE PROTECTION

La double protection consiste à utiliser des moyens de prévention efficaces contre les IST/VIH et les grossesses non désirées.

MODULE 7 :
PRISE EN CHARGE DES
PARTENAIRES

7.1- IMPORTANCE DE LA PRISE EN CHARGE DES PARTENAIRES

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

7.2- 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 majeure 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.

MODULE 8 :
ENREGISTREMENT ET NOTIFICATION
DES CAS D'IST

8.1- ENREGISTREMENT DES CAS D'IST

8.1.1-Définition

C'est l'ensemble des activités consistant à reporter et à conserver dans un registre de consultation les données sociodémographiques et cliniques (syndromes, diagnostics, traitements). Il permet :

- De disposer des données sur les IST ;
- A chaque structure de santé d'identifier les tendances relatives à la fréquence et l'incidence des IST ;
- D'évaluer les besoins en ressources (médicaments, équipements, formation..) pour la prise en charge des IST.

L'enregistrement se fait au cours des consultations et lors des examens de laboratoire.

8.1.2- Données à enregistrer

- Date de consultation
- N°d'ordre/numéro d'identification
- Nom et prénoms
- Lieu de résidence (quartier, village, ville, préfecture)
- Profession
- Age /Sexe
- État de grossesse
- Plaintes (ou symptômes)
- Diagnostic
- Traitement
- Observations (Ex : ancien cas, partenaire(s) traité(s), préservatifs, gels etc...)

8.2- NOTIFICATION

La notification des cas est le processus par lequel les cliniciens ou les laboratoires signalent les cas d'IST aux autorités de santé publique.

8.2.1- Intérêt

Tous les prestataires, ceux des secteurs publics, privés, associatifs et confessionnels doivent savoir que la notification des cas d'IST doit être systématique.

La notification des cas est importante car elle permet :

- d'évaluer l'ampleur des IST dans le pays ;
- de suivre les tendances évolutives ;
- de fournir des données et des informations nécessaires pour gérer et planifier les programmes.

8.2.2- Processus de notification

Une bonne notification nécessite plusieurs étapes qui sont :

- l'inscription des informations relatives au cas d'IST sur un support fixe de collecte : c'est l'enregistrement (registre, cahier) ;
- l'inscription des données enregistrées sur un support mobile (fiches de rapport, formulaires, ...)
- la transmission des données à un niveau hiérarchique (district, région, niveau central).

8.2.3- Type de notification

Le type de notification est basé sur l'approche syndromique et ou étiologique. Ceci nécessite le remplissage du support élaboré à cet effet. Toutes les formations sanitaires sont impliquées dans la notification des cas (il s'agit de la notification universelle).

8.2.4- Données à enregistrer

Les données nécessaires pour une notification efficace doivent être celles qui sont utiles pour une analyse.

Ce sont :

- La date ;
- Le lieu de notification (formation sanitaire, préfecture, région) ;
- L'âge ;
- Le sexe ;
- Le syndrome
- Le traitement.

MODULE 9 :
GESTION DES MÉDICAMENTS /
KITS, DES CONSOMMABLES
DES PRÉSERVATIFSGELS ET
GELS

Pour assurer une bonne prise en charge des IST, il est indispensable que les médicaments /kits, les consommables, les préservatifs et gels soient disponibles et bien gérés dans les structures de soins.

Dans ce module, les aspects suivants seront abordés :

- La définition des termes et concepts ;
- Les étapes de la gestion ;
- Les principaux outils de gestion.

9.1- DEFINITION DES TERMES ET CONCEPTS

- **Gestion** : c'est un processus qui consiste à maintenir le stock de chaque médicament/kit, consommables, préservatifs et gel à un niveau adéquat et garantir sa disponibilité effective à tout moment.
- **Stock** : c'est une quantité de produits accumulés en attente d'utilisation ultérieure.
- **Stock de sécurité (SS) : ou niveau minimum de stock ou stock tampon ou réserve**, est la quantité de produits nécessaire pour prévenir les ruptures de stock.
- **Délai de livraison** : intervalle de temps entre le moment où les produits sont commandés et le moment où ils sont reçus et disponibles pour l'utilisation.
- **Médicaments essentiels** : ce sont des médicaments qui satisfont aux besoins de santé de la majorité des populations. Ils sont efficaces, disponibles, présentés sous une forme pharmaceutique appropriée et de bonne qualité.
- **Médicament essentiel et générique (MEG)**: c'est une copie d'un médicament essentiel dont le brevet d'exploitation a expiré. Il est exprimé sous une dénomination commune internationale (D.C.I.) et peut être produit par n'importe quel fabricant pharmaceutique agréé. On dit qu'il est tombé dans le domaine public à un coût abordable.

