

Guide pour la prise en charge globale
des **infections sexuellement**

t r a n s m i s s i b l e s

Guide pour la prise en charge globale des infections sexuellement transmissibles

Secrétariat général de la Communauté du Pacifique

Secrétariat général de la Communauté du Pacifique
Suva
2012

©Copyright Secrétariat général de la Communauté du Pacifique (CPS) 2012

Tous droits réservés de reproduction ou de traduction à des fins commerciales/lucratives, sous quelque forme que ce soit. Le Secrétariat général de la Communauté du Pacifique autorise la reproduction ou la traduction partielles de ce document à des fins scientifiques ou éducatives ou pour les besoins de la recherche, à condition qu'il soit fait mention de la CPS et de la source. L'autorisation de la reproduction et/ou de la traduction intégrale ou partielle de ce document, sous quelque forme que ce soit, à des fins commerciales/lucratives ou à titre gratuit, doit être sollicitée au préalable par écrit. Il est interdit de modifier ou de publier séparément des graphismes originaux de la CPS sans autorisation préalable.

Texte original : anglais

Secrétariat général de la Communauté du Pacifique (CPS) - Catalogage avant publication

Guide pour la prise en charge globale des infections sexuellement transmissibles /
Secrétariat général de la Communauté du Pacifique

1. Sexually transmitted diseases – Prevention – Oceania – Handbooks, manuals, etc.
2. Sexual health – Prevention – Oceania – Handbooks, manuals, etc.

I. Title II. Secretariat of the Pacific Community

616.951

AACR2

ISBN : 978-982-00-0640-9

Sommaire

Remerciements	7
Préface	8
Abréviations	9
Introduction	10
1. Prévention et lutte contre les IST : introduction	17
1.1 Modes de transmission des IST	17
1.2 La problématique des IST	20
1.3 Défi de la lutte contre les IST	28
Glossaire	33
2. Prise en charge globale des IST	37
2.1 Approches du diagnostic des IST	37
2.2 Prise en charge globale des IST	39
2.3 Diagnostic étiologique	39
2.4 Prise en charge syndromique	42
2.5 Algorithmes de prise en charge	46
Glossaire	48
3. Anamnèse et examen physique du patient	53
3.1 Besoins d'un patient atteint d'une IST	53
3.2 Développer la relation soignant-soigné	53
3.3 Compétences verbales pour l'anamnèse	55
3.4 Rassembler les informations	59
3.5 Examen physique	61
Glossaire	64
4. Diagnostic et traitement	67
4.1 Guide général pour l'utilisation des algorithmes	67
4.2 Algorithme de prise en charge de l'écoulement urétral/dysurie chez l'homme	70
4.3 Algorithme de prise en charge des ulcérations génitales	71
4.4 Algorithme de prise en charge des pertes vaginales	72

4.5 Algorithme de prise en charge de la douleur abdominale basse chez la femme	74
4.6 Algorithme de prise en charge de la tuméfaction/douleur scrotale	76
4.7 Algorithme de prise en charge de la conjonctivite du nouveau-né	77
4.8 Traitement spécifique des infections	78
Glossaire	82
5. Éduquer et conseiller le patient	87
5.1 Informations générales	87
5.2 Éducation sanitaire	88
5.3 Conseil : IST et VIH	92
5.4 Conseil et dépistage volontaires du VIH	97
5.5 Conseil et dépistage du VIH à l'initiative du soignant	102
5.6 Prévenir la réinfection : le port du préservatif	103
Glossaire	106
6. Prise en charge des partenaires	109
6.1 Principales caractéristiques de la prise en charge des partenaires	109
6.2 Deux méthodes de prise en charge des partenaires	110
6.3 Prise en charge des partenaires : traitement et dépistage	113
Glossaire	114
7. Enregistrement de déclaration des IST	117
7.1 L'enregistrement comme composante de la surveillance	117
7.2 Utilisation d'une feuille de pointage	118
7.3 Définitions de cas – diagnostic syndromique	119
7.4 Limites de la déclaration syndromique	120
7.5 Définitions de cas – diagnostic étiologique	121
7.6 Surveillance de la sensibilité des gonocoques aux antimicrobiens	123
7.7 Utilité de l'enregistrement	123
7.8 Exemple de feuille de comptage	125
Glossaire	132
Annexe	136

Remerciements

Le Secrétariat général de la Communauté du Pacifique (CPS) tient à remercier les agents de l'Organisation mondiale de la Santé, du Fonds des Nations Unies pour l'enfance, du Fonds des Nations Unies pour la population, de la Société océanienne pour la santé sexuelle et la médecine du VIH, des Centres de lutte contre la maladie et de la Faculté de médecine, des sciences de la santé et d'enseignement des soins infirmiers de l'Université nationale des Fidji, membres du Groupe de travail océanien sur les IST. Ce Groupe de travail a élaboré le manuel intitulé *Comprehensive STI case management training of trainers manual (Manuel de formation des formateurs à la prise en charge globale des IST)*, dont sont inspirées les présentes directives.

Nos remerciements vont tout particulièrement à deux agents du Programme protection de la santé de la Division santé publique de la CPS, à savoir le docteur Sophaganine Ty Ali, Conseillère (lutte contre les IST) au sein de l'équipe Lutte contre les maladies, et le docteur Dennie Iniakwala, Directeur de l'équipe VIH et IST, à qui l'on doit respectivement l'adaptation du manuel et la direction et la supervision du projet.

Préface

Le présent guide est adapté du *Manuel de formation des formateurs à la prise en charge globale des IST*, élaboré en 2008 par les membres du Groupe de travail océanien sur les IST.

Articulé en sept chapitres, l'ouvrage porte sur la prévention et la lutte contre les IST, la prise en charge des cas, l'anamnèse et l'examen du patient, le diagnostic, le traitement, l'accompagnement du patient (informations et conseils), la prise en charge des partenaires, ainsi que l'enregistrement et la notification des cas.

Pour prévenir et combattre les IST, il est important de proposer au patient un traitement efficace dans le centre de santé local où il se rend habituellement. Le personnel soignant pose le diagnostic syndromique et la prise en charge thérapeutique peut souvent démarrer sur-le-champ. C'est au personnel soignant que s'adresse le présent guide de prise en charge globale des IST. Il doit permettre aux soignants de comprendre les différentes dimensions de la prise en charge des IST, expose les différentes solutions de prise en charge envisageables et aborde d'autres questions associées aux IST.

L'ouvrage recèle des conseils pratiques sur la façon de traiter les patients, de les aider à parler de leurs symptômes et d'accompagner les patients et leurs partenaires à revoir leurs comportements sexuels.

L'emplacement géographique, les moyens disponibles, les attentes culturelles et les pratiques et croyances religieuses sont autant d'éléments qui influent sur certains aspects de la prise en charge des IST. Le présent guide conseille aux soignants d'adapter leur mode de prise en charge en fonction du contexte dans lequel ils travaillent.

Enfin, le présent guide peut servir de document de référence pour étayer la réflexion autour du traitement des IST et l'élaboration d'une politique nationale.

Abréviations

sida	syndrome d'immunodéficience acquise
TARV	thérapeutiques antirétrovirales
CMV	cytomégalovirus
EIA	titrage immuno-enzymatique
FTA-ABS	détection des anticorps spécifiques de tréponème par immunofluorescence indirecte
VIH	virus de l'immunodéficience humaine
VHB	virus de l'hépatite B
VPH	virus du papillome humain
HSV2	herpès génital type 2
LGV	lymphogranulomatose vénérienne
MCV	molluscum contagiosum virus
TAAN	technique d'amplification des acides nucléiques
PCR	réaction en chaîne de la polymérase/amplification génique
MIP	maladie inflammatoire pelvienne
RPR	test rapide de la réagine plasmatique
MST	maladie sexuellement transmissible
IST	infection sexuellement transmissible
TB	tuberculose
TPPA	<i>Treponema pallidum particle agglutination</i>
TPHA	réaction d'hémagglutination passive pour la syphilis
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
VDRL	<i>Venereal Disease Research Laboratory</i>
OMS	Organisation mondiale de la Santé

Introduction

Les infections sexuellement transmissibles (IST) constituent un problème de santé mondial aussi grave que banal. Si les infections les plus connues sont notamment la gonorrhée, la chlamydie, la syphilis et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), il en existe une vingtaine d'autres. Alors que nombre de ces infections sont curables une fois un traitement efficace mis en place, elles représentent encore aujourd'hui une menace majeure pour la santé publique, qui n'épargne ni les pays industrialisés, ni les pays en développement. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estime que, dans le monde, plus de 340 millions de nouveaux cas de syphilis, gonorrhée, chlamydie et trichomonase surviennent chaque année chez les hommes et les femmes âgés de 15 à 49 ans.

Les IST sont répandues dans la plupart des États et Territoires insulaires océaniques, la chlamydie arrivant en tête. Cela dit, la syphilis, la gonorrhée et la trichomonase sont aussi assez fréquentes. Face aux nombreux cas asymptomatiques, seul le diagnostic biologique est efficace. De nombreux pays du Pacifique sont aujourd'hui dotés des capacités nécessaires pour réaliser les tests de diagnostic des IST en laboratoire.

Pour combattre les IST, il est important de mettre en place rapidement un traitement efficace pour les personnes infectées, et ce, à tous les niveaux du système de santé, secteurs public et privé confondus. La prise en charge globale des personnes souffrant d'une IST ouvre la voie à l'offre de services de soins de qualité pour la lutte contre les IST.

Un diagnostic étiologique précis peut être posé dès lors que des analyses biologiques sont pratiquées au laboratoire. Or, qui dit tests biologiques dit matériel de laboratoire et ressources humaines qualifiées; conditions qui, pour l'heure, font défaut dans la plupart des services de santé de premier recours en Océanie. Il est à noter que diverses initiatives en cours visent à palier ce problème.

Même en l'absence d'analyses au laboratoire, il reste possible de poser un diagnostic syndromique chez les patients symptomatiques et d'offrir des soins de qualité. Étant donné qu'on manque de tests de diagnostic rapide pour un grand nombre d'IST, on propose dans un premier temps une prise en charge syndromique aux patients symptomatiques dès leur première consultation dans un centre de santé. Cette approche est aussi retenue lorsque les analyses biologiques sont utilisées pour confirmer le diagnostic de l'infection. Il est tout à fait possible de proposer des soins de qualité même sans poser un diagnostic étiologique précis de l'infection en cause. Le diagnostic syndromique repose sur l'examen clinique. Il est posé à l'issue de l'anamnèse et de l'examen physique du patient.

Chez les patients symptomatiques, la prise en charge syndromique présente de nombreux avantages : elle permet à l'ensemble des prestataires formés de diagnostiquer le syndrome d'une IST et de traiter le patient sur-le-champ, sans devoir attendre les résultats d'analyses biologiques longues et coûteuses. La mise en place d'un traitement dès la première consultation contribue à prévenir la propagation de l'IST identifiée et réduit le risque de complication. Ce type de prise en charge suppose également d'informer le patient (sur l'infection, les modes de transmission, les comportements sexuels à risque et les façons de réduire les risques), de prendre en charge le ou les partenaires sexuels, de fournir des préservatifs et d'en encourager l'utilisation et de proposer un test de dépistage du VIH, en donnant toutes les informations nécessaires avant le dépistage et en accompagnant le patient une fois le test réalisé.

L'approche syndromique repose sur l'identification d'un syndrome, à savoir un ensemble de symptômes et signes cliniques sur lesquels on se fonde pour décider du traitement à administrer. Les protocoles de traitement antimicrobien sont choisis de façon à couvrir les principaux pathogènes responsables des syndromes présents dans une zone géographique donnée. Pour élaborer ces protocoles, des analyses sont pratiquées au laboratoire et les agents pathogènes responsables de chaque syndrome sont identifiés. Ainsi, l'examen au laboratoire n'est plus indispensable pour déterminer la prise en charge individuelle.

Les syndromes sont ensuite réexaminés périodiquement pour deux raisons : garantir que le choix des antimicrobiens reste valide et surveiller l'apparition d'une éventuelle résistance aux antimicrobiens, qui pourrait nécessiter une modification du schéma thérapeutique.

Il convient de préciser que le diagnostic biologique, réalisé au moyen des tests appropriés, reste la méthode la plus précise pour identifier une IST. Les nouvelles techniques de laboratoire, telles que l'amplification des acides nucléiques et l'hybridation moléculaire, sont aujourd'hui plus sensibles et spécifiques, et certains tests peuvent même être pratiqués dans le centre de santé, dès la première consultation. Il faut en revanche parfois plusieurs jours avant d'obtenir les résultats de certains tests. Il est donc préférable de proposer un traitement syndromique dès la première consultation, les épreuves de laboratoire étant alors utilisées pour confirmer le diagnostic.

Le diagnostic syndromique ne peut être posé que si le patient présente des symptômes. Il est inefficace sur les personnes asymptomatiques. Il faut alors recourir à des analyses biologiques. Dans beaucoup de pays océaniques, le recours à des tests de dépistage biologique a révélé que de nombreuses personnes asymptomatiques souffraient d'IST.

Le tableau 1 présente une liste des pathogènes responsables des IST les plus courantes et du tableau clinique associé.

La prévention et la prise en charge thérapeutique des IST visent à :

1. interrompre la transmission des infections sexuellement transmissibles ;
2. prévenir l'apparition de maladies, de complications et de séquelles ; et à
3. réduire le risque d'infection par le VIH.

Les présentes directives couvrent six syndromes d'IST, le diagnostic biologique des IST et la prise en charge des infections asymptomatiques. Les six syndromes couverts sont les suivants :

- écoulement urétral et/ou dysurie chez l'homme ;
- ulcérations génitales ;
- pertes vaginales ;
- douleur abdominale basse chez la femme ;
- tuméfaction du scrotum ;
- conjonctivite du nouveau-né ;

Pour chaque syndrome, un algorithme ou diagramme de prise en charge clinique a été mis au point et propose au professionnel de santé une méthode simple en plusieurs étapes pour établir le diagnostic et choisir le meilleur traitement disponible. Étant donné que le diagnostic peut être posé même sans analyses biologiques, ce ne sont plus les spécialistes des IST, mais bien tous les professionnels de santé, qui sont aujourd'hui en mesure de traiter les patients symptomatiques.

Tableau 1 : Pathogènes communs transmis par voie sexuelle et tableau clinique

<i>Pathologie</i>	<i>Pathogène</i>	<i>Symptômes et signes</i>
Infections bactériennes		
Gonorrhée	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Écoulement urétral ; pertes vaginales ; douleur abdominale basse chez la femme, cervicite ; conjonctivite du nouveau-né. Peut être asymptomatique.
Infections à Chlamydia	<i>Chlamydia trachomatis</i>	Écoulement urétral ; pertes vaginales ; douleur abdominale basse chez la femme ; cervicite ; conjonctivite du nouveau-né. Souvent asymptomatique.
Syphilis	<i>Treponema pallidum</i>	Ulcérations anogénitales (chancre) ; gonflement au niveau de l'aîne ; éruptions cutanées généralisées.
Chancre mou	<i>Haemophilus ducreyi</i>	Ulcérations génitales et ganglion au niveau de l'aîne (bubon inguinal) dans la majorité des cas.
Granulome inguinal ou donovanose	<i>Klebsiella granulomatis</i>	Adénopathies et ulcérations au niveau de l'aîne et de la zone anogénitale.
Infections virales		
Syndrome d'immunodéficience acquise (sida)	Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	Asymptomatique. Lymphadénopathie généralisée, fièvre prolongée, éruption cutanée, perte de poids, etc.
Herpès génital	Herpès génital type 2 (HSV-2)	Vésicules et ulcérations dans la région anogénitale.
Condylome acuminé	Virus du papillome humain (VPH)	Excroissances ressemblant à des verrues dans la zone anogénitale ; condylomes cervicaux ; cancer du col de l'utérus chez la femme.
Hépatite virale	Virus de l'hépatite B (VHB)	Majoritairement asymptomatique ; nausées et malaises ; augmentation du volume du foie ; jaunisse.
Molluscum contagiosum	Virus du molluscum contagiosum	Papules fermes et ombiliquées au niveau des parties génitales, ou généralisées.
Autre		
Trichomonase	<i>Trichomonas vaginalis</i>	Asymptomatique. Pertes vaginales abondantes et bulleuses

Remarque : Les pertes vaginales sont aussi évocatrices de candidose vaginale et de vaginose bactérienne.

Objectifs du guide

Après lecture du présent guide, le professionnel de santé disposera des informations et des compétences nécessaires pour la prise en charge des IST. Le guide l'aidera à :

- estimer l'ampleur réelle de la charge de morbidité associée aux IST de par le monde ;

- ❑ déterminer les caractéristiques de l'approche syndromique du diagnostic et du traitement des IST ;
- ❑ améliorer ses compétences pour interroger le patient, recueillir ses antécédents et poser un diagnostic ;
- ❑ recourir aux algorithmes de prise en charge pour diagnostiquer les IST et traiter les patients ;
- ❑ éduquer et conseiller les patients sur la prévention et le traitement efficace des IST, notamment sur l'importance de suivre son traitement à la lettre et d'avoir des relations sexuelles protégées ;
- ❑ traiter le ou les partenaires des patients examinés dans le centre de santé ;
- ❑ expliquer en quoi il est utile d'enregistrer le nombre de syndromes d'IST vus en consultation et à quelles fins les informations consignées peuvent être utilisées par le soignant et d'autres professionnels ;
- ❑ comprendre la nature asymptomatique de certaines IST et obtenir des informations sur le dépistage biologique des IST et la prise en charge des personnes asymptomatiques.

Le présent guide est divisé en sept chapitres dont le contenu est résumé dans l'encadré ci-dessous.

1. Le chapitre introductif, **Prévention et lutte contre les IST : introduction**, expose l'ampleur et l'étendue de l'épidémie d'IST, leur mode de transmission et le fardeau qu'elles représentent pour les malades, la société, les services de santé et les économies nationales.
2. Le deuxième chapitre, **Prise en charge globale des IST**, se veut une introduction à l'approche syndromique de la prise en charge des IST. Il décrit en quoi la prise en charge syndromique permet de traiter et de prévenir efficacement les IST. Il expose également le concept des algorithmes de prise en charge et la façon de les utiliser.
3. Le troisième chapitre, **Anamnèse et examen physique du patient**, présente, étape par étape, les questions à poser au patient, les méthodes d'entretien et la procédure à appliquer pour pratiquer l'examen physique.
4. Le quatrième chapitre, **Diagnostic et traitement**, explique en détail chaque algorithme de prise en charge syndromique et décrit les signes et symptômes précis qui aideront le professionnel de santé à établir un diagnostic et à traiter chaque patient. Il dresse également, pour chaque infection traitée, la liste des médicaments recommandés par l'OMS.
5. Le cinquième chapitre, **Éduquer et conseiller le patient**, décrit la façon dont le soignant peut éduquer, conseiller et encourager les patients à s'inscrire dans une démarche de prévention et de traitement des IST, en s'appuyant sur une pédagogie et des méthodes d'entretien efficaces. Le chapitre traite également brièvement des compétences élémentaires en conseil. Cette partie est particulièrement importante, puisqu'elle couvre aussi les services de conseil et de dépistage du VIH proposés par le soignant aux personnes souffrant d'IST.