Au Togo il existe une liste de MEG qui est mise à jour régulièrement et dont les commandes se font par la Centrale d'Achat des MEG (CAMEG)

- **Consommation moyenne mensuelle (CMM)** : c'est la quantité moyenne de médicaments/kits, préservatifs et gels qui sont fournies aux utilisateurs de la structure par mois.
- **Commande d'urgence** : c'est la commande non routinière passée lorsqu'on craint d'avoir une rupture de stock avant la prochaine commande routinière.
- **Fiches de stock** : ce sont des formulaires tenus pour suivre les mouvements de stock d'un produit.

- **Seuil d'alerte** : c'est le niveau de stock à partir duquel il est nécessaire de passer une commande pour éviter une rupture de stock. Il est encore appelé stock critique ou stock d'alarme.
- **Stock maximum** : c'est la quantité de médicaments/kits, consommables, préservatifs et gels au-dessus de laquelle les niveaux ne devraient pas dépasser dans les conditions normales. Les commandes routinières doivent en tenir compte.
- **Rupture de stock** : c'est la situation où le dépôt n'a plus de stock pour un produit donné.

9.2- ETAPES DE LA GESTION

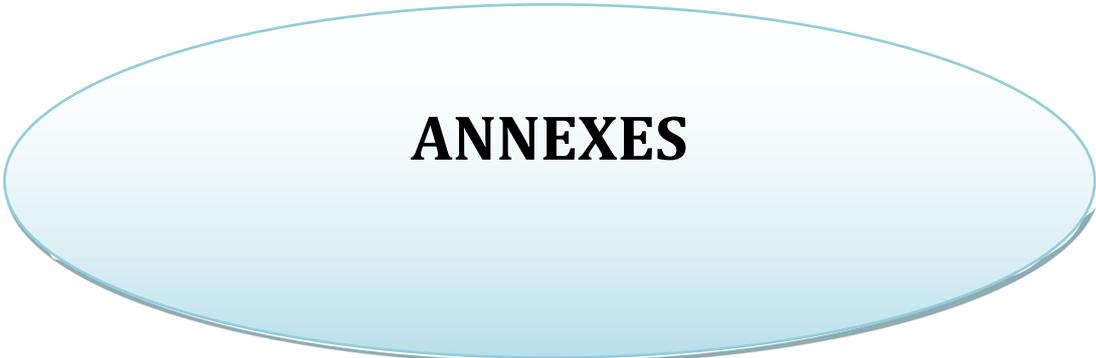
La gestion des médicaments/kits, consommables ou préservatifs/gels comporte six étapes :

- L'estimation des besoins,
- La commande,
- Le transport et la réception,
- Le stockage et la conservation,
- La distribution/dispensation,
- L'évaluation et le contrôle.

Les outils de gestion de stock

Ce sont les instruments qui offrent les informations sur la gestion. Tenus à jour et remplis correctement, ils permettent une gestion rationnelle. Des exemples de différents outils sont en annexe :

- La fiche de stock,
- Le bon de consommation/commande,
- Le bordereau de livraison.



ANNEXES

ANNEXE 1

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

ANNEXE 2



Écoulement urétral purulent (service de dermatologie Pr TCHANGAÏ)



Écoulement vaginal



Herpès génitale (service de dermatologie Pr TCHANGAÏ)



Ulcération génitale (service de dermatologie Pr. Tchangai-Walla)



Bubon inguinal (service de dermatologie Pr. TCHANGAI-WALLA)



Condylome anal

Condylomes du méat urétral



Condylomes de la base du fourreau



Verrues



Orchiépididymite



Nodules scabieux



Bouche : Syphilis



Conjonctivite purulente du nouveau-né (service de dermatologie Pr. TCHANGAI-WALLA)

BIBLIOGRAPHIQUES

1. Comprendre et travailler avec les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes : pour une prévention combinée et une prise en charge globale des IST et du VIH. Réseau Africain des formations sur le VIH/Sida (RAF-VIH), 2013.
2. Dermatologie et infection sexuellement transmissibles. J.H. SAURAT, J.M. LACHAPELLE, D. LIPSKER, L. THOMAS, 5ème Edition MASSON, 2008.
3. Document national des normes et procédures pour la prise en charge des IST, PNLS/IST, 2006.
4. Guide national de prise en charge des IST au Togo, 5ème édition, 2006.
5. Modules de formation pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles, 2ème édition, OMS, 2008.
6. Prise en charge des IST, Guide du formateur PNLS-IST, 2007.
7. Prise en charge des IST, Guides du Burkina Faso, Edition, 2008.
8. Programme National de Lutte contre le Sida et les IST, Rapport annuel 2009.
9. Programme nationale de lutte contre le VIH et le sida chez les professionnelles de sexe et leurs clients au Togo, Ministère de la promotion de la femme du Togo : draft 2010.
10. Sensibilité de souches de *Neisseria gonorrhoeae* aux antibiotiques usuels au Togo. Rapport 2005, Dagnra YP, Pitché P 4 pages.
11. Surveillance sentinelle de l'infection par le VIH et de la syphilis chez les femmes enceinte, en CPN. Rapport 2009.

LISTE DES PARTICIPANTS A L'ATELIER DE VALIDATION

Personnes ressources				
N°	Nom et Prénom	Fonction	Provenance	contact
1	PITCHE P. Vincent	coordonnateur	SP/CNLS-IST	90 09 04 24 ppitche@yahoo.fr
2	Pr DAGNRA Anoumou	Coordonnateur	PNLS/IST	90 01 56 56 a.dagnra@yahoo.fr
3	DAVI Kokou	Point focal VIH	OMS	99 13 22 56 davik@who.int
4	Pr KOMBATE Koussaké	Dermatologue	CHU Campus	90 16 46 96 rosecombat@yahoo.fr
5	TIASSOU Mana	Sage-femme de santé publique	DSMNI/PF	90 35 20 10 manatiassou@gmail.com
6	DEGBEBIA Ladidi	Gestion des intrants	PNLS-IST	90 95 85 44 ladididegbibia@gmail.com
7	MASSOKA Barima	Assistant médical Psychologue	EVT	90 13 85 98 massoetienne@yahoo.fr
8	AMOUZOU- GODOE Adjo	Assistante médicale	FAMME	91 83 98 41 solamouzou@yahoo.fr
9	AGBODJAN Kayissan	Assistante programme VIH	UNFPA	99 47 80 48 agbodjan@unfpa.org
10	MEDJESSIRIBI Afo	RSE	Plateforme	90 31 90 18 medjeafo@gmail.com
11	MENSAH Adjété Modeste	PF IST/VIH assistant médical SP	CS Kodjoviakopé	modesmensah@yahoo.fr
12	AYIVISSAKA- MESSANH Amakoue H.	Infirmier responsable du service IST	UI Sanvee- Condji/Corridor	90 99 79 16 david7chomale@gmail.com
13	ABALO- TCHAMDJA Aklai	Responsable UIST	PNLS/IST	90 04 88 63 abalokla@yahoo.fr
14	TSATSA Yao	Membre UIST	PNLS/IST	90 70 71 17 abeltsats@gmail.com
15	BLEZA Tchao	Membre UIST	PNLS/IST	90 38 30 80 sylvainbleza@gmail.com
16	ALI-EDJE Komlan	Ingénieur biologiste	CNR PNLS/IST	90 22 54 24 edjekom@yahoo.fr
17	AFETSE Jean- Pierre	Directeur	DDS N°2	90 04 09 83 afetsejean@hotmail.com
18	APETSIANYI Yawa	Directrice	DRS Lomé Commune	90 16 14 45 jyda45@hotmail.com

19	KOUGBE Yves	Responsable programme	Afrique arc-en-ciel	906 05 34 05 y.kugbe@outlook.com
20	MENSAH TELE Honorine	Personne ne ressource	AFAZ	90 94 20 36 telemensah95@gmail.com
21	SODJI Dometo	D.E FAMME	FAMME	99 44 37 97 dometosodji1@gmail.com
22	NASAM Ariziki	USER	PNLS/IST	
23	Dr ADAM Zakillatou	PECM	PNLS/IST	
24	FOLI-ABOUSSA Assiongbon	Chargé des données PTME	PNLS/IST	91 49 37 48 aboussa0273@gmail.com
25	KELMA Hidane	Chargé Conseil et Dépistage	PNLS/IST	90 09 84 94 kelhib2000@yahoo.fr
26	AISSAH Agouda	PFR /VIH LC	DRS/LC	90 04 25 93 lakleba2007@yahoo.fr
27	ASSEKI Koutoula	PFR /VIH kara	DRS/Kara	91 89 07 85 assekibenoit17@gmail.com
28	GBANDI Nadjombé	PFR /VIH Savanes	DRS/Savanes	90 21 67 35 gbnadi.nicolas@yahoo.fr
29	AMETEPE Komivi	PFR /VIH Plateaux	DRS/Plateaux	90 34 18 84 raymondametepe2015@gmail.com
30	KOUKO Kétou Affo	PFR /VIH Maritime	DRS/Maritime	90 10 62 66 affosoulymane@yahoo.fr
31	noelie KOEVI-KOUDAM	coordonnatrice	ST/Plateforme	90 15 65 76 noeliekoevi77@yahoo.fr
32	MENSAH Ephrem	Médecin, DE	EVT	90 01 64 11 ephremensah@hotmail.fr
33	ADJARI Katemba	Sociologue	PNLS-IST	90 32 07 84 mauriceadjari@yahoo.fr
34	BOUKARI B. Fatihatou	Médecin	PNLS-IST	90 19 76 21 boukarifatya@gmail.com
35	TOKPO K. Dodji	PNLS-IST	PNLS-IST	91 97 87 52
36	WADJA Kouyolé	USER	PNLS-IST	90 23 98 84