6. Le sixième chapitre, **Prise en charge des partenaires**, porte sur la prise en charge et le traitement des partenaires sexuels du patient. Il précise pourquoi la prise en charge des partenaires est capitale, et examine les avantages relatifs de deux approches de prise en charge.
7. Le dernier chapitre, **Enregistrement et déclaration des IST**, passe en revue les avantages de la collecte d'informations sur les IST, tant à l'échelle du Pacifique qu'au niveau national et local. Sans statistiques exactes, il est impossible de broser un tableau complet et à jour de l'épidémiologie des IST dans quelque région du monde que ce soit.

CHAPITRE

1

Prévention et lutte contre
les IST : introduction

1. Prévention et lutte contre les IST : introduction

Si les IST les plus connues sont la gonorrhée, la chlamydie, la syphilis et le sida, on en dénombre beaucoup d'autres.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estime que 340 millions de nouveaux cas d'IST guérissables sont apparus en 1999. En d'autres termes, près d'un million de nouvelles infections surviennent chaque jour.

À la fin de 2010, on estimait que 34 millions de personnes [31,6 millions-35,2 millions] vivaient avec le VIH dans le monde, soit une hausse de 17 % par rapport aux chiffres de 2001¹.

1.1 Modes de transmission des IST

Les rapports sexuels non protégés avec pénétration (vaginale, orale ou anale) sont de loin le mode de transmission le plus courant des IST. Le contact de sécrétions génitales ou de liquides d'écoulement avec une peau intacte ne pose qu'un faible risque d'infection. En revanche, le contact de sécrétions infectées avec une membrane muqueuse comporte un risque élevé d'infection.

Parmi les autres modes de transmission, on peut citer :

- ❑ transmission de la mère à l'enfant :
 - au cours de la grossesse (ex. : VIH, syphilis et virus de l'hépatite B),
 - lors de l'accouchement (ex. : gonorrhée, chlamydie et VIH),
 - après la naissance (ex. : VIH),
 - au cours de l'allaitement maternel (ex. : VIH);
- ❑ utilisation sans protection d'aiguilles non stériles, ou injections, ou autre contact avec du sang ou des produits sanguins (ex. : syphilis, VIH et hépatite)

Il est important de garder à l'esprit que le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) se transmet par les mêmes voies que toutes les autres IST.

Quels facteurs exacerbent le risque de transmission ?

Un rapport sexuel non protégé n'engendre pas systématiquement la transmission d'une IST d'un partenaire porteur à un partenaire sain. La contamination est fonction de nombreux facteurs de trois ordres : biologiques, comportementaux et sociaux.

Facteurs biologiques

Certains facteurs biologiques influent sur la transmission des IST : âge, sexe, état immunitaire de l'hôte et virulence de l'organisme.

¹ http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2216_WorldAIDSday_report_2011_fr.pdf

Âge

Chez la jeune femme, la muqueuse vaginale et la muqueuse cervicale sont immatures, ce qui l'expose davantage au risque d'infection que la femme plus âgée. En raison de l'ectopie cervicale, normale chez la jeune femme, les cellules superficielles du col de l'utérus offrent un terrain plus favorable à la transmission de l'infection.

Les jeunes femmes sont particulièrement exposées dans les cultures et les sociétés où elles se marient ou deviennent sexuellement actives dès le début de l'adolescence. En moyenne, les femmes sont infectées plus tôt que les hommes.

Sexe

Dans l'organisme, le point d'entrée le plus facile reste toute (surface) muqueuse, comme celle qui tapisse la paroi du vagin. Étant donné que la surface des muqueuses entrant en contact avec l'agent infectieux est beaucoup plus grande chez la femme, le risque d'infection est plus élevé dans la population féminine.

État immunitaire

L'état immunitaire de l'hôte et la virulence de l'agent infectieux influent sur la transmission des IST. Comme nous l'expliquerons plus en détail dans le présent chapitre, la présence de certaines IST augmente le risque de transmission du VIH, lui-même transmissible par voie sexuelle. Le VIH, quant à lui, facilite la transmission de certaines IST et aggrave les complications des autres IST, parce qu'il affaiblit le système immunitaire.

Facteurs comportementaux

De nombreux facteurs comportementaux ont une incidence sur le risque de contamination par une IST. On parle de comportements « à risque ».

Comportements sexuels à risque

- changer souvent de partenaire sexuel ;
- entretenir des relations avec plus d'un partenaire sexuel ;
- avoir des rapports sexuels avec des partenaires « d'un soir », des professionnels du sexe ou leurs clients.

Le fait d'avoir changé récemment ou fréquemment de partenaire sexuel, d'avoir plusieurs partenaires sexuels ou d'avoir des rapports avec des professionnels du sexe ou leurs clients augmente la probabilité de contact avec une personne souffrant d'une IST.

- avoir un rapport sexuel non protégé avec pénétration, alors que l'un des deux partenaires a une infection ;
- avoir contracté une IST au cours de l'année écoulée.

Les personnes qui ont contracté une IST dans l'année écoulée risquent d'être à nouveau contaminées si elles n'ont pas su modifier leur comportement sexuel ou la situation même qui a généré la première infection.

Autres comportements à risque

- ❑ se percer la peau : on englobe ici un large éventail de pratiques, dont l'utilisation d'aiguilles non stériles pour pratiquer des injections ou réaliser un tatouage, la scarification, les piercings, et la circoncision pratiquée à l'aide d'instruments coupants ayant déjà servi ;
- ❑ consommer de l'alcool ou d'autres substances avant ou pendant l'acte sexuel : la consommation d'alcool ou de drogue peut réduire la perception du risque, dissuadant ainsi les partenaires d'utiliser un préservatif ou les empêchant de l'utiliser correctement.

Comportement du ou des partenaires

Si le partenaire sexuel adopte un ou plusieurs des comportements répertoriés ci-dessous, il est davantage exposé au risque de contamination et, par conséquent, plus susceptible de transmettre une IST :

- ❑ avoir d'autres partenaires sexuels,
- ❑ avoir une IST,
- ❑ consommer des drogues injectables,
- ❑ avoir un partenaire masculin qui a des rapports avec d'autres hommes.

Facteurs sociaux

Un certain nombre de facteurs sociaux interviennent dans la sexualité et les comportements, ce qui peut influencer le risque d'infection par voie sexuelle.

- ❑ Dans de nombreuses cultures, les femmes ne sont pas en mesure d'imposer leurs choix et pratiques sexuels, notamment le port du préservatif.
- ❑ Elles sont généralement enfermées dans une dépendance économique à l'égard de leur partenaire masculin et sont ainsi plus enclines à tolérer l'infidélité masculine répétée, qui constitue pourtant un comportement à risque. Elles se retrouvent donc elles-mêmes exposées au risque d'infection.
- ❑ La violence sexuelle est plus souvent perpétrée par des hommes à l'encontre de femmes, ce qui complique le dialogue sur les IST entre ces femmes et leur partenaire masculin.
- ❑ Dans certaines sociétés, plutôt permissives vis-à-vis des hommes, l'infidélité masculine est tolérée.

Quels sont les groupes de population les plus à risque ?

Dans la plupart des pays, certains groupes de population sont particulièrement vulnérables aux IST. Cette grande vulnérabilité s'explique peut-être par le fait qu'ils sont plus souvent en contact avec des partenaires infectés ou qu'ils risquent une contamination à chaque contact. Ces groupes à risque sont les suivants :

- ❑ les travailleurs du sexe et leurs clients ;
- ❑ les hommes et les femmes qui ont plusieurs partenaires sexuels ;

- ❑ les hommes ou les femmes dont le travail les amène à se séparer pendant des périodes prolongées de leur partenaire sexuel régulier, par exemple les chauffeurs routiers longue distance, les pêcheurs, les personnels en uniforme et les travailleurs migrants ;
- ❑ les jeunes et les adolescents sexuellement actifs.

Il se peut que, pour des raisons diverses, les personnes classées dans les catégories à risque hésitent à se rendre dans un centre de santé pour se faire traiter. Il peut être nécessaire de mener une action spécifique pour établir un contact avec elles et leur faire accepter les services de soins de santé.

1.2 La problématique des IST

Fréquence et distribution des IST

L'épidémiologie est l'étude de la fréquence et de la distribution d'une maladie au sein de la population.

Principaux faits

- ❑ Chaque année, on dénombre 448 millions de nouvelles infections sexuellement transmissibles (IST) guérissables (syphilis, gonorrhée, chlamydie et trichomonase).
- ❑ Certaines infections sexuellement transmissibles sont asymptomatiques.
- ❑ Chez les femmes enceintes, une syphilis précoce non traitée peut entraîner 25 % de mortinaissances et 14% de décès néonataux.
- ❑ Les IST sont la principale cause évitable de stérilité, en particulier chez la femme.
- ❑ L'OMS recommande une approche syndromique du diagnostic et de la prise en charge des IST. (Aide-mémoire n° 110 de l'OMS <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/fr/index.html>).

Figure 1.1 : Aide-mémoire N° 110 de l'OMS sur les IST (août 2011)

Un problème de santé publique

Selon les estimations de l'OMS en 2005, on enregistre chaque année dans le monde 448 millions de nouveaux cas d'IST guérissables (syphilis, gonorrhée, chlamydie et trichomonase) chez des adultes âgés de 15 à 49 ans. Ne sont pas comprises dans ces chiffres, les infections à VIH et autres IST qui continuent de se répercuter négativement sur la vie des individus et des communautés partout dans le monde. Dans les pays en développement, les IST et leurs complications figurent parmi les cinq premiers motifs de consultation chez l'adulte.

Les infections et leur transmission

Les infections sexuellement transmissibles (IST) se transmettent la plupart du temps lors d'un rapport sexuel. Il existe plus de trente bactéries, virus et parasites sexuellement transmissibles. Plusieurs, dont le VIH et la syphilis, se transmettent aussi de la mère à l'enfant pendant la grossesse et à l'accouchement, et par les transfusions sanguines et les greffes.

Les agents pathogènes sexuellement transmissibles les plus courants sont d'origine bactérienne, virale ou parasitaire. On trouvera ci après une liste des infections les plus courantes.

Infections bactériennes courantes

- *Neisseria gonorrhoeae* (responsable de la gonorrhée ou de l'infection à gonocoque) ;
- *Chlamydia trachomatis* (responsable des infections à Chlamydia) ;
- *Treponema pallidum* (responsable de la syphilis) ;
- *Haemophilus ducreyi* (responsable du chancre mou) ;
- *Klebsiella granulomatis* (précédemment connu sous le nom de Calymmatobacterium granulomatis, responsable du granulome inguinal ou donovanose).

Infections virales courantes

- Virus de l'immunodéficience humaine (responsable du sida) ;
- Virus Herpes simplex type 2 (responsable de l'herpès génital) ;
- Papillomavirus humain (responsable de condylomes acuminés, certains sous-types pouvant entraîner un cancer du col de l'utérus) ;
- Virus de l'hépatite B (responsable de l'hépatite et, pour les cas chroniques, de cancers hépatiques) ;
- Cytomégalovirus (responsable d'inflammations de divers organes dont le cerveau, l'œil et l'intestin).

Organismes parasitaires

- *Trichomonas vaginalis* (responsable de la trichomonase vaginale) ;
- *Candida albicans* (responsable de la vulvo-vaginite chez la femme; de la balanoposthite chez l'homme).

Distribution des IST

En règle générale, la prévalence des IST est plus élevée en milieu urbain et parmi les personnes non mariées et les jeunes adultes. Les IST, y compris le VIH, touchent à la fois les hommes et les femmes. Cela dit, les statistiques brossent rarement le tableau d'une distribution égalitaire entre hommes et femmes, ou encore entre les différents groupes d'âge.

Distribution par âge

À l'exception de la syphilis congénitale, de la conjonctivite du nouveau-né et de l'infection à VIH, les IST ne concernent généralement pas les enfants de moins de 14 ans.

Les nouveaux cas d'IST surviennent au moment de l'adolescence et touchent en général le plus souvent la tranche des 15-44 ans, la prévalence étant inférieure chez les adultes plus âgés.

Distribution par sexe

Selon toute logique, on pourrait penser que les hommes et les femmes sont tout autant exposés les uns que les autres aux IST. Et pourtant :

- ❑ chez les 14-19 ans, la fréquence des infections est plus élevée chez les femmes que chez les hommes ;
- ❑ après 19 ans, la fréquence est légèrement plus haute chez les hommes.

Comment expliquer ces écarts ?

La fréquence supérieure observée chez les femmes âgées de 14 à 19 ans peut s'expliquer par plusieurs facteurs :

- ❑ le début de la sexualité est généralement plus précoce chez les jeunes filles ;
- ❑ les jeunes filles tendent à avoir des rapports sexuels avec des partenaires masculins plus âgés, susceptibles d'avoir un passé sexuel et d'être porteurs d'une infection ;
- ❑ les caractéristiques de l'appareil génital féminin rendent les filles particulièrement vulnérables face aux IST.

Chez les jeunes de plus de 19 ans, le renversement de tendance, avec des chiffres légèrement plus élevés pour les garçons, peut avoir plusieurs causes :

- ❑ Sous-déclaration des cas chez les femmes. Les raisons sont les suivantes :
 - Il se peut que les hommes aient plus facilement accès aux services de santé que les femmes. Par exemple, lorsque les hommes migrent vers les zones urbaines pour trouver un emploi, ils ont accès aux services urbains et sont donc plus susceptibles d'être pris en compte dans les statistiques.
 - Les infections sexuellement transmissibles sont souvent silencieuses ou accompagnées de symptômes légers chez les femmes.
 - On estime que 70 % des femmes et 50 % des hommes souffrant d'une chlamydie ne présentent aucun symptôme.
 - On estime que jusqu'à 80 % des femmes et 30 % des hommes souffrant de gonorrhée ne présentent aucun symptôme.²

Ces chiffres donnent à penser que 20 % seulement des femmes infectées se présenteront en consultation pour se faire traiter. Le reste d'entre elles ne figure pas dans les statistiques.
 - Freinées par divers obstacles culturels et économiques, certaines femmes ne sont pas en mesure de demander un traitement.
- ❑ Contamination des hommes après des rapports sexuels non protégés avec un petit nombre de professionnels du sexe.
- ❑ Possibilité que les hommes plus âgés soient davantage actifs sexuellement que les femmes du même âge.
- ❑ Plus forte probabilité chez les hommes de changer de partenaires.

Dans les pays insulaires du Pacifique, les meilleurs indicateurs disponibles des taux d'IST chez les femmes sont établis à partir des chiffres des consultations prénatales, du planning familial et des consultations gynécologiques.

² D'après diverses études, les taux de gonorrhée asymptomatique chez les hommes seraient plus élevés encore que les chiffres donnés ici. De toute évidence, des recherches plus poussées permettront de révéler l'ampleur des infections asymptomatiques chez l'homme.

Qu'elles soient symptomatiques ou asymptomatiques, les MST peuvent entraîner de graves complications. En l'absence de traitement, c'est généralement chez la femme et chez le nouveau-né que les complications et les séquelles (conséquences à long terme) sont les plus graves : cancer du col, salpingite, douleurs pelviennes chroniques, résorption du fœtus, grossesse extra-utérine et décès maternel associé.

Les chlamydioses et la blennorragie sont des causes majeures de stérilité, en particulier chez la femme, avec toutes les conséquences sociales que cela implique. Les chlamydioses sont une cause importante de pneumonie chez le nourrisson. Chez le nouveau-né, l'infection de l'œil par des gonocoques peut entraîner la cécité.

La syphilis congénitale est une cause majeure et fréquente de morbidité et de mortalité infantiles. Chez l'adulte, elle peut avoir de graves conséquences cardiaques, neurologiques, etc., éventuellement fatales.

*Lutte contre les MST : mesures de santé publique,
ONUSIDA, Actualisation, mai 1998*

Tableau 1.1 : Complications pouvant résulter d'IST

X Causes	X Complications
Infections à gonocoques et à Chlamydia	Stérilité chez l'homme et la femme Maladie inflammatoire pelvienne (MIP) Épididymite Grossesse extra-utérine en raison d'une atteinte des trompes
Gonorrhée	Cécité chez le nourrisson
Infections à gonocoques, à Chlamydia et à bactéries anaérobies	Péritonite pelvienne et généralisée
Syphilis acquise	Troubles neurologiques et cardiovasculaires irréversibles
Syphilis congénitale	Atteinte de nombreux organes et tissus chez l'enfant
Virus du papillome humain	Cancer de l'appareil génital

Quelques faits supplémentaires sur les complications associées aux IST

FAIT

La maladie inflammatoire pelvienne (MIP), survenant à la suite d'une gonorrhée ou d'une chlamydiose, est une inflammation de la paroi interne de l'utérus (endométrite), des trompes de Fallope (salpingite) et des ovaires (ovarite). La douleur est souvent le premier symptôme ressenti par la femme. Au moment où les premières douleurs sont ressenties, si les trompes de Fallope sont atteintes, les lésions sont irréversibles.

FAIT

La MIP provoque des lésions permanentes et un rétrécissement des trompes de Fallope, ce qui multiplie par sept à dix le risque de **grossesse extra-utérine**. Cette maladie peut être fatale en cas de rupture des trompes et d'hémorragie massive. *D'après les estimations, les grossesses extra-utérines sont la cause de 1 à 5 % des décès maternels.*

FAIT

MIP et stérilité – Si aucun traitement n'est mis en place, entre 55 % et 85 % des femmes souffrant de MIP deviennent stériles. De nombreuses femmes deviennent infertiles alors qu'elles ne savaient pas qu'elles avaient une MIP.

FAIT

Chez l'homme, la **gonorrhée** peut engendrer des complications et séquelles graves. L'infection peut s'étendre de l'urètre (localisation connue sous le nom d'urétrite) à l'épididyme (provoquant une épидидymite). Cette inflammation peut rendre l'homme stérile.

FAIT

Conjonctivite du nouveau-né – Elle touche 5 % des nouveau-nés dans certains pays en développement. Sans traitement, elle provoque des troubles de la vision chez 1 à 6 % des nourrissons touchés.

FAIT

En se déplaçant vers les poumons, **Chlamydia** peut provoquer une pneumonie à Chlamydia du nouveau-né.

FAIT

Chez la femme enceinte souffrant de **syphilis**, l'infection peut être transmise au fœtus à travers le placenta. Le risque de fausse-couche, de mortinaissance ou de mort périnatale est estimé à 40 %. Les conséquences sont particulièrement graves lorsque la mère reste sans traitement pendant les 20 premières semaines de grossesse.

FAIT

Toutes ces complications peuvent être évitées si un traitement adéquat est mis en place rapidement, avant le développement de la pathologie.

Peut-on faire confiance aux chiffres des rapports nationaux ?

Les taux estimés d'IST sont généralement supérieurs aux chiffres figurant dans les rapports nationaux, établis habituellement à partir du nombre de patients se rendant dans des centres de santé pour se faire soigner. Ces chiffres nous poussent généralement à sous-estimer l'ampleur réelle de la prévalence des IST dans la population générale, de nombreux cas étant passés sous silence. Ce constat s'explique par plusieurs facteurs.

- Les personnes souffrant d'une IST asymptomatique ne consultent pas.
- Pour nombre de personnes infectées, les centres de santé qui proposent des traitements pour les IST sont trop éloignés.
- Les personnes consultant pour d'autres motifs, par exemple en cas de grossesse, ne sont pas systématiquement dépistées pour des IST.
- De nombreux patients craignent la stigmatisation dans les centres de référence pour les IST, où quiconque peut être perçu comme personne à risque de contracter une IST.
- Nombreux sont ceux qui préfèrent s'adresser à d'autres types de soignants (dans les secteurs formels et informels) qui ne déclarent pas les cas d'IST aux autorités.

Complications des IST

Caractérisées par une forte prévalence dans le monde entier, les IST constituent une menace de santé publique pouvant générer des complications graves et irréversibles chez les personnes infectées lorsqu'elles ne sont pas traitées rapidement et efficacement (voir tableau 1.1). En outre, on sait aujourd'hui qu'elles facilitent la transmission du VIH.

Un document technique de l'ONUSIDA, publié en mai 1998, fait état des faits suivants :

Effets sociétaux

Le fardeau socioéconomique des IST peut être extrêmement lourd. Chez la personne non traitée, les infections sexuellement transmissibles peuvent conduire à la perte d'emploi et à la dissolution d'un mariage. À titre d'exemple, la stérilité figure parmi les effets biologiques de la maladie inflammatoire pelvienne. Or, l'impossibilité d'avoir un enfant peut bouleverser le couple et le conduire au divorce.

Il ne faut oublier non plus le fardeau financier que font peser les IST sur les familles, les communautés et les services de santé. En cas d'épidémie non maîtrisée d'IST, la perte de recettes nationales peut être considérable.

Les complications découlant d'IST bactériennes non traitées sont aussi graves que nombreuses. Et pourtant, toutes peuvent être évitées si un traitement adapté est mis en place suffisamment tôt. Plus important encore, la prévention primaire est la clé pour enrayer la transmission des IST.

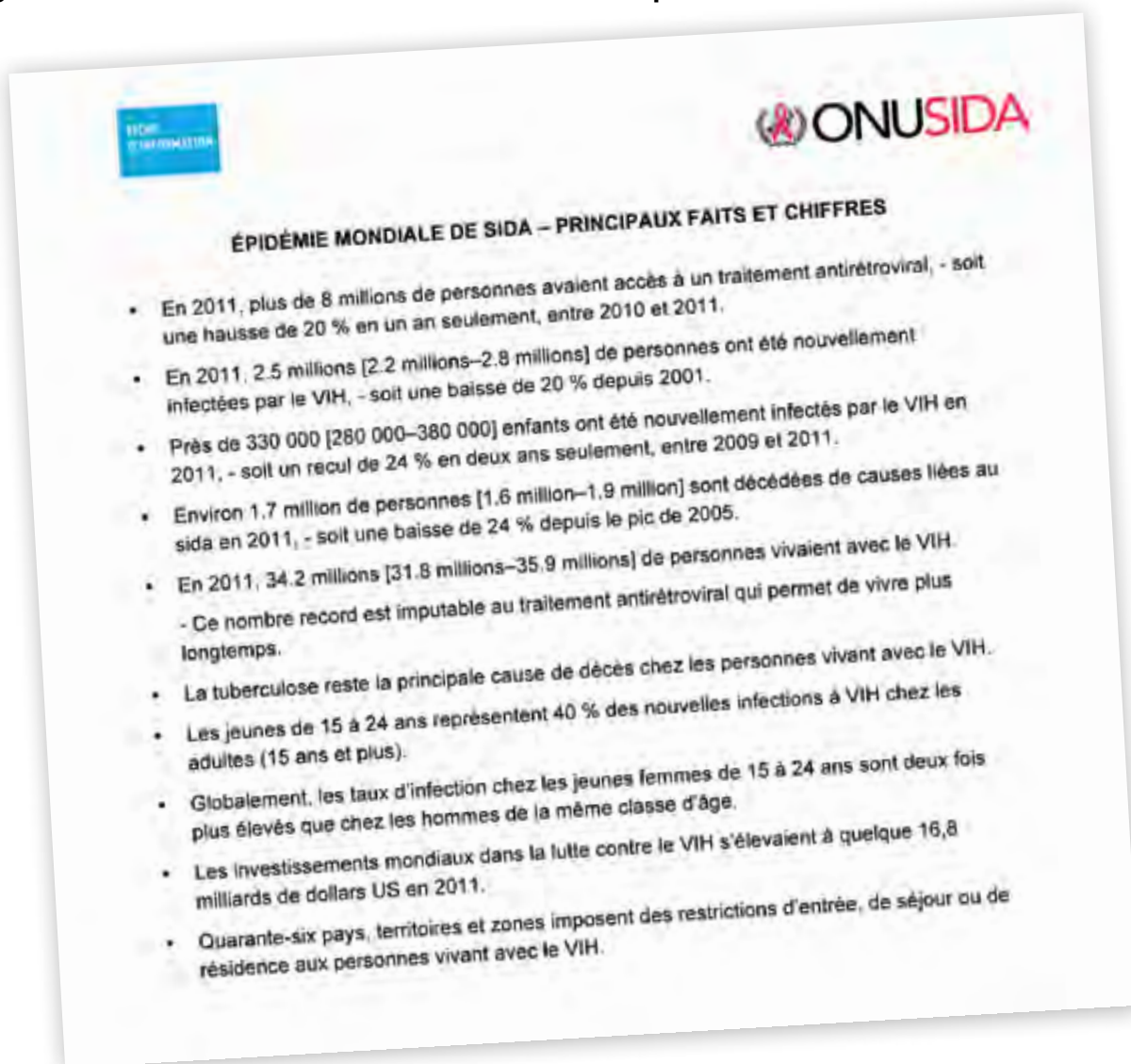
Épidémie de VIH/sida

Le VIH, responsable du sida, se transmet de la même façon que les autres IST. Contrairement à la plupart des autres virus, le VIH a une action lente, de sorte que plusieurs années peuvent s'écouler avant l'apparition de la maladie. Les défenses immunitaires d'une personne infectée par le VIH s'affaiblissent progressivement en l'espace d'une dizaine d'années. Certaines bactéries, virus, champignons et parasites, désignés par le terme « pathogènes opportunistes », profitent de ce déficit immunitaire pour entraîner des maladies chez le séropositif.

Les personnes vivant avec le VIH ont de nombreux besoins, notamment le traitement des infections opportunistes et la prise d'antirétroviraux pour combattre le VIH à proprement parler. Elles ont également besoin d'un accompagnement social et psychologique et de conseils pour gérer la crainte d'être stigmatisées et les implications de cette maladie potentiellement mortelle. Le schéma thérapeutique, à savoir l'administration de médicaments efficaces contre le VIH et les infections opportunistes, varie sensiblement d'un pays à l'autre.

Les fiches d'information reproduites aux figures 1.2 et 1.3 contiennent une foule d'informations sur l'épidémie de VIH/sida.

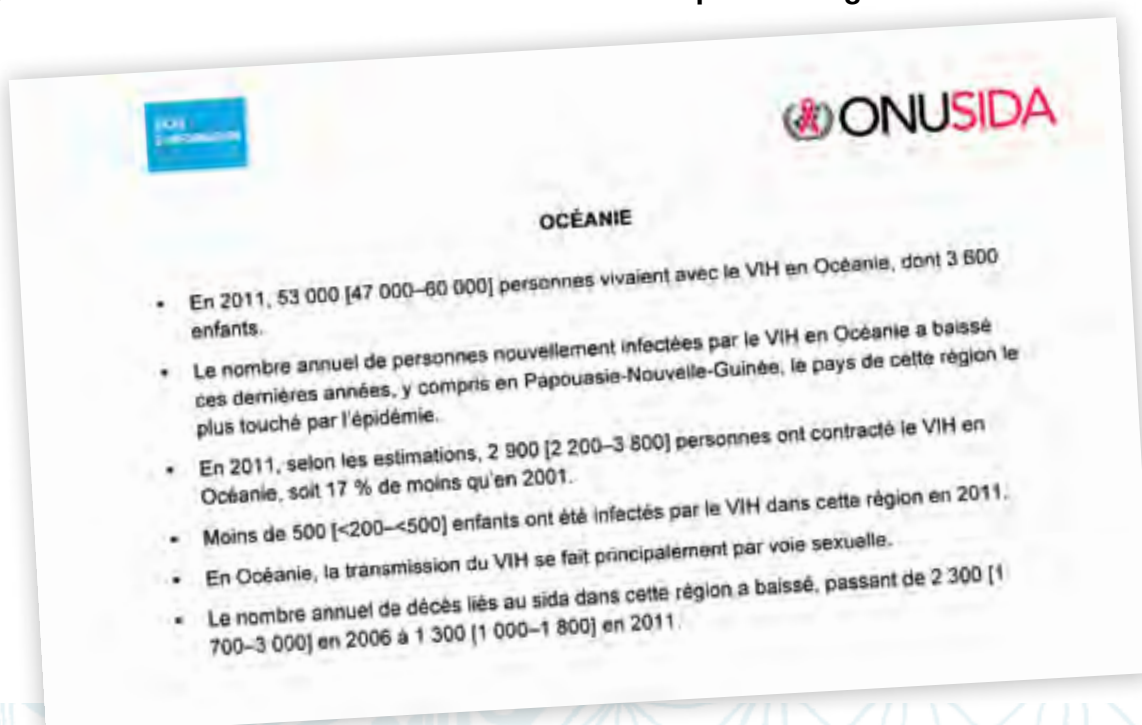
Figure 1.2 : Fiche d'information de l'ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de VIH en 2011



ÉPIDÉMIE MONDIALE DE SIDA – PRINCIPAUX FAITS ET CHIFFRES

- En 2011, plus de 8 millions de personnes avaient accès à un traitement antirétroviral, - soit une hausse de 20 % en un an seulement, entre 2010 et 2011.
- En 2011, 2.5 millions [2.2 millions–2.8 millions] de personnes ont été nouvellement infectées par le VIH, - soit une baisse de 20 % depuis 2001.
- Près de 330 000 [280 000–380 000] enfants ont été nouvellement infectés par le VIH en 2011, - soit un recul de 24 % en deux ans seulement, entre 2009 et 2011.
- Environ 1.7 million de personnes [1.6 million–1.9 million] sont décédées de causes liées au sida en 2011, - soit une baisse de 24 % depuis le pic de 2005.
- En 2011, 34.2 millions [31.8 millions–35.9 millions] de personnes vivaient avec le VIH. - Ce nombre record est imputable au traitement antirétroviral qui permet de vivre plus longtemps.
- La tuberculose reste la principale cause de décès chez les personnes vivant avec le VIH.
- Les jeunes de 15 à 24 ans représentent 40 % des nouvelles infections à VIH chez les adultes (15 ans et plus).
- Globalement, les taux d'infection chez les jeunes femmes de 15 à 24 ans sont deux fois plus élevés que chez les hommes de la même classe d'âge.
- Les investissements mondiaux dans la lutte contre le VIH s'élevaient à quelque 16,8 milliards de dollars US en 2011.
- Quarante-six pays, territoires et zones imposent des restrictions d'entrée, de séjour ou de résidence aux personnes vivant avec le VIH.

Figure 1.3 : Fiche d'information de l'ONUSIDA sur l'épidémie régionale de VIH en 2011



OCÉANIE

- En 2011, 53 000 [47 000–60 000] personnes vivaient avec le VIH en Océanie, dont 3 600 enfants.
- Le nombre annuel de personnes nouvellement infectées par le VIH en Océanie a baissé ces dernières années, y compris en Papouasie-Nouvelle-Guinée, le pays de cette région le plus touché par l'épidémie.
- En 2011, selon les estimations, 2 900 [2 200–3 800] personnes ont contracté le VIH en Océanie, soit 17 % de moins qu'en 2001.
- Moins de 500 [<200–<500] enfants ont été infectés par le VIH dans cette région en 2011.
- En Océanie, la transmission du VIH se fait principalement par voie sexuelle.
- Le nombre annuel de décès liés au sida dans cette région a baissé, passant de 2 300 [1 700–3 000] en 2006 à 1 300 [1 000–1 800] en 2011.

Relation entre IST et VIH/sida

Les liens qui existent entre les IST et le VIH sont complexes.

- ❑ Certaines IST favorisent la transmission du VIH.
- ❑ La présence d'une infection à VIH peut accroître les risques d'acquisition d'autres IST.
- ❑ La présence d'une infection à VIH accroît à la fois la gravité et la résistance aux médicaments de certaines IST.

Quelles IST semblent faciliter la transmission du VIH ?

Une personne présentant des lésions à vif dans la région génitale court un risque élevé de contracter et de transmettre le VIH. Le chancre mou et la syphilis sont les deux principales infections bactériennes provoquant des lésions. Si elles sont diagnostiquées et traitées rapidement, le risque peut être réduit.

L'herpès génital favorise également la transmission du VIH :

Plusieurs études ont montré que l'herpès génital multiplie par deux à trois le risque de contracter le VIH. Dans les populations où la prévalence de HSV-2 est élevée, le risque de contamination par le VIH lors d'un rapport sexuel est cinq fois plus élevé (Wald et al, 2002 ; Strick et al, 2006 ; Celum et al, 2004 ; Serwadda et al, 2003 et Freeman et al, 2006). Les résultats d'une étude réalisée en 2006 par Reynolds et al montrent également que la suppression de l'excrétion asymptomatique du HSV-2 influe sur l'acquisition du VIH. (Reynolds et al, 2006).

La chlamydie, la gonorrhée et la trichomonase peuvent également faciliter la transmission du VIH. Plusieurs raisons peuvent expliquer ce constat.

- ❑ Bien qu'elles ne provoquent pas d'ulcérations, ces maladies stimulent le système immunitaire, provoquant une augmentation du nombre de globules blancs, qui sont la cible du VIH, mais aussi le siège de la production virale.
- ❑ L'inflammation génitale associée à ces IST peut provoquer des lésions microscopiques des tissus génitaux, autant de points d'entrée potentiels pour le VIH.
- ❑ L'inflammation des muqueuses génitales s'accompagne d'une accumulation de globules blancs, réceptifs au VIH.

Le VIH accroît le risque de contracter d'autres IST

Les personnes vivant avec le VIH courent davantage de risques de contracter de multiples IST. En effet, l'altération de leur système immunitaire les rend plus vulnérables face à l'infection en général.

Le VIH aggrave les IST et leur résistance au traitement

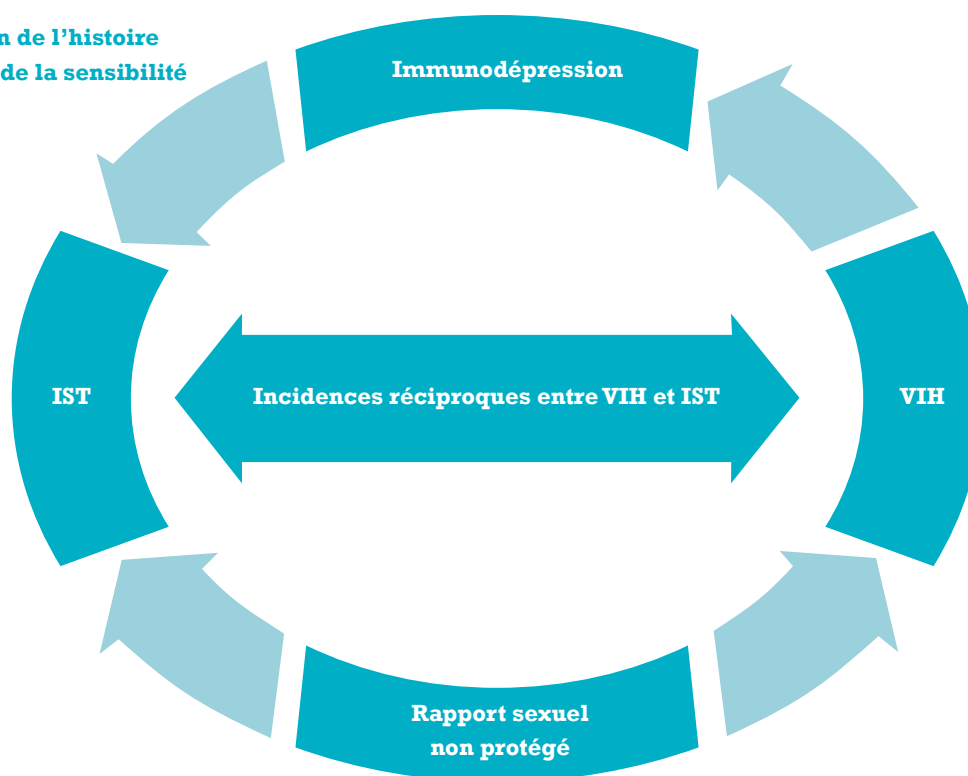
« Il existe une autre relation entre le VIH et les autres MST [...], à savoir la modification de l'histoire naturelle d'une MST chez un individu qui présente également l'immunodéficience associée au VIH. La gravité des manifestations peut s'en trouver accrue, l'infectiosité prolongée et augmentée, et la réaction aux traitements classiques diminuée. »

*Les maladies sexuellement transmissibles : politiques et principes de prévention et de soins,
ONUSIDA/OMS, 1999.*

Nous pouvons résumer la relation entre le VIH et les autres IST sous forme de schéma (figure 1.4).

Figure 1.4 : Relation entre les IST et l'infection par le VIH

Modification de l'histoire naturelle et de la sensibilité



On ne saurait passer sous silence le lien comportemental évident qui unit le VIH et les autres IST : les rapports sexuels non protégés sont en effet un facteur de risque commun.

De même, l'utilisation systématique d'un préservatif aide à PRÉVENIR les deux types d'infection.

1.3 Défi de la lutte contre les IST

La prévention et le traitement des IST ont pour but d'interrompre leur transmission, de réduire la durée de l'infection et de prévenir les complications chez les personnes infectées, le but ultime étant de réduire leur prévalence.

Pourquoi est-il si difficile d'enrayer la propagation des IST ?

De nombreux facteurs pèsent dans la balance :

- ❑ facteurs liés au système de santé,
- ❑ facteurs biologiques,
- ❑ facteurs sociaux et comportementaux.

Difficultés rencontrées au sein du système de santé

- ❑ Les services de santé qui ont les moyens de diagnostiquer et de traiter les IST sont parfois :
 - indisponibles ou trop éloignés,
 - trop onéreux,
 - considérés comme un terrain de stigmatisation et de discrimination à l'encontre des personnes qui consultent.
- ❑ La nécessité d'éduquer les patients et d'engager d'autres actions pour prévenir l'infection n'est pas toujours suffisamment mise en avant.
- ❑ Les services de santé concernés ne sont pas toujours en mesure de proposer les médicaments les plus efficaces, souvent pour des raisons de coût. Face au phénomène croissant de résistance aux médicaments, il faut, pour venir à bout de certaines maladies, recourir à des médicaments toujours plus onéreux.
- ❑ Parmi les grands obstacles à l'accès aux soins, le principal est peut-être le regard réprobateur posé par les professionnels de santé. Pour les personnes désireuses de se faire soigner, les soignants devraient constituer un rempart contre le jugement et les discours moralisateurs et l'assurance que leur anonymat et leur vie privée seront respectés.
- ❑ Les services de santé ne font pas la promotion du préservatif et n'en distribuent pas en quantités suffisantes.

Facteurs biologiques

Comme indiqué plus haut, jusqu'à 70 à 80 % des femmes souffrant d'une IST ne présentent aucun symptôme et n'ont aucune raison de consulter pour se faire soigner. Cela vaut aussi pour un nombre important d'hommes. Toutes ces personnes asymptomatiques resteront porteuses de l'infection, et risquent de développer des complications et d'infecter d'autres personnes.

Facteurs sociaux et comportementaux

Parmi les nombreux facteurs sociaux et comportementaux entrant en jeu, on peut citer :

- ❑ la réticence à se faire soigner, qui s'explique par diverses raisons, parmi lesquelles l'ignorance, la honte et la culpabilité ;
- ❑ l'ignorance ou la désinformation : ces freins puissants se retrouvent dans tous les groupes d'âge et catégories de population. Ils touchent particulièrement les adolescents et les jeunes, soit les catégories les plus susceptibles d'avoir une forte activité sexuelle et les plus à risque ;

- ❑ les pratiques sexuelles profondément ancrées dans le quotidien de tout un chacun et de la communauté ;
- ❑ le choix de consulter de préférence des praticiens adeptes des médecines alternatives, tels les guérisseurs traditionnels ;
- ❑ la réticence à pratiquer une sexualité sans danger, pour des raisons multiples dont :
 - le manque de connaissances sur la sexualité sans risque,
 - l'aversion pour les préservatifs ;
- ❑ la stigmatisation sociale fréquente des personnes atteintes d'IST, qui peut pousser les malades à dissimuler ce qu'ils pensent être une tare honteuse et à ne pas consulter ;
- ❑ le fait de ne pas prendre l'intégralité du traitement prescrit contre l'IST, pour des raisons diverses :
 - la durée totale du traitement peut être longue,
 - la disparition des symptômes incite le malade à croire que l'infection est guérie et qu'il peut garder les médicaments non utilisés « en réserve » pour la prochaine fois ou pour d'autres personnes ;
- ❑ la difficulté d'informer les partenaires sexuels, parce que le patient a peur ou honte ou qu'il ne comprend pas l'importance de la notification ;
- ❑ la stigmatisation et la discrimination dont sont victimes les personnes souffrant d'IST.

Prévention des IST

Toutes les IST, y compris l'infection par le VIH, sont évitables. Il existe deux types de prévention : primaire et secondaire.

La **prévention primaire** vise à prévenir la contamination par une IST.

Il s'agit de pratiquer une sexualité sans risque et de choisir uniquement les pratiques sexuelles les moins risquées.

Par sexualité sans risque, on entend :

- ❑ l'abstention de toute activité sexuelle,
- ❑ le fait de retarder le moment du premier rapport sexuel,
- ❑ la fidélité à vie des deux partenaires.

On entend par pratiques sexuelles moins risquées :

- ❑ le fait de ne pas pratiquer la pénétration pendant les rapports sexuels : masturbation mutuelle et caresses,
- ❑ le fait de pratiquer la pénétration uniquement avec un préservatif (masculin ou féminin). La pénétration peut être vaginale, orale ou anale.

La **prévention secondaire** consiste à traiter et à soigner les personnes infectées afin d'éviter qu'elles ne contaminent d'autres personnes.

Plusieurs approches peuvent être retenues :

- ❑ encourager la population à consulter pour se faire soigner par divers moyens :
 - lancer des campagnes d'information du public,
 - lever la stigmatisation et la discrimination dans les centres de santé,
 - offrir des soins de qualité contre les IST,
 - garantir la disponibilité permanente de stocks de médicaments très efficaces,
 - garantir une distribution constante de préservatifs ;
- ❑ mettre en place un traitement rapide et efficace pour les patients atteints d'IST, notamment en :
 - assurant une prise en charge globale des syndromes d'IST,
 - formant les soignants à la prise en charge des cas ;
- ❑ assurer un dépistage actif des IST :
 - examiner les femmes asymptomatiques et peu symptomatiques se rendant dans les centres de santé maternelle et infantile et de planning familial,
 - informer et traiter le partenaire,
 - éduquer les groupes de population cibles pouvant avoir des comportements à risque, notamment les professionnels du sexe, les routiers, les personnels en uniforme et les jeunes scolarisés et déscolarisés, et rechercher et traiter les cas ;
- ❑ dépister les IST :
 - dépister les personnes qui ne consultent pas pour une IST, en se fondant sur les groupes de population et les groupes jugés à risque, y compris les jeunes, les professionnels du sexe, les femmes enceintes et les travailleurs itinérants.

Intégrer la prise en charge des IST dans les services de soins primaires

Afin d'améliorer l'accès aux soins, il convient d'offrir aux personnes atteintes d'une IST des alternatives aux centres spécialisés dans le traitement des IST. Tous les centres de santé du pays devraient traiter les IST.

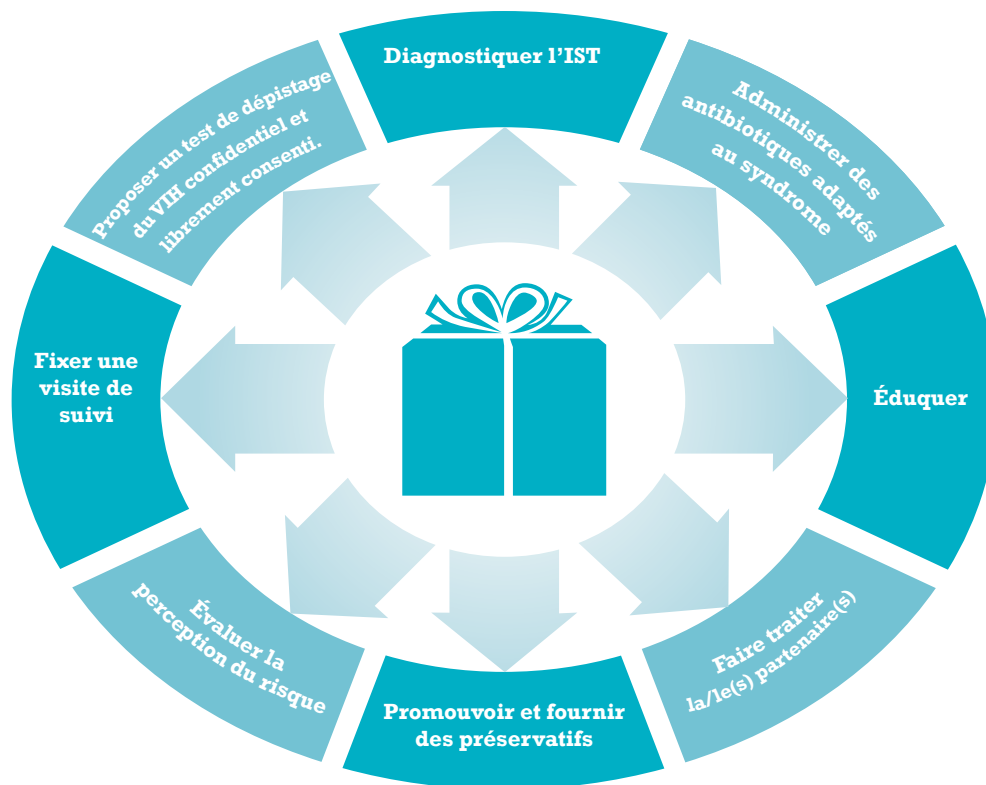
Il est possible d'intégrer la prise en charge des IST au niveau des soins de santé primaires — dispensaires (soins primaires), centres de santé maternelle et infantile et de planning familial — si l'on adopte une approche syndromique de la prise en charge et une stratégie de dépistage biologique des IST.

En d'autres termes, le personnel soignant doit être formé pour reconnaître les syndromes associés aux IST et proposer ensuite aux patients des soins complets.

Dans les centres de santé génésique (consultations prénatales, planning familial, etc.), il convient d'adapter la prise en charge des infections transmises par voie sexuelle et de celles touchant l'appareil reproducteur. Pour ce faire, le soignant peut consulter plusieurs outils, notamment les Guides de pratiques essentielles pour la prise en charge des infections de l'appareil reproducteur, le planning familial, etc.

Les composantes d'une offre de soins complète sont résumées dans la figure 1.5.

Figure 1.5 : Composantes d'une offre de soins complète



Parce qu'elle englobe toutes ces composantes, la prise en charge syndromique des IST va de pair avec une offre de soins complète et intégrée. Avec la généralisation progressive des examens biologiques et des services d'analyses biologiques dans certains pays de la région, il devient possible de fonder l'offre de soins sur le diagnostic biologique et de renforcer ainsi grandement la qualité des soins.

➤ Important

Inclure la prise en charge des IST dans l'offre de soins des centres de santé généralistes ne signifie pas fermer les portes des centres spécialisés dans le traitement des IST. Ces derniers doivent plutôt faire office de centres de référence pour les cas difficiles, où du personnel spécialement formé pourra consacrer plus de temps aux patients. Ce sont également ces centres spécialisés qui forment les personnels soignants et effectuent les analyses biologiques nécessaires pour surveiller notamment la pharmacorésistance et la distribution des maladies. Bien entendu, certains patients peuvent encore se rendre en premier recours dans le centre spécialisé, s'il s'agit du centre de santé le plus proche.

Glossaire

algorithme	représentation graphique du déroulement d'une action donnée
antibiotique	substance produite par un micro-organisme qui inhibe ou élimine un autre organisme
antimicrobien	agent qui détruit des micro-organismes ou interrompt leur croissance ou leur multiplication
col de l'utérus	partie basse de l'utérus, pointant au fond du vagin. On parle aussi de col utérin
complication	maladie ou affection secondaire qui apparaît lorsque l'infection initiale n'est pas traitée
conjonctivite	inflammation de la membrane muqueuse de l'œil et des paupières
conjonctivite du nouveau-né	conjonctivite survenant chez le nourrisson de moins d'un mois, généralement des suites d'une gonorrhée ou d'une chlamydirose
épidémie	apparition d'un grand nombre de cas d'une maladie touchant simultanément une proportion importante de la population
épidémiologie	étude de l'incidence, de la distribution et des causes d'une infection ou d'une maladie au sein d'une population
épididyme	canal très long, pelotonné, s'étendant derrière le testicule et assurant le stockage, le transport et la maturation des spermatozoïdes
grossesse extra-utérine	grossesse se développant en dehors de la cavité utérine (le plus souvent dans les trompes de Fallope), potentiellement mortelle pour la mère
histoire naturelle d'une infection	évolution d'une infection en l'absence de tout traitement. (L'histoire naturelle des IST varie d'une infection à l'autre. Alors que le chancre mou guérit de lui-même, une syphilis non traitée peut s'étendre à d'autres organes et provoquer des complications plusieurs années après la contamination.)
période prénatale	période entre la conception et la naissance
prise en charge syndromique	prise en charge fondée sur la reconnaissance d'un syndrome (ensemble cohérent de symptômes et de signes aisément observables) pour le choix du traitement contre des agents étiologiques
sac amniotique	membrane qui renferme le liquide amniotique et le fœtus dans l'utérus
sensibilité/vulnérabilité à une infection	degré de résistance de l'organisme à une infection (par exemple, si le patient est peu résistant, il est très vulnérable)
sida	syndrome d'immunodéficience acquise causé par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)
signe(s)	indication de l'existence d'une maladie ou toute manifestation objective d'une maladie perceptible lors de l'examen physique par un professionnel de santé
symptôme(s)	manifestation ou perception subjective de la maladie ou de l'état d'un patient

syndrome	ensemble de signes et de symptômes que l'on peut associer de façon fiable à un état pathologique reconnaissable ; par exemple, le syndrome de l'écoulement urétral
syphilis congénitale	syphilis transmise de la mère à l'enfant pendant la grossesse
traitement présomptif périodique	traitement administré à intervalles réguliers, lorsque l'on présume, sans certitude absolue, la présence d'une maladie
transmission verticale	transmission d'une infection de la mère au fœtus (ou à l'enfant) au cours de la grossesse, de l'accouchement ou de l'allaitement
trompes de Fallope	tubes transportant les ovules des ovaires à l'utérus
urètre	canal de sortie de la vessie permettant l'écoulement de l'urine

Bibliographie

- Wald A, Link K. Risk of human immunodeficiency virus infection in herpes simplex virus type 2-seropositive persons: a meta-analysis. *J Infect Dis* 2002; 185: 45-52 doi: 10.1086/338231 pmid: 11756980.
- Strick LB, Wald A, Celum C. Management of herpes simplex virus type 2 infection in HIV type 1-infected persons. *Clin Infect Dis* 2006; 43: 347-56 doi: 10.1086/505496 pmid: 16804851.
- Celum C, Levine R, Weaver M, Wald A. Genital herpes and human immunodeficiency virus: double trouble. *Bull World Health Organ* 2004; 82: 447-53 pmid: 15356938.
- Serwadda D, Gray RH, Sewankambo NK, Wabwire-Mangen F, Chen MZ, Quinn TC, et al., et al. Human immunodeficiency virus acquisition associated with genital ulcer disease and herpes simplex virus type 2 infection: a nested case-control study in Rakai, Uganda. *J Infect Dis* 2003; 188: 1492-7 doi: 10.1086/379333 pmid: 14624374.
- Freeman EE, Weiss HA, Glynn JR, Cross PL, Whitworth JA, Hayes RJ. Herpes simplex virus 2 infection increases HIV acquisition in men and women: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *AIDS* 2006; 20: 73-83 doi: 10.1097/01. aids.0000198081.09337.a7 pmid: 16327322.
- Reynolds SJ, Quinn TC. Developments in STD/HIV interactions: the intertwining epidemics of HIV and HSV-2. *Infect Dis Clin North Am* 2005; 19: 415-25 doi: 10.1016/j.idc.2005.04.005 pmid: 15963880.

CHAPITRE

2

Prise en charge globale
des IST

2. Prise en charge globale des IST

On entend par prise en charge globale une offre de soins complète pour le traitement des IST et la prévention de nouvelles infections chez le patient. La prise en charge globale va bien au-delà de la simple administration d'antibiotiques.

2.1 Approches du diagnostic des IST

Le soignant a généralement le choix entre trois approches classiques du diagnostic des IST.

- ❑ Diagnostic étiologique : recourir à des analyses biologiques pour identifier l'agent causal. Dans la pratique de la médecine, c'est l'approche idéale, puisqu'elle permet d'identifier précisément la cause même des signes et symptômes présentés par le patient.
- ❑ Diagnostic clinique : se fonder sur l'expérience clinique pour recenser les symptômes typiques d'une IST donnée. Le diagnostic clinique repose intégralement sur l'appréciation de l'état du patient par le clinicien et sa propre décision diagnostique. Cette méthode est peu fiable, en ce sens qu'un patient peut souffrir simultanément de plusieurs infections.
- ❑ Diagnostic syndromique : identifier le tableau clinique (signes et symptômes) du patient et l'associer à un syndrome. Le patient est alors traité pour toutes les causes communes de ce tableau clinique particulier.

Diagnostic étiologique

- ❑ Les analyses de biologie médicale exigent la présence de personnel qualifié, d'un service disponible en permanence et de stocks constants de matériel. Or, ces moyens font souvent défaut dans les centres de soins de santé primaires où se rendent la plupart des patients atteints d'IST.
- ❑ Il est possible que le praticien attende les résultats des analyses pour prescrire le traitement. Le patient doit alors attendre et prévoir une deuxième visite au centre de santé. Dans l'entretemps, il peut continuer de transmettre l'infection et il n'est pas garanti qu'il se rendra à la visite de suivi. Remarque : Lorsque l'on prescrit une analyse biologique, le patient est généralement traité dès la première consultation, sur la base du diagnostic syndromique.
- ❑ La plupart des centres de santé primaires ne disposent pas de services d'analyses biologiques. Le patient est alors orienté vers un centre équipé.
- ❑ Les analyses biologiques viennent confirmer le diagnostic. Elles sont importantes pour détecter la syphilis chez la femme enceinte, et le développement de tests de diagnostic rapide pour d'autres IST pourra conférer à cette approche une place de choix dans la prise en charge des personnes infectées.
- ❑ Les analyses biologiques sont indispensables pour diagnostiquer une infection silencieuse. C'est la seule solution pour les patients ne présentant aucun symptôme ni signe d'infection. Dans la région du Pacifique, le dépistage biologique a permis de détecter de nombreux cas, notamment dans le cadre des programmes de dépistage en cours.

Diagnostic clinique

Le soignant traite l'IST selon le tableau clinique du patient. Le diagnostic est influencé par le ressenti du patient, les symptômes et signes qu'il présente, ainsi que par l'expérience professionnelle du soignant. Cela dit, des IST distinctes peuvent générer un même ensemble de symptômes ; il est donc possible que le diagnostic et le traitement proposés par le soignant se portent sur la mauvaise infection. Par ailleurs, les infections mixtes étant fréquentes, le risque de laisser passer l'une d'entre elles est bien réel. Un patient souffrant d'infections multiples doit être traité pour chacune d'entre elles. Toute infection non traitée peut entraîner des complications et se propager chez les partenaires.

Diagnostic syndromique

- ❑ Le diagnostic syndromique n'est possible que si le patient présente des symptômes et/ou des signes d'IST.
- ❑ Le terme « syndrome » désigne un ensemble de symptômes et/ou de signes générés par différentes causes. Le professionnel de santé relève le tableau des symptômes et signes après interrogatoire et examen physique du patient. Il faut savoir que les bactéries *Neisseria gonorrhoea* et *Chlamydia trachomatis* occasionnent le même ensemble de signes et symptômes chez l'homme et la femme infectés. L'écoulement urétral avec ou sans dysurie chez l'homme et les pertes vaginales avec ou sans dysurie chez la femme sont une manifestation commune des deux bactéries.
- ❑ Sur le plan clinique, il est impossible de distinguer les signes et symptômes d'une gonorrhée du tableau clinique d'une chlamydie. En conséquence, il est recommandé initialement de traiter les patients présentant un écoulement/dysurie pour les deux types d'infection. Les pertes vaginales/dysurie peuvent également être expliquées par une série d'autres causes, si bien qu'il est recommandé au soignant de chercher à exclure les autres causes possibles lors de l'examen.
- ❑ Ce type de diagnostic entraîne une certaine surmédication, qui tient au fait que le patient sera traité pour plusieurs infections à la fois.

Tableau 2.1 : Résumé des avantages et des inconvénients des approches de diagnostic des IST

Approche diagnostique	Avantages	Inconvénients
Diagnostic clinique : fondé sur l'anamnèse et l'examen physique du patient, il consiste à poser un diagnostic étiologique précis à partir d'un raisonnement clinique, qui sera fonction de l'expérience du soignant.	<ul style="list-style-type: none">• Aucun avantage réel	<ul style="list-style-type: none">• Imprécis• Les infections mixtes sont fréquentes et le risque d'erreur diagnostique est de 50 %• Si le patient ne répond pas au traitement, il risque de développer des complications et continuera de transmettre l'infection

<p>Diagnostic étiologique : le diagnostic est établi à partir des résultats des analyses biologiques.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Méthode de diagnostic la plus précise • Une fois le diagnostic posé, un traitement approprié est prescrit au patient, s'il n'a pas déjà été traité selon l'approche syndromique • Seule méthode possible pour diagnostiquer une IST en l'absence de tout signe et symptôme • Approche pouvant être combinée à l'approche syndromique • Nombre limité de tests de diagnostic rapide 	<ul style="list-style-type: none"> • Les services d'analyses biologiques requis ne sont pas toujours disponibles dans le centre de santé concerné ou le laboratoire central • Problème de disponibilité de personnel de laboratoire qualifié • Selon le type de tests à réaliser, le diagnostic peut coûter cher • Les résultats peuvent arriver tardivement, ce qui peut retarder le traitement des infections • Des analyses biologiques sont disponibles pour tous les types d'IST
<p>Diagnostic syndromique : le diagnostic est établi à partir de l'identification d'un ensemble de signes et de symptômes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Couvre la plupart des IST communes • Axé sur le problème à résoudre • Très sensible et efficace contre les infections mixtes • Prescription d'un traitement adéquat dès la première consultation • Rend la prise en charge des IST plus accessible, car réalisable dans tous les centres de santé • Utilisation d'algorithmes pour accompagner le soignant à chaque étape logique de la prise en charge 	<ul style="list-style-type: none"> • Approche possible uniquement chez les patients symptomatiques • Surmédication modérée associée au traitement de plusieurs infections, regroupées dans un même syndrome • Nombre limité de syndromes d'IST • Certains syndromes ne sont pas suffisamment spécifiques. Ex. : pertes vaginales

2.2 Prise en charge globale des IST

La prise en charge globale des IST se décline comme suit :

- ❑ diagnostiquer l'IST,
- ❑ administrer un traitement antibiotique contre l'infection,
- ❑ éduquer le patient : expliquer l'importance de bien suivre tout le traitement, la nature de l'infection, le lien entre les IST et l'infection par le VIH et les façons de réduire le risque de réinfection à l'avenir,
- ❑ conseiller le patient sur les comportements à modifier, après avoir évalué le risque d'infection chez le patient et avoir abordé avec lui la réduction du risque,
- ❑ encourager le patient à utiliser des préservatifs, expliquer comment utiliser correctement un préservatif, fournir au patient des préservatifs et l'informer des lieux où il peut s'en procurer. Cela vaut pour les préservatifs masculins et féminins,
- ❑ faire en sorte que les partenaires soient examinés et traités,
- ❑ orienter le patient vers des services de conseil et de dépistage volontaire et confidentiel du VIH, après avoir obtenu son consentement,
- ❑ fixer une visite de suivi.

2.3 Diagnostic étiologique

La prise en charge globale des IST passe avant tout par le diagnostic. Comme indiqué plus haut, le diagnostic peut être posé selon l'approche étiologique ou syndromique.

Établir un diagnostic étiologique

Le diagnostic étiologique comporte deux grands volets : analyses biologiques et prise en charge du patient en fonction des infections détectées. Compte tenu du délai, qui peut être de quelques jours, avant l'arrivée des résultats, il est recommandé initialement de traiter les patients symptomatiques selon une approche syndromique, puis de réexaminer le patient une fois les résultats disponibles.

Lorsque des analyses biologiques sont réalisées pour une personne ne présentant aucun symptôme dans le cadre d'un programme de dépistage des IST ou d'un bilan biologique de routine, le diagnostic ne peut être posé qu'une fois les résultats disponibles. Le dépistage biologique peut être également pratiqué pour les patients symptomatiques.

Le dépistage biologique des IST est pratiqué dans les situations suivantes :

- ❑ lors de l'établissement du diagnostic d'une infection chez une personne présentant des symptômes et/ou des signes d'IST,
- ❑ lors de l'examen et de l'évaluation des partenaires sexuels des personnes infectées,
- ❑ lors de l'examen et de l'évaluation de personnes ayant eu des rapports sexuels non protégés avec des partenaires occasionnels,
- ❑ lors du dépistage systématique des IST dans des groupes de population considérés à risque, tels que les professionnels du sexe, les jeunes, les travailleurs itinérants et certains corps de métier,
- ❑ lors du dépistage systématique des IST dans le cadre d'études épidémiologiques,
- ❑ lors du dépistage systématique des IST dans les centres de santé génésique. Le dépistage devrait être réalisé lors des soins prénatals, dans les centres de planning familial, les centres spécialisés dans le traitement des IST, etc.

Analyses biologiques indiquées pour les IST

Toutes les IST peuvent être diagnostiquées par dépistage biologique. Cela dit, il se peut que certains tests, exigeant des équipements sophistiqués et du personnel hautement qualifié, ne soient pas disponibles dans votre pays.

Il existe un certain nombre de tests de diagnostic rapide fiables qui peuvent être utilisés directement au centre de santé, à condition de disposer des trousseaux d'analyse et du matériel élémentaire nécessaires.

- ❑ Test de détection rapide d'anticorps spécifiques des tréponèmes pour le diagnostic de la syphilis.

Ce test peut être réalisé dans le centre de santé alors que le patient attend ses résultats. Un résultat positif révèle simplement la présence d'anticorps spécifiques de tréponème, mais ne permet pas de savoir à quel moment le patient a été infecté. Le test doit être complété par un test de dépistage de la syphilis quantitatif non spécifique.

- ❑ Chez l'homme, l'examen microscopique d'un frottis urétral coloré au Gram peut révéler la présence de diplocoques intracellulaires Gram négatifs, très évocateurs des gonocoques,

ce qui permet d'établir un diagnostic présomptif de gonorrhée. Toutefois, un examen microscopique négatif n'est pas suffisant pour exclure ce diagnostic.

- ❑ L'observation microscopique de prélèvement vaginal à l'état frais permet de détecter des *Trichomonas* mobiles vivants et de diagnostiquer une trichomonase. La mise en évidence de cellules indicatrices à l'état frais fait évoquer une vaginose bactérienne, ou des levures avec pseudomycéliums.

Pour certains tests de dépistage des IST, il est nécessaire d'envoyer des échantillons à un laboratoire beaucoup mieux équipé et disposant de personnel de laboratoire formé.

- ❑ Syphilis — *Treponema pallidum*, l'agent étiologique de la syphilis, peut être observé au microscope à fond noir sur un prélèvement fraîchement effectué sur une ulcération génitale. Le diagnostic sérologique peut être établi au moyen de plusieurs tests : tests spécifiques (détection des anticorps spécifiques de tréponème), tels que le TPHA (réaction d'hémagglutination passive) et le TPPA (*Treponema pallidum* particle agglutination) ; et tests non spécifiques (détection des réagines syphilitiques), tels que le test VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) ou le test RPR (test rapide de la réagine plasmatique). Là encore, un résultat négatif ne permet pas d'exclure le diagnostic de syphilis.
- ❑ Gonorrhée — Le diagnostic passe par l'examen microscopique de frottis génitaux colorés au Gram, la mise en culture au laboratoire et l'isolement des organismes, et l'identification des organismes en culture à l'aide d'analyses biochimiques. La sensibilité aux antibiotiques des organismes en culture est également évaluée. Les techniques d'amplification des acides nucléiques (TAAN), telles que la PCR (réaction en chaîne de la polymérase), et l'hybridation moléculaire (sondes ADN), peuvent être appliquées sur des prélèvements génitaux.
- ❑ Infection à *Chlamydia* — La mise en culture de *Chlamydia* se fait sur des cellules vivantes, dans un laboratoire capable d'exécuter des cultures virales. Toutefois, un certain nombre de TAAN nouvelles peuvent être pratiquées dans un laboratoire équipé pour réaliser des PCR et des tests d'hybridation moléculaire.

On attend prochainement la mise sur le marché de nouveaux tests de diagnostic rapide de l'infection à *Chlamydia*. Ils seront très utiles. La sensibilité et la spécificité des TDR actuellement disponibles ne sont pas suffisantes pour qu'on les utilise systématiquement.

- ❑ Trichomonase — Une préparation à l'état frais ou les organismes responsables peuvent être mis en culture dans un milieu de culture spécial et une PCR peut être réalisée.
- ❑ Candidose — En général, l'agent infectieux peut être aisément observé à l'état frais dans du liquide d'écoulement non coloré ou un frottis génital traité par coloration de Gram. On peut également mettre en culture *Candida* au laboratoire.
- ❑ Vaginose bactérienne — La vaginose bactérienne est causée par l'interaction d'un certain nombre de bactéries aérobies et anaérobies que l'on peut mettre en culture au laboratoire. L'observation microscopique de cellules indicatrices à l'état frais ou dans des frottis génitaux colorés au Gram doit orienter le diagnostic.

Prise en charge des patients après le diagnostic étiologique

Dès que les résultats d'analyses sont renvoyés par le laboratoire, le patient doit être traité correctement pour chaque infection détectée. Il est important de chercher à savoir si, au moment des prélèvements, le patient avait déjà pris un traitement et lequel. Prenons trois exemples de patients présentant une biologie positive pour une IST :

- ❑ un patient ne présentant aucun signe ni symptôme d'IST — les analyses sont réalisées dans le cadre d'un dépistage de routine pour la surveillance des infections, au cours de la grossesse ou dans le cadre d'un programme de dépistage des groupes de population considérés à risque ;
- ❑ le partenaire sexuel d'une personne infectée — symptomatique ou asymptomatique, le partenaire peut avoir déjà reçu un traitement épidémiologique, selon le type d'infection décelée chez le patient index ;
- ❑ un patient présentant des symptômes ou des signes d'une IST — il est possible qu'un traitement ait déjà été mis en place sur une base syndromique.

Lorsqu'un traitement quelconque a déjà été mis en place, les résultats des analyses biologiques servent à orienter la suite thérapeutique. Par exemple :

- ❑ Un homme présentant un écoulement urétral a été traité pour une chlamydie et une gonorrhée lors de sa première consultation — si la biologie met également en évidence une syphilis, il sera traité en conséquence lors de sa visite de suivi.
- ❑ Une femme se plaignant de pertes vaginales a reçu un traitement contre la gonorrhée et la chlamydie — si les analyses révèlent en plus la présence d'une trichomonase, elle doit être traitée pour cette infection lors de sa visite de suivi.

Lorsqu'aucun traitement n'a été proposé au patient (infection silencieuse ou dépistage de routine des IST), la personne doit être traitée pour chacune des infections mises en évidence par les analyses biologiques. Par exemple :

- ❑ le partenaire sexuel d'une personne infectée — si la biologie détecte une infection non traitée initialement, un traitement doit être mis en place.

La prise en charge des IST est abordée plus en détail dans la partie ci-dessous et les autres chapitres du guide.

2.4 Prise en charge syndromique

Principales caractéristiques de la prise en charge syndromique

La prise en charge syndromique se caractérise par les éléments suivants :

- ❑ Elle est axée sur la résolution d'un problème (répondre aux symptômes du patient).
- ❑ Elle est très sensible et efficace contre les infections mixtes.
- ❑ Le traitement est mis en place dès la première consultation.
- ❑ Elle rend la prise en charge des IST plus accessible, car réalisable dans les centres de santé primaires.

- ❑ Elle propose au soignant des algorithmes pour l'accompagner à chaque étape logique de la prise en charge.
- ❑ Elle garantit un espace et du temps pour l'accompagnement du patient, par l'éducation et le conseil.

Identification des syndromes

De nombreuses IST provoquent les mêmes types de symptômes (ce que le patient nous dit qu'il ressent) et de signes cliniques (ce qu'on observe à l'examen physique). C'est pour cette raison que les IST ont été regroupées en différents syndromes. On entend par syndrome un ensemble de symptômes dont se plaint le patient et de signes cliniques observables à l'examen.

Tableau 2.2 : Récapitulatif des signes et symptômes des principaux syndromes d'IST et de leurs causes les plus fréquentes parmi les IST

Syndrome	Symptômes	Signes	Causes les plus fréquentes
Écoulement vaginal	Pertes vaginales inhabituelles Démangeaisons au niveau du vagin Dysurie (douleur à la miction)	Écoulement vaginal anormal	VAGINITE : • Trichomonase • Candidose • Vaginose bactérienne CERVICITE • Gonorrhée • Chlamydirose
Écoulement urétral/dysurie	Écoulement urétral Dysurie	Écoulement urétral (si nécessaire, demander au patient de pincer l'urètre) Aucun signe, mais plainte	Gonorrhée Chlamydirose
Ulcérations génitales	Lésion dans la zone génitale Parfois plainte de dysurie chez la femme présentant des ulcérations génitales	Ulcérations génitales	Syphilis Chancres mou Herpès génital
Douleur abdominale basse	Douleur abdominale basse Dyspareunie	Écoulement vaginal Sensibilité abdominale basse à la palpation Fièvre	Gonorrhée Chlamydirose Bactéries anaérobies mixtes
Tuméfaction du scrotum	Douleur et tuméfaction du scrotum	Tuméfaction du scrotum	Gonorrhée Chlamydirose
Conjonctivite néonatale	Paupières gonflées Écoulement Incapacité du bébé à ouvrir les yeux	Œdème des paupières Écoulement purulent chez le bébé au cours du premier mois de vie	Gonorrhée Chlamydirose

Établir un diagnostic syndromique

Pour poser le diagnostic syndromique, le professionnel de santé interroge et examine le patient et décide si les signes et symptômes relevés entrent dans la catégorie d'un syndrome d'IST. Le diagnostic syndromique est fonction du ou des symptômes manifestés par le patient. L'examen permet de confirmer l'existence du symptôme en détectant le signe anormal correspondant.

Écoulement urétral/dysurie

On diagnostique un écoulement urétral/dysurie si le patient se plaint d'un écoulement au niveau du pénis et que l'examen confirme que le liquide provient de l'orifice de l'urètre (et non du prépuce), ou si le patient se plaint de dysurie avec ou sans signes observés.

Ulcérations génitales

On diagnostique des ulcérations génitales si le patient indique avoir une plaie dans la région génitale et que l'examen confirme la présence d'ulcérations (lésion à la surface de l'épithélium provoquant une perte de substance de la peau ou de la muqueuse). Les femmes souffrant d'ulcérations génitales se plaignent parfois de dysurie.

Écoulement vaginal

On diagnostique un écoulement vaginal si la patiente se plaint de pertes vaginales et que l'examen confirme la présence d'un écoulement vaginal anormal.

Douleur/sensibilité abdominale basse chez la femme

On diagnostique une douleur/sensibilité abdominale basse si la patiente se plaint de douleurs dans le bas-ventre et que l'examen confirme la douleur et la sensibilité à la palpation du bas de l'abdomen.

Tuméfaction et douleur scrotale

On diagnostique une tuméfaction/douleur scrotale si le patient se plaint de douleurs dans l'un des deux ou les deux testicules, avec ou sans tuméfaction, et que l'examen confirme la présence de douleurs et/ou la tuméfaction récente de l'un des deux ou des deux testicules.

Conjonctivite du nouveau-né

On diagnostique une conjonctivite néonatale si un nourrisson de moins d'un mois présente des symptômes d'écoulement au niveau de la conjonctive ou de gonflement et de rougeur des paupières et que l'examen met en évidence la présence d'un écoulement purulent au niveau de la conjonctive.

EN RÉSUMÉ

Le diagnostic syndromique des IST se fait en trois étapes :

ÉTAPE 1

Interroger le patient sur ses antécédents et les symptômes dont il souffre.

ÉTAPE 2

Examiner le patient et rechercher toute manifestation anormale (signe) ; en particulier, confirmer que les symptômes évoqués sont présents.

ÉTAPE 3

Les symptômes, corroborés par la présence de signes anormaux, orientent le diagnostic.

Autres causes des syndromes retenus (non associées aux IST)

Il convient de préciser que les syndromes décrits jusqu'ici sont définis sur la base de symptômes et de signes. Or, ces symptômes et signes peuvent se manifester en présence d'autres affections. Le tableau 2.3 ci-dessous propose un récapitulatif des autres causes pouvant provoquer les syndromes décrits. Il est important de connaître les causes non associées aux IST afin de pouvoir les exclure lors du diagnostic. Dans le cas de certaines affections plus graves, le patient doit être orienté en urgence vers un service de soins spécialisés en milieu hospitalier.

Tableau 2.3 : Causes autres que des IST des syndromes répertoriés

Syndrome	Causes autres que des IST
Écoulement vaginal	Pertes normales (physiologiques), rétention de substances étrangères, causes non infectieuses
Écoulement urétral	Infection bactérienne, affection urinaire
Ulcérations génitales	Traumatisme, réaction allergique, affections de la peau
Douleur abdominale basse	Dysménorrhée, appendicite, grossesse extra-utérine, complications de la grossesse
Tuméfaction du scrotum	Traumatisme, hydrocèle, hernie, orchi-épididymite virale
Conjonctivite néonatale	Infection bactérienne

Traitement de tous les agents responsables

Alors que le diagnostic clinique ou étiologique vise à identifier un seul agent causal, la prise en charge syndromique consiste à combattre immédiatement l'ensemble des principaux agents responsables. C'est un élément important, compte tenu de la fréquence des infections mixtes.

En d'autres termes, si les médicaments nécessaires sont disponibles à un prix abordable, le traitement syndromique combat la ou les infection(s) présumée(s) chez le patient et contribue à réduire le risque de transmission à d'autres partenaires sexuels.

Voici un exemple pratique de diagnostic et de traitement selon l'approche syndromique.

Un patient se plaint d'un écoulement au niveau de son pénis. À l'examen, vous constatez un écoulement urétral. Le signe et le symptôme font évoquer un syndrome d'écoulement urétral.

Ce syndrome est commun à la gonorrhée et/ou à l'infection à Chlamydia. Ces deux types d'infection peuvent non seulement entraîner de graves complications, mais aussi faciliter la transmission et l'acquisition du VIH. Par conséquent, il est essentiel de traiter le patient pour les deux infections.

D'autres agents, tels que Trichomonas, peuvent provoquer un écoulement urétral. Le patient doit-il être traité pour d'autres causes ? Pas forcément à la première consultation : les autres affections possibles sont moins fréquentes et n'entraînent pas de complications. Si les symptômes persistent chez le patient, vous pouvez traiter ces infections lors de la visite de suivi.

Résumé

Nous avons évoqué les avantages et les inconvénients de l'approche étiologique et de l'approche syndromique, qui présentent de nombreux points communs. Certains pays océaniques ont entrepris

d'introduire des tests très sensibles et spécifiques pour diagnostiquer les IST. Là où des laboratoires d'analyses biologiques sont disponibles, il convient de tirer pleinement parti de cette initiative. Avantageuse sur le plan des coûts, l'approche syndromique permet d'enrayer efficacement la propagation des IST.

Il convient de garder à l'esprit que, quelle que soit l'approche retenue, le patient doit systématiquement recevoir des soins efficaces et adaptés dès son premier contact avec un centre de santé.

2.5 Algorithmes de prise en charge

Un algorithme ou diagramme logique oriente la prise de décision dans une situation donnée. Dans le contexte clinique, on parle aussi d'arbre décisionnel ou d'algorithme de prise en charge.

L'un des grands avantages des algorithmes de prise en charge est qu'ils constituent pour le personnel soignant une référence constante, qui oriente la gestion de chaque situation clinique. Une fois formés à leur utilisation, les soignants apprécient la simplicité des algorithmes de prise en charge des IST et leur accessibilité, quel que soit le type de centre de santé et le degré de spécialisation du soignant.

Autre avantage connexe :

- ❑ Le professionnel de santé peut rapidement mettre en place un traitement, car le patient atteint d'une IST sera traité dès la première consultation.
- ❑ Un nombre bien supérieur de patients souffrant d'IST ont accès au traitement.
- ❑ L'introduction de mesures de promotion de la santé et de prévention est prévue : éducation, distribution de préservatifs, conseil et dépistage du VIH.
- ❑ Toutes les personnes atteintes d'IST reçoivent des soins complets.

L'algorithme accompagne le soignant au travers d'une séquence d'actions et de décisions. Chaque décision ou action est représentée par un nœud (encadré), d'où partent un ou deux chemins d'accès menant à un autre nœud de décision ou d'action.

Après avoir relevé les symptômes du patient, le soignant se réfère à l'algorithme pertinent et suit le flux d'actions et de décisions proposé.

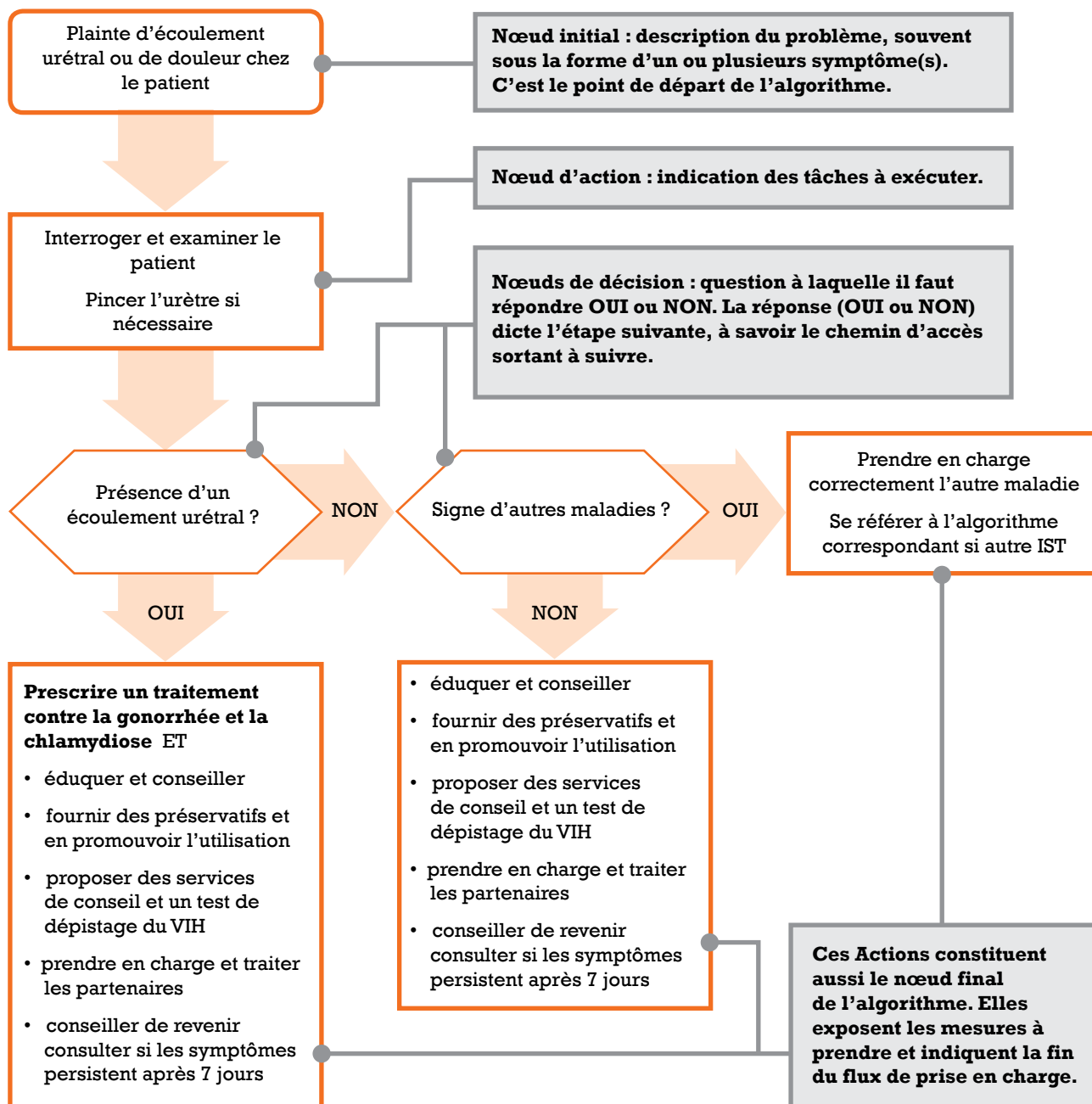
Chaque algorithme comprend trois grands types d'étapes :

- ❑ Le nœud initial, qui signe le démarrage du flux en haut de l'algorithme, correspond au problème clinique (symptômes manifestés par le patient).
- ❑ Le nœud de décision correspond à une décision à prendre, le plus souvent en répondant « oui » ou « non » à une question.
- ❑ Les différents nœuds d'action indiquent les mesures à prendre quant au traitement, à l'éducation du patient, à la promotion du port du préservatif, etc. Ils indiquent également s'il est nécessaire d'orienter le patient vers un autre service de soins.

Les algorithmes de prise en charge des IST présentés dans ce manuel permettent au personnel médical de détecter et d'orienter les patients présentant de graves complications d'IST, ou une autre affection grave qui n'est pas transmise par voie sexuelle, mais dont les symptômes sont évocateurs d'une IST. Ils permettent donc de prendre en charge correctement les patients consultant pour des symptômes.

Nous avons mis au point un algorithme pour chaque syndrome d'IST décrit ici. L'algorithme donné à la figure 2.1 est donné à titre d'exemple. D'autres algorithmes sont proposés au chapitre 4.

Figure 2.1: Algorithme de prise en charge d'écoulement urétral ou de douleur chez le patient



Glossaire

agents étiologiques	agents causals
cervicite	inflammation du col de l'utérus, principalement due à une gonorrhée ou une chlamydie
chlamydial	causé par Chlamydia. Ex. : urétrite chlamydiale
coloration de Gram	méthode de coloration utilisée en laboratoire pour identifier les bactéries
conjonctivite du nouveau-né	conjonctivite survenant chez le nourrisson de moins d'un mois, généralement des suites d'une gonorrhée ou d'une chlamydie
diagnostic clinique	établir la cause d'une infection ou d'une maladie à partir de l'expérience clinique
diagnostic étiologique	identifier un agent causal grâce à la microscopie et à des analyses biologiques
douleur à la décompression	un des signes de la péritonite ou de l'abcès intra-abdominal à rechercher lors de l'examen d'un patient présentant une douleur abdominale basse. Le patient ressent une douleur vive lorsque le soignant appuie doucement et lentement sur une zone sensible et relâche soudain la pression
dysurie	douleur lors de la miction
fistule	communication anormale entre un organe creux et la surface de la peau
fluctuation	déplacement de liquide, tel que du pus, au sein d'un bubon ou d'une zone abcédée
ganglions lymphatiques inguinaux	ganglions lymphatiques dans la région de l'aîne
nœud « problème clinique »	nœud d'un algorithme reprenant les symptômes typiques d'un syndrome donné
œdème	gonflement résultant d'une accumulation de liquides dans les tissus
palper/palpation	examiner en touchant avec la main
plasma	liquide incolore du sang ou de la lymphe
prise en charge du partenaire	contacter, traiter et éduquer tous les partenaires sexuels du patient traité pour une IST
prise en charge globale	prise en charge des IST incluant traitement, éducation, conseil et prise en charge du partenaire

prise en charge syndromique	prise en charge fondée sur la reconnaissance d'un syndrome (ensemble cohérent de symptômes et de signes aisément observables) pour le choix du traitement contre des agents étiologiques
purulent	qui produit du pus
sida	syndrome d'immunodéficience acquise causé par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)
signe(s)	indication de l'existence d'une maladie ou toute manifestation objective d'une maladie perceptible lors de l'examen physique par un professionnel de santé
symptôme(s)	manifestation ou perception subjective de la maladie ou de l'état d'un patient
testicules	deux glandes de forme ovale normalement suspendues au scrotum, et où se développent les spermatozoïdes
traumatisme	toute lésion ou blessure physique. Ce terme désigne aussi parfois l'état de choc suivant une lésion ou une blessure
urètre	canal de sortie de la vessie permettant l'écoulement de l'urine
vésicules	petites boursouflures de la peau, généralement évocatrices d'un herpès lorsqu'elles sont localisées dans la région génitale

CHAPITRE

3

Anamnèse et examen
physique du patient

3. Anamnèse et examen physique du patient

Retracer le passé sexuel d'un patient est complexe. Ce dernier doit expliquer au soignant ses symptômes génitaux et ses comportements sexuels. Influencés par les normes culturelles locales régissant la sexualité et inquiets quant à la confidentialité des renseignements fournis, certains patients peuvent être mal à l'aise au moment d'évoquer ces sujets délicats.

Vous devez rapidement gagner la confiance du patient et l'assurer que l'entretien est confidentiel pour reconstituer l'histoire précise de la maladie dans le court laps de temps qui vous est imparti.

3.1 Besoins d'un patient atteint d'une IST

Cette partie du guide vous permettra :

- ❑ d'identifier les différents besoins d'un patient consultant pour une IST dans un centre de santé ou un centre spécialisé dans le traitement des IST, notamment ses attentes concernant le cadre de soins et le personnel soignant ; et
- ❑ de tenir compte de la diversité des besoins, selon le sexe ou l'âge du patient.

L'anamnèse et l'examen physique du patient doivent permettre :

- ❑ de poser un diagnostic syndromique précis et efficace de l'IST en cause ;
- ❑ d'évaluer le risque de transmission ou d'acquisition d'une IST chez le patient ; et
- ❑ de déterminer si d'autres partenaires ont été exposés à l'infection.

Besoins élémentaires du patient

L'inquiétude ou la gêne sont fréquents chez les patients. Il est donc important que le cadre de soins et le personnel soignant le mettent à l'aise.

Cadre de soins

Confidentialité et respect de la vie privée sont deux maîtres mots. Il est important d'interroger le patient à l'abri des regards et des oreilles indiscrettes. Il est tout aussi important d'expliquer au patient que le personnel soignant met tout en œuvre pour respecter la confidentialité des informations données en consultation.

Personnel soignant

Le plus important peut-être pour un patient, c'est de sentir que le soignant le comprend, le respecte et est à l'écoute. Pour ce faire, il faut établir une relation de confiance avec le patient et **se garder de tout jugement**.

3.2 Développer la relation soignant-soigné

Un bon sens de la communication est indispensable pour créer une relation avec le patient. Cette capacité de communication englobe :

- ❑ la communication verbale : la manière de parler au patient et de lui poser des questions ;

- ❑ la communication non verbale : la manière de se comporter face au patient.

Vous devez avant tout accueillir le patient de manière raisonnablement amicale et vous présenter.

- ❑ Souriez et parlez d'un ton amical.
- ❑ Présentez-vous.
- ❑ Adressez-vous au patient par son nom.
- ❑ Proposez-lui de s'asseoir.
- ❑ Ne commencez l'entretien que lorsque vous êtes dans un lieu tranquille et protégé.
- ❑ Regardez le patient droit dans les yeux, si les conventions culturelles le permettent.
- ❑ Montrez-vous respectueux et compréhensif.

La clé d'une **communication non verbale efficace** tient en une phrase : traiter chaque patient avec respect et lui accorder toute votre attention :

- ❑ Regardez le patient dans les yeux. Là où les conventions culturelles le permettent, échanger des regards avec le patient lui signifie votre intérêt. Une mine d'informations est transmise par la communication non verbale, notamment les expressions du visage et le mouvement des yeux. Observez et écoutez ; intéressez-vous autant aux émotions qu'aux faits.
- ❑ Écoutez attentivement ce que raconte le patient. Prêter une oreille attentive est le signe pour le patient que le soignant est véritablement à l'écoute et que ses préoccupations sont entendues. La capacité d'écoute est une qualité qui s'acquiert avec la pratique.

Pour montrer que vous êtes réceptif, penchez-vous légèrement vers le patient. Acquiescez ou dites quelques mots de temps à autre pour l'encourager. Ne montrez aucun signe d'impatience et évitez d'écrire pendant le récit du patient. Évitez de l'interrompre à moins de devoir éclaircir un point.

- ❑ Utilisez la technique du miroir. Si le patient est assis, asseyez-vous ; s'il se met debout, levez-vous. Le recours à cette technique non verbale aide le patient à se sentir plus à l'aise. Elle vous place sur un pied d'égalité avec le patient. Regarder le patient littéralement de haut peut être ressenti comme menaçant.
- ❑ Restez à côté du patient. Réduisez la distance autant que les conventions culturelles le permettent. Un bureau ou une table créent une barrière physique entre vous et votre patient. Si possible, tenez-vous ou asseyez-vous à côté de lui.

Très simples, ces quatre techniques non verbales peuvent tout changer dans le rapport de confiance ou de méfiance que vous établissez avec votre patient. Sommes-nous vraiment sûrs à 100 % de projeter une attitude positive à tous nos patients ?

Langage corporel :

- échanger des regards
- écouter attentivement
- utiliser l'effet miroir
- rester à côté du patient

3.3 Compétences verbales pour l'anamnèse

Au-delà des techniques de communication verbale que nous avons passées en revue, il est intéressant d'étudier les méthodes d'entretien à privilégier pour l'anamnèse, ainsi que les différentes techniques de communication verbale.

Poser des questions

Vous devez obtenir de chaque patient souffrant d'IST des renseignements importants sur son état de santé : cela englobe non seulement ses symptômes et ses antécédents médicaux, mais aussi son passé sexuel.

Nous vous recommandons de :

- vous garder de tout jugement moral dans la formulation de vos questions ;
- éviter le jargon médical et choisir des termes compréhensibles, adaptés au patient ;
- demander au patient l'autorisation de lui poser des questions personnelles.

Questions ouvertes et fermées

Deux types de questions peuvent être posées au patient : questions *ouvertes* et questions *fermées*.

Une question ouverte permet au patient de donner une réponse détaillée ou d'enchaîner librement sur un autre sujet.

« *De quoi souffrez-vous ?* »

« *Quels types de médicaments prenez-vous en ce moment ?* »

« *Qu'est-ce qui vous amène aujourd'hui ?* »

Une question fermée invite le patient à répondre par un seul mot ou une courte phrase, souvent oui ou non.

« *Le gonflement est-il douloureux ?* »

« *Avez-vous un retard de règles ?* »

« *Avez-vous un partenaire régulier ?* »

« *Quel âge avez-vous ?* »

« *Avez-vous des pertes ?* »

Les questions ouvertes incitent le patient à s'exprimer avec ses propres mots et à raconter tout ce qui lui semble important. Ainsi, on peut obtenir beaucoup plus d'informations en posant une seule question ouverte qu'en utilisant plusieurs questions fermées. Par ailleurs, la sexualité étant un sujet difficile à aborder, les questions ouvertes permettent au patient de garder une certaine maîtrise du discours et de se sentir plus à l'aise.

Les questions fermées, elles, invitent le patient à répondre précisément à la demande formulée par le soignant. Ce type de question est utile pour préciser certaines informations. On peut, si nécessaire, compléter les réponses aux questions ouvertes par des questions fermées.

Pour illustrer la différence entre questions ouvertes et questions fermées, comparez les deux exemples donnés ci-après. Observez la quantité d'informations recueillies pour chaque type de question.

Exemple 1 : Entretien réalisé à l'aide de questions fermées

Patiente : *J'ai mal au ventre.*
Soignant : *On va regarder ça. Où avez-vous mal ?*
Patiente : *Ici.*
Soignant : *La douleur est-elle constante ?*
Patiente : *Non.*
Soignant : *Est-ce que c'est sensible ici ?*
Patiente : *Oui.*
Soignant : *Quand les douleurs ont-elles commencé ?*
Patiente : *La semaine dernière.*

Exemple 2 : Entretien réalisé à l'aide de questions ouvertes

Patiente : *J'ai mal au ventre.*
Soignant : *On va regarder ça. Que pouvez-vous me dire sur ces douleurs ?*
Patiente : *Eh bien, j'ai commencé à avoir mal la semaine dernière. Au début, c'était juste sensible en bas, mais parfois, la douleur est très forte. Surtout quand je m'assieds ou que je me lève. C'est très différent de mes douleurs menstruelles.*
Soignant : *Y a-t-il autre chose qui vous gêne ?*
Patiente : *En fait, oui, un liquide étrange, différent de d'habitude. Ça ne fait pas mal, mais c'est gênant.*

Dans le second exemple, le soignant obtient beaucoup plus d'informations, par le simple recours à des questions ouvertes : « *Que pouvez-vous me dire sur ces douleurs ?* » et « *Y a-t-il autre chose qui vous gêne ?* ». Vous conviendrez peut-être également que la patiente semble plus à l'aise ; elle a moins l'air de subir l'entretien.

Les spécialistes de l'interrogatoire des patients souffrant d'IST insistent sur l'importance de poser plusieurs fois la deuxième question : « *Y a-t-il autre chose ?* ». En effet, certains patients sont tellement embarrassés à l'idée de parler de leurs symptômes d'IST qu'ils décrivent d'abord d'autres symptômes sans rapport, tels qu'un mal de tête, avant d'être suffisamment détendus pour passer aux symptômes d'IST. Donner au patient la possibilité de s'étendre sur ses différents motifs de consultation permet souvent de glaner des informations utiles.

Une fois certain d'avoir obtenu le tableau complet du problème vu par le patient, vous pouvez poser des questions fermées pour demander des détails précis.

Techniques spécifiques de communication verbale

Parallèlement à une communication non verbale positive et à un interrogatoire adapté et respectueux

du patient, certaines techniques et compétences spécifiques peuvent être extrêmement utiles pour interroger une personne souffrant d'IST. Elles vous permettront à la fois de soutenir votre patient, et de rassembler efficacement les renseignements dont vous avez besoin.

Six techniques sont à votre disposition :

- facilitation,
- entretien directif,
- résumé et vérification,
- empathie,
- légitimation/réconfort,
- affirmation d'un partenariat/contrat de soins.

Facilitation

Par facilitation, on entend l'ensemble des mots, sons et gestes qui invitent le patient à poursuivre son récit. Acquiescer ou lever les sourcils sont deux exemples de facilitation non verbale. Le but est d'encourager discrètement le patient à poursuivre. Voici un exemple de facilitation verbale.

Patiente : *Je ne suis pas sûre... c'est gênant.*

Soignant : *C'est normal, je vous écoute.*

Patiente : *Voilà, c'est que...*

Soignant : *Oui ?*

Patiente : *J'ai une plaie...*

Entretien directif

Cette technique est utile lorsque le patient est confus et ne sait pas par où commencer, ou lorsqu'il ne sait pas ce qu'il est important de dire. L'entretien directif aide le sujet à structurer ses idées et à donner les renseignements requis sous forme de séquence.

Patiente : *Je ne sais pas, ça fait trois semaines. Qu'est-ce que je vais dire à mon mari ? Est-ce que tout le monde va savoir ? Je veux dire, ça se guérit, n'est-ce pas ?*

Soignant : *Essayons de voir quel est le problème. Commençons par régler ça, puis nous verrons comment en parler à votre mari.*

L'entretien directif permet au patient d'exprimer ses craintes et inquiétudes plus facilement.

Résumé et vérification

Le fait de résumer et de vérifier les propos du patient vous permet de vous assurer que vous l'avez bien compris. Il peut lui-même corriger tout malentendu. L'idée est de reformuler les propos du patient et de lui demander si le résumé est correct. Employez cette technique quand le patient a mentionné un certain nombre de points que vous voulez confirmer.

Soignant : *(Résumé) Vous vous inquiétez de ce qu'il faut dire à votre mari et vous êtes donc très embarrassée par cette infection. Vous voulez savoir si on peut la guérir.*

(Vérification) C'est bien ça ?

Patiente : *Oui, c'est ça. Qu'est-ce que j'ai ?*

Empathie

C'est peut-être l'attitude communicante la plus importante lorsque l'on est confronté aux émotions d'un patient. Si vous constatez un sentiment d'anxiété ou de tension chez le patient, vous pouvez exprimer votre empathie en commentant l'émotion que vous avez observée. Vous montrez ainsi au patient qu'il a le droit d'exprimer ses craintes, et développez une communication plus ouverte avec lui. Comme pour les techniques de facilitation, vous encouragez alors le patient à en dire plus.

Soignant : *(Doucement) Je vois que vous êtes très inquiet.*

Patiente : *Oui, cela fait plus d'une semaine que ça me gêne. Je suis morte d'inquiétude.*

Légitimation/réconfort

Il est utile de reconforter le patient pour le rassurer sur le fait que ses émotions sont légitimes et que l'on peut régler son problème. Avec vos mots ou vos gestes, vous montrez au patient que son anxiété peut disparaître.

Soignant : *Je comprends que vos symptômes vous inquiètent. Dès que je pourrai confirmer votre problème, nous commencerons un traitement et vous devriez vous sentir mieux.*

Patiente : *Ça me rassure. Que voulez-vous savoir ?*

Affirmation d'un partenariat

L'affirmation d'un partenariat confirme l'engagement du soignant d'aider le patient.

Ce contrat de soins peut être passé avec le soignant, à titre personnel, comme dans l'exemple ci-dessous, ou au nom de l'équipe soignante du centre de santé.

Soignant : *Vous avez bien fait de venir consulter. Je viendrai vous voir avant votre départ pour m'assurer que vous êtes au courant de tout ce qu'il faut savoir pour prévenir une nouvelle infection. Nous évoquerons aussi la meilleure façon de parler à votre mari.*

Patiente : *Oh merci ! Je ne veux pas que ça se reproduise.*

La plupart des professionnels de santé expérimentés emploient de temps en temps certaines de ces techniques d'entretien. Pour réussir l'interrogatoire d'un patient pouvant souffrir d'IST, il faut recourir la plupart du temps aux six techniques proposées.

3.4 Rassembler les informations

Il vous sera utile d'améliorer vos compétences d'entretien, car une bonne anamnèse est la clé d'un diagnostic précis et rapide d'une IST. Les renseignements communiqués par le patient sont le point de départ pour comprendre ses comportements et savoir s'il risque de transmettre ou de contracter une IST à l'avenir, et pour aiguiller et faire traiter son/sa partenaire.

Tout d'abord, il est utile de préciser les raisons de l'anamnèse. L'interrogatoire du patient est important pour :

- poser le bon diagnostic ;
- évaluer le risque de transmission ou d'acquisition d'une IST chez le patient ; et
- déterminer si un ou plusieurs partenaires ont peut-être été infectés.

Voici les informations que vous devez obtenir à peu près dans cet ordre.

Renseignements généraux sur le patient

- Âge
- Nombre d'enfants
- Adresse
- Emploi

Maladie actuelle du patient

Motif de la consultation et durée des symptômes

Chez l'homme

- En cas d'écoulement urétral : douleur à la miction ? Fréquence ?
- En cas de tuméfaction du scrotum : antécédents de traumatisme ?

Chez la femme

- En cas d'écoulement vaginal : douleur à la miction ? Fréquence ? Évaluation positive du risque ?*
- Douleur abdominale basse : saignements ou pertes vaginales ?
- Grossesse ou accouchement douloureux ou difficiles ?
- Menstruations douloureuses, difficiles ou irrégulières ? Absence ou retard de règles ?

Chez l'homme et la femme

- En cas d'ulcérations génitales : douleurs ? Récurrentes ? Apparition ? Crise spontanée ?
- En cas de bubon inguinal : douleur ? Présence d'ulcérations génitales ? Gonflements dans d'autres parties du corps ?
- Autres symptômes, tels que démangeaisons ou inconfort ?

❑ Antécédents médicaux du patient

- Antécédents d'IST ? Dates ? Mise en place d'un traitement et réponse ? Résultats des analyses ?
- Autre maladie : type ? Dates ? Mise en place d'un traitement et réponse ? Résultats des analyses ?
- Médicaments pris par le patient
- Allergies médicamenteuses

❑ Antécédents sexuels – les 5 P.

- Partenaires
- Prévention de grossesse
- Protection contre les IST
- Pratiques
- Passé infectieux (antécédents d'IST)

Pour chaque patiente, procédez à une évaluation des risques.

***Remarque :** l'évaluation des risques consiste à poser un ensemble précis de questions aux femmes qui consultent pour des pertes vaginales. Ces questions ont été conçues pour aider le soignant à se prononcer sur l'étiologie. Les questions doivent être adaptées en fonction du contexte social et comportemental local. Le quatrième module reprend les questions à poser.

Communication verbale et non verbale pour l'anamnèse

Voici un exemple d'entretien où le soignant emploie des techniques verbales et non verbales pour interroger le patient. Dans la colonne « Observations », vous trouverez le type de technique employé.

Vous pouvez également évoquer tout autre chose que l'infirmière aurait pu dire ou faire pour ce patient.

	Questions et réponses	Observations
Soignante	Bonjour, asseyez-vous. Je m'appelle Jo, je suis infirmière. Comment vous appelez-vous ?	Présentation amicale et question ouverte
Patient	Jimmy.	
Soignante	Que puis-je faire pour vous aider ?	Question ouverte, facilitation
Patient	Eh bien, je me suis coupé le bras hier en essayant de me débarrasser d'un vieux tronc. C'est assez profond.	
Soignante	Oh, ce n'est pas trop grave, mais vous avez bien fait de venir pour faire nettoyer la plaie. Je peux nettoyer et panser la plaie si vous voulez. Vous êtes venu de loin pour faire ce pansement ?	Réconfort
Patient	Oh, je vis à moins de dix kilomètres d'ici, près de (nom du village).	
Soignante	Bien. (Nettoie et panse la plaie.) Y a-t-il autre chose que vous souhaitez faire examiner ?	Question ouverte, facilitation
Patient	En fait... oui (rire nerveux).	

Soignante	<i>Ça vous gêne peut-être d'en parler...</i>	<i>Empathie</i>
Patient	<i>Oui, ça me gêne... vous voyez, c'est au niveau (se penche et murmure)... de mon pénis.</i>	
Soignante	<i>Oui ?</i>	<i>Facilitation</i>
Patient	<i>Eh bien (hésitation), il y a... (hésitation) comme une plaie.</i>	
Soignante	<i>Et cette plaie vous inquiète ?</i>	<i>Empathie/vérification</i>
Patient	<i>Oui. En fait, ça ne fait pas mal, mais ce n'est pas beau à voir. Ça m'inquiète un peu. Enfin, une de mes petites amies m'a dit que c'était... mauvais et refuse de me voir... Ça vient peut-être d'une fille que j'ai rencontrée dans un bar ou même d'une de mes petites amies.</i>	
Soignante	<i>Que pouvez-vous me dire sur cette plaie ?</i>	<i>Question ouverte, entretien directif</i>
Patient	<i>Que dire ? Ça ne fait pas mal... (haussement d'épaules)</i>	
Soignante	<i>Depuis combien de temps avez-vous cette plaie ?</i>	<i>Question fermée, pour obtenir une information précise</i>
Patient	<i>Oh, un mois environ, je suppose. Mon oncle dit que je ne dois pas m'inquiéter, mais je pense que ça vient d'une femme... si je trouve laquelle...</i>	
Soignante	<i>Jimmy, il est clair que le fait que la plaie se trouve à cet endroit vous angoisse, mais je pense que nous devons d'abord déterminer ce que c'est. Je pense que nous devons aussi discuter de ce que vous pouvez faire pour éviter que ça se reproduise.... Mais je vais d'abord devoir examiner cette plaie...</i>	<i>Empathie, entretien directif</i>
Patient	<i>(Regard surpris)</i>	
Soignante	<i>Je sais que ça peut être gênant, mais je dois vous examiner pour savoir quel est le problème. Vous êtes d'accord ?</i>	<i>Empathie, réconfort, partenariat</i>
Patient	<i>Oui, enfin, je suppose (à contrecœur).</i>	
Soignante	<i>Je dois être sûre avant de vous donner un traitement.</i>	
Patient	<i>Ça va aller, n'est-ce pas ?</i>	
Soignante	<i>Oh oui, et avec votre aide, nous pouvons vous traiter et vous guérir. Je vous dirai tout ce qu'il faut savoir et vous aiderai à décider ce que vous allez faire. Ça vous va ?</i>	<i>Réconfort, partenariat</i>
Patient	<i>Oui. (Soulagement)</i>	

3.5 Examen physique

L'examen physique sert à confirmer la présence des symptômes d'IST décrits par le patient. Cette partie explique la conduite à tenir lors de l'examen d'un patient et d'une patiente. Dans le Pacifique, il est habituel que les patientes soient examinées par des femmes, et les patients par des hommes. La situation varie selon l'emplacement géographique et la disponibilité du personnel soignant.

L'examen des parties intimes d'un patient exige du soignant tact, sensibilité et respect. Les patients peuvent être gênés ou mal à l'aise. Nous proposons des méthodes pour aider le patient à comprendre l'importance de l'examen physique et à surmonter sa gêne.

Veuillez noter que cette partie ne traite que de l'examen des six syndromes d'IST répertoriés dans le présent guide. Elle ne couvre pas toutes les IST, comme la gale ou la phtiriose du pubis, que vous êtes normalement amené à traiter dans le cadre habituel de vos fonctions.

Veillez garder à l'esprit que :

- ❑ Un bon diagnostic passe par un interrogatoire complet du patient et l'examen physique de ses parties génitales ;
- ❑ **Nous recommandons le port de gants**, en particulier pour inspecter des muqueuses, dont les parties génitales, la bouche et l'anus.

Cette partie vous aidera à :

- ❑ vous comporter de façon professionnelle avant et pendant l'examen physique du patient ;
- ❑ rassurer les patients qui refusent de se faire examiner et gagner leur confiance et leur coopération ; et à
- ❑ réaliser un examen efficace, que le patient soit un homme ou une femme.

Pour l'examen des parties génitales, vous devez rester professionnel devant la timidité, voire le refus, de certains patients. Vous devez :

- ❑ garantir le respect de l'intimité ;
- ❑ expliquer ce que vous allez faire et pourquoi l'examen est important ;
- ❑ demander au patient l'autorisation de l'examiner ;
- ❑ rester calme et éviter de vous presser pendant l'examen, même si vous avez peu de temps ;
- ❑ aborder l'examen avec assurance, mais en restant à l'écoute des besoins du patient.

Pour la plupart des syndromes, l'examen est une étape importante du diagnostic. Cela dit, il ne faut jamais forcer le patient à subir un examen physique. S'il refuse, vous devez le rassurer et lui expliquer la situation jusqu'à ce qu'il vous accorde sa confiance.

Examen d'un patient masculin

Voici la séquence idéale pour l'examen d'un patient masculin. L'examen varie selon les compétences du soignant et la disposition du patient à se faire examiner, surtout si le soignant est du sexe opposé. Expliquez la procédure d'examen au patient.

Le patient est déshabillé et allongé sur la table d'examen. La zone allant des genoux à la poitrine est découverte. Veillez à bien couvrir le patient avec un drap d'examen et à ne découvrir que les parties à examiner.

Examinez la bouche et recherchez toute plaie, grosseur ou signe anormal. Examinez la peau de la poitrine, de l'abdomen, du dos, des fesses, du périnée, des parties génitales et de la région anale. Vérifiez qu'il n'y a pas d'éruption cutanée ou de plaie.

Palpez les aires ganglionnaires du cou, des aisselles, les aires sus-claviculaires et épitrochléennes, ainsi que sous le menton, pour détecter d'éventuelles adénopathies. Palpez l'aîne pour détecter la présence éventuelle de ganglions lymphatiques hypertrophiés et de bubons inguinaux.

Examinez par palpation toute masse ou ulcération. Constatez la présence ou l'absence d'ulcérations génitales ou de ganglions lymphatiques inguinaux hypertrophiés et sensibles (appelés bubons). Palpez le scrotum, les testicules, l'épididyme et le cordon spermatique.

Décalottez le gland, ou demandez au patient de le faire, et recherchez tout signe d'ulcérations génitales et d'écoulement urétral. En cas d'écoulement, vérifiez si le liquide s'écoule de l'urètre. S'il n'y a aucun signe manifeste d'écoulement, exercez une légère pression sur l'urètre et massez dans le sens de l'écoulement pour faciliter une éventuelle sortie de liquide.

Recherchez et notez les signes suivants : écoulement, ulcérations, vésicules, éruption cutanée, condylomes, bubons et lymphadénopathie. Notez la quantité et la couleur du liquide urétral, le cas échéant.

Examen d'une patiente

Voici la séquence idéale pour l'examen d'une patiente. L'examen varie selon les compétences du soignant et la disposition de la patiente à se faire examiner, surtout si le soignant est du sexe opposé. Expliquez la procédure d'examen à la patiente.

La patiente est déshabillée et allongée sur la table d'examen. La zone allant des genoux à la poitrine est découverte. Veillez à bien couvrir la patiente avec un drap d'examen et à ne découvrir que les parties à examiner.

Pratiquez un examen général. Inspectez la bouche et recherchez toute plaie, masse ou signe anormal. Examinez la poitrine, le dos et l'abdomen à la recherche d'une éruption cutanée, de gonflements et de plaies. Palpez le cou, les aisselles et les aires sus-claviculaires, sous-maxillaires, axillaires et épitrochléennes pour détecter d'éventuelles adénopathies.

Palpez l'abdomen et recherchez des zones sensibles et gonflées. Vérifiez en particulier si la région pelvienne est sensible à la palpation profonde.

Examinez la région pubienne et vérifiez par palpation s'il y a des ganglions lymphatiques inguinaux hypertrophiés.

Inspectez les grandes et les petites lèvres, le méat urétral, le clitoris, l'orifice vaginal, l'anus et le périnée. Constatez s'il y a écoulement, ulcérations, condylomes ou grosseurs.

Séparez les lèvres et insérez un spéculum bien lubrifié et tiède pour inspecter la paroi du vagin et le col de l'utérus. Par un examen minutieux, constatez la présence ou l'absence d'ulcérations, de condylomes ou d'écoulement cervical et vaginal.

Notez la couleur, la quantité et l'odeur du liquide d'écoulement. Pour l'examen gynécologique à l'aide d'un spéculum, la patiente doit être allongée, jambes écartées et genoux pliés. Vous devez utiliser une lampe projetant une lumière vive et blanche de qualité pour inspecter l'intérieur du vagin. Une fois l'examen du vagin et du col terminé, retirez le spéculum et insérez l'index et le majeur dans le vagin pour procéder à l'examen bimanuel.

L'examen bimanuel consiste à placer deux doigts d'une main à l'intérieur du vagin et l'autre main sur la partie basse de l'abdomen. En vous servant de vos deux mains, palpez et recherchez tout gonflement ou zone sensible. Vérifiez s'il y a hyperesthésie à la mobilisation du col, en mobilisant légèrement le col latéralement. N'oubliez pas que si la patiente présente des ulcérations génitales nombreuses et douloureuses, il sera peut-être impossible de pratiquer un examen au spéculum. Évitez de faire mal à la patiente.

Glossaire

empathie	faculté de reconnaître ce que ressent quelqu'un et de s'identifier à lui
épididyme	canal très long, pelotonné, s'étendant derrière le testicule et assurant le stockage, le transport et la maturation des spermatozoïdes
facilitation	recours à des mots, des phrases ou des sons pour encourager ou aider quelqu'un à faire quelque chose
gland	extrémité du pénis
masse pelvienne	toute grosseur ou boule dans la région pelvienne
méat urétral	orifice de l'urètre
menstruations	écoulement mensuel de sang de l'appareil génital féminin
palper/palpation	examiner en touchant avec la main
périnée	région située entre l'anus et le scrotum ou la vulve
question fermée	question à laquelle on ne peut répondre que par un ou deux mots. Ex. : Êtes-vous marié ? (voir aussi question ouverte)
question ouverte	question qui invite une réponse détaillée, commençant souvent par comment, quoi ou pourquoi (voir aussi question fermée)
ulcération	plaie ou perte de substance localisée d'un organe ou d'un tissu
vésicules	petites boursouffures de la peau, renfermant un liquide
vulve	parties génitales externes de la femme

CHAPITRE

4

Diagnostic et
traitement

4. Diagnostic et traitement

Le présent chapitre accompagne le soignant étape par étape dans l'utilisation pratique des algorithmes de prise en charge des syndromes d'IST. Il décrit toutes les décisions importantes à prendre et la conduite à tenir.

4.1 Guide général pour l'utilisation des algorithmes

Tous les algorithmes se caractérisent par la même structure générale : nœud initial (problème, point de départ), nœuds d'action et nœuds de décision. Pour illustrer cette partie, nous prenons l'exemple de l'écoulement urétral/dysurie.

Nœud initial : problème

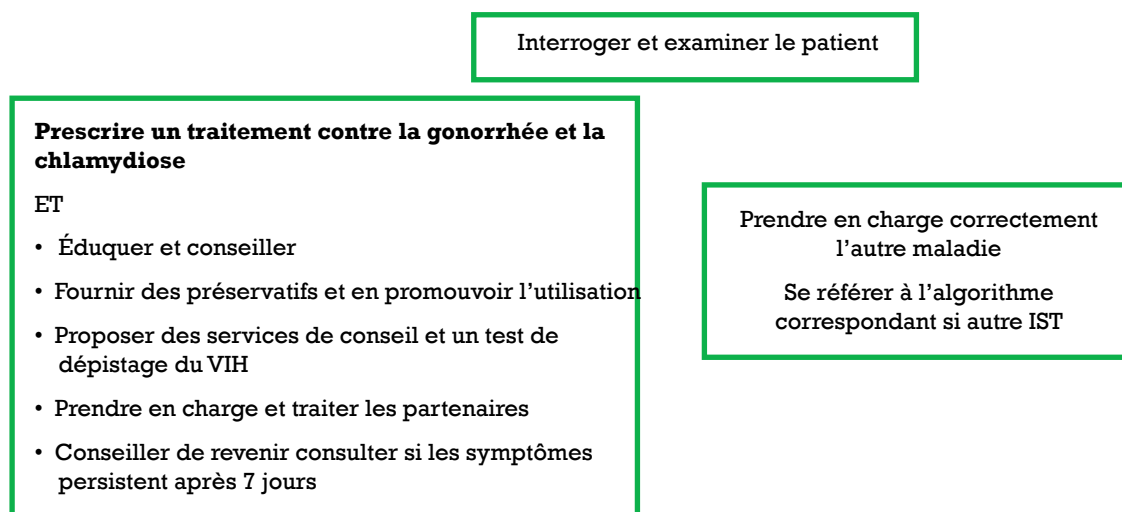
Le point de départ, ou nœud initial, de chaque algorithme correspond au problème à résoudre (voir exemple ci-dessous). Il nous donne le symptôme d'IST dont souffre le patient.

Le patient se plaint d'écoulement urétral ou de dysurie

Dès que vous distinguez clairement les symptômes du patient, vous pouvez vous référer à l'algorithme correspondant.

Nœuds d'action

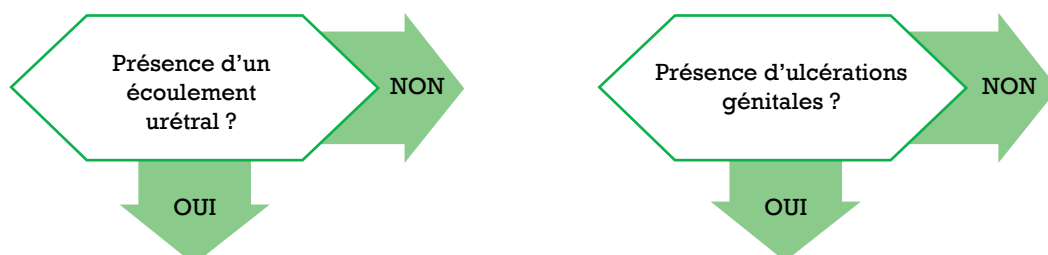
Les nœuds d'action vous indiquent la conduite à tenir.



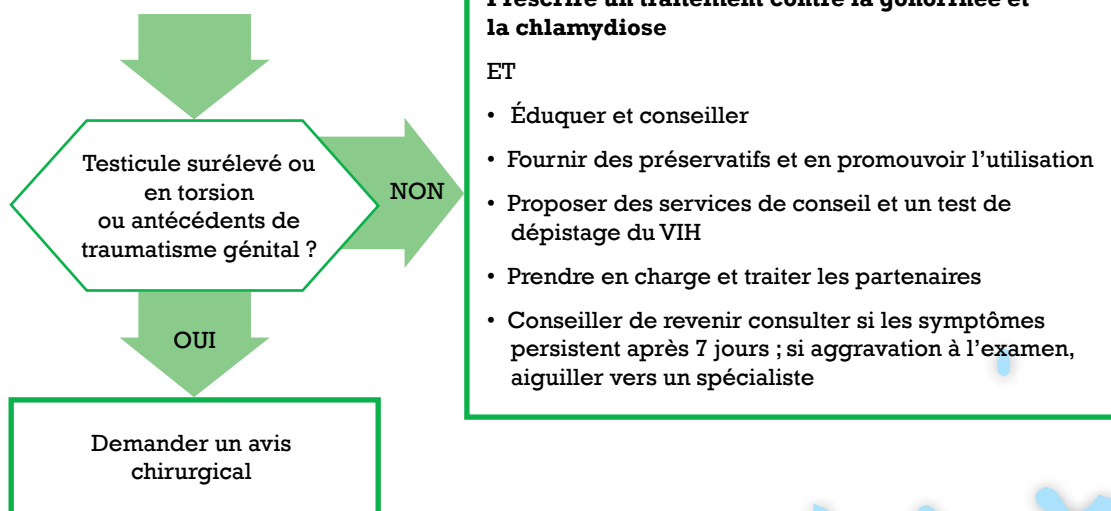
Nœuds de décision

Les nœuds de décision posent une question à laquelle vous répondez par oui ou par non.

Votre réponse vous guide vers un nouveau nœud d'action.



Traitement



Tous les algorithmes comprennent un nœud d'action thérapeutique, comme dans l'exemple ci-dessus. Vous trouverez au chapitre 5 des informations détaillées sur l'accompagnement du patient par l'éducation et le conseil. En voici les grandes lignes.

Éducation

- ❑ informer les patients de l'importance de suivre à la lettre le traitement prescrit, pendant toute la durée recommandée ; il ne suffit pas de prendre les médicaments jusqu'à ce que les symptômes disparaissent pour éliminer l'infection ;
- ❑ expliquer les modes de transmission des IST et les complications possibles, ainsi que le risque de réinfection si le partenaire n'est pas traité ;
- ❑ conseiller au patient de s'abstenir de toute activité sexuelle, tant qu'il n'a pas pris l'INTÉGRALITÉ de son traitement antibiotique ;
- ❑ évoquer avec le patient ses choix en matière de sexualité et de comportements à risque/sans risque ;
- ❑ expliquer au patient comment utiliser un préservatif, promouvoir le port du préservatif et lui fournir des préservatifs ;
- ❑ recommander au patient de faire un test de dépistage confidentiel du VIH, obtenir son libre consentement et lui communiquer toutes les informations nécessaires sur le test ;
- ❑ s'assurer la coopération du patient pour faire traiter le partenaire. Il est à noter que le partenaire peut être du même sexe. Il faut informer le patient du risque de réinfection si le partenaire n'est pas traité correctement ;
- ❑ souligner l'importance de venir consulter à nouveau si les symptômes persistent.

Traitez toujours votre patient avec courtoisie et respect. Vous devez gagner sa confiance pour mettre en place une prise en charge globale et efficace des IST.

Conseil

Les services de conseil les plus efficaces :

- ❑ sont axés sur le risque individuel d'acquisition d'IST/du VIH du client (on préférera le conseil personnalisé aux généralités) ;
- ❑ sont interactifs (le conseiller emploie des questions ouvertes et écoute attentivement pour prendre la mesure des risques individuels encourus par le client ; le patient parle et le conseiller écoute) ;
- ❑ invitent le client à se fixer des objectifs modestes, mais réalistes, pour réduire les risques ; et
- ❑ ne laissent aucune place au jugement. S'il est sermonné, le patient sera peu disposé à prendre le traitement recommandé, à parler à ses partenaires et à revenir consulter si nécessaire.

Traitements médicamenteux

Pour traiter les patients atteints d'IST, il est recommandé de se limiter aux traitements médicamenteux dont l'efficacité est égale ou supérieure à 95 %. Le phénomène de résistance à certains médicaments (pharmacorésistance) est très répandu et se généralise dans certaines régions du monde, si bien qu'il faut recourir à des médicaments plus efficaces et souvent plus onéreux. Quel que soit le contexte, il est essentiel de surveiller les schémas de résistance aux antimicrobiens. C'est encore plus vrai pour des agents tels que *Neisseria gonorrhoeae*.

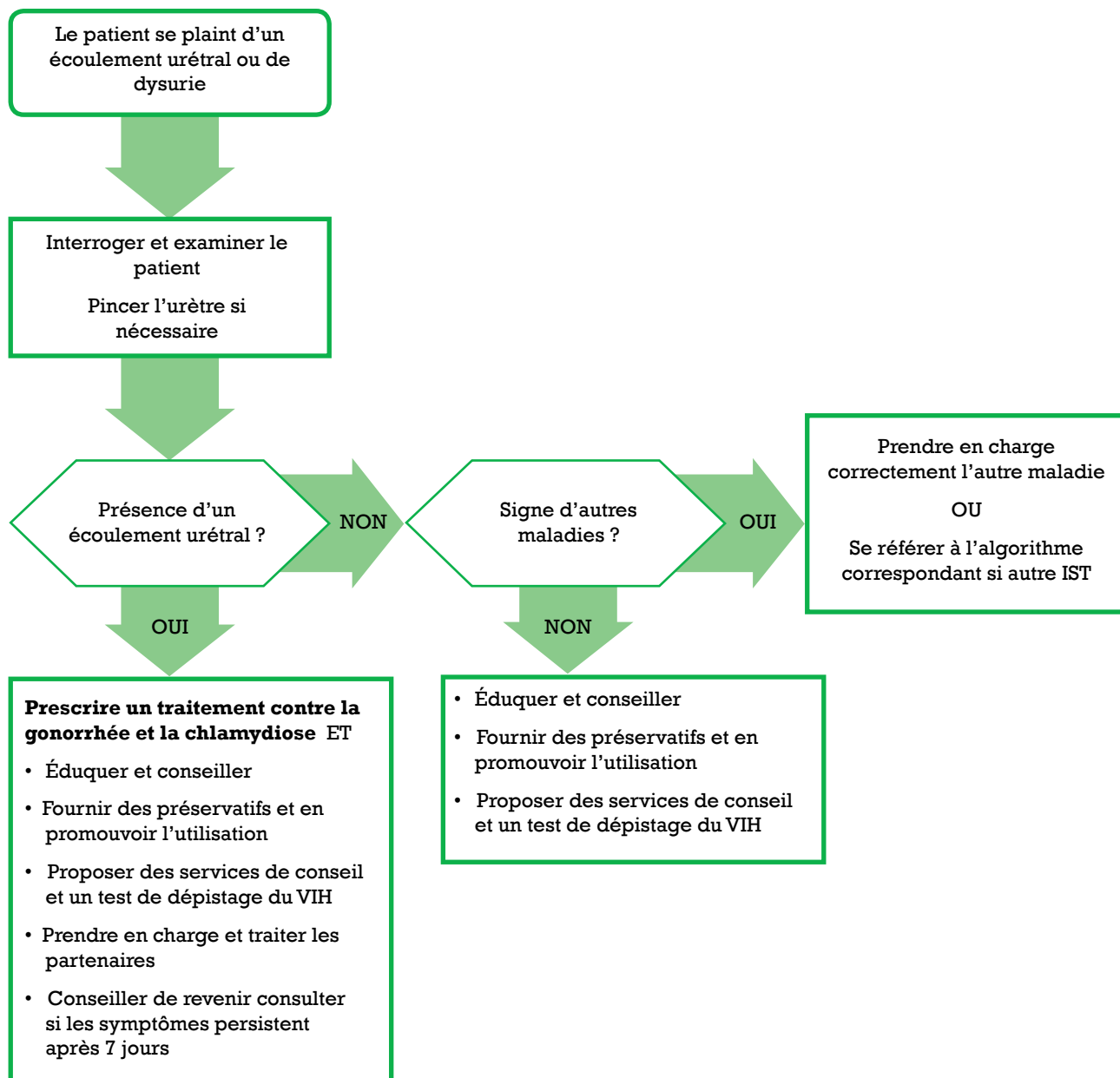
Algorithmes présentés dans ce chapitre

Le présent chapitre décrit la séquence de prise en charge des syndromes suivants :

- ❑ écoulement urétral/dysurie chez l'homme
- ❑ ulcérations génitales (chez l'homme et la femme)
- ❑ pertes vaginales chez la femme
- ❑ douleur abdominale basse chez la femme
- ❑ tuméfaction du scrotum chez l'homme
- ❑ conjonctivite du nouveau-né

Il convient de noter que ces algorithmes ont été mis au point pour la région océanienne. Des algorithmes de prise en charge ont peut-être déjà été établis dans certains pays ; dans ce cas, il est préférable de privilégier les outils nationaux. Le traitement médicamenteux spécifique à chaque syndrome n'est pas mentionné dans les algorithmes de prise en charge, étant donné que chaque pays dispose de ses propres directives de traitement, établies sur la base des listes nationales de médicaments essentiels.

4.2 Algorithme de prise en charge de l'écoulement urétral/dysurie chez l'homme



Une semaine plus tard...

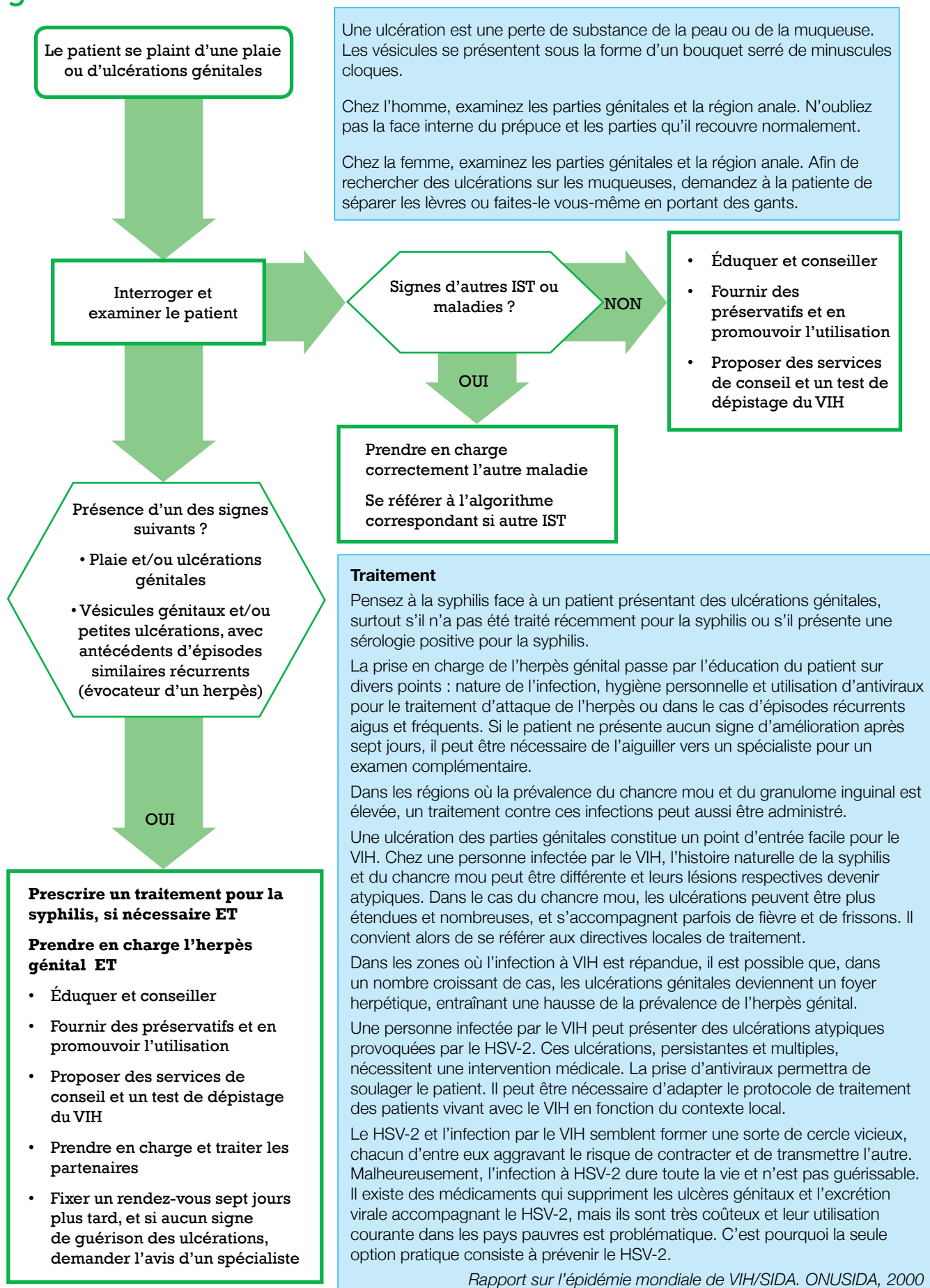
Si le patient consulte à nouveau sept jours plus tard et que les symptômes n'ont pas disparu, vérifiez qu'il a bien pris son traitement et qu'il n'a pas été réinfecté. Dans l'un de ces deux cas, renouvelez le traitement.

Si le traitement semble avoir été pris correctement, la persistance du syndrome peut s'expliquer par :

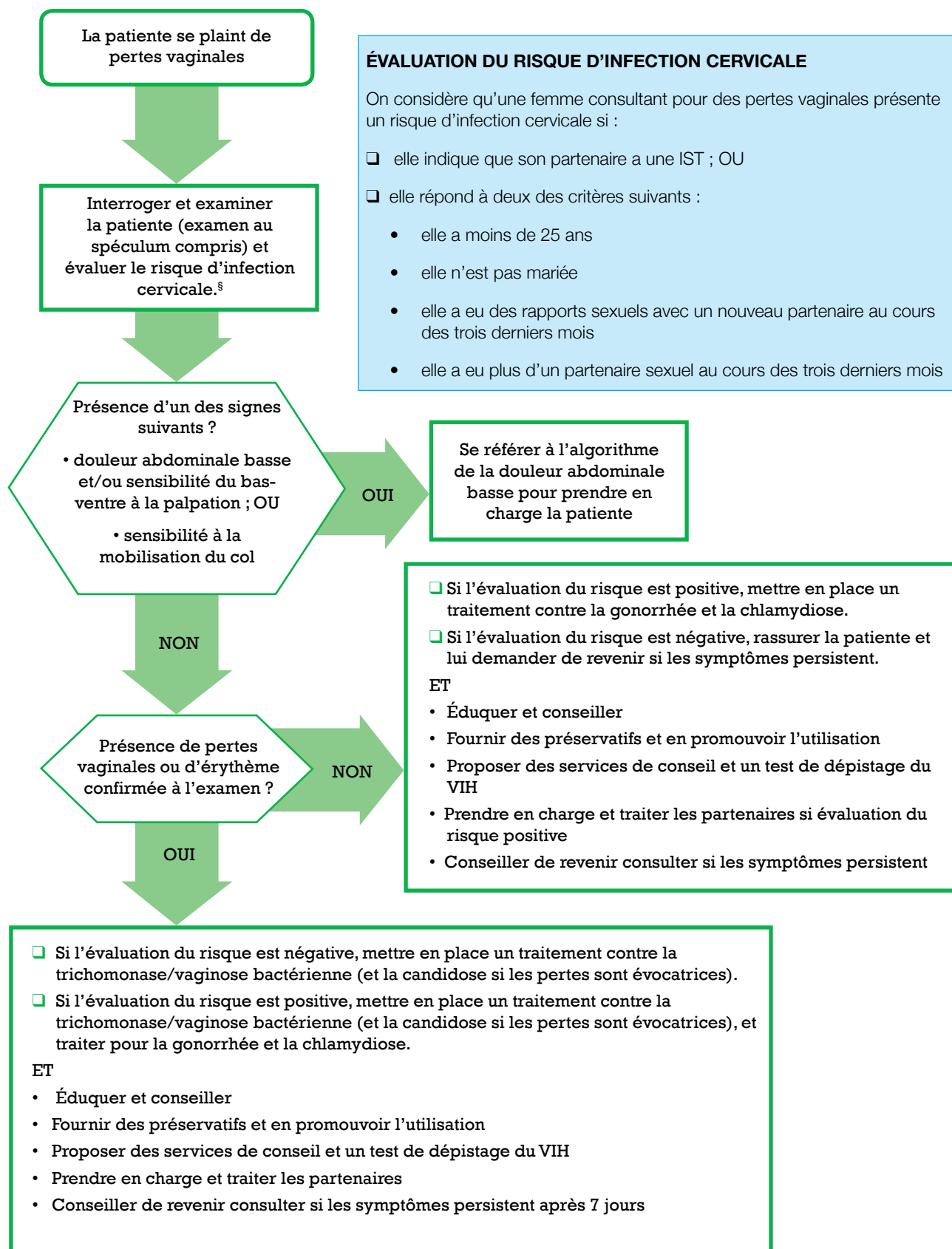
- une pharmacorésistance : il faut alors proposer un nouveau traitement médicamenteux, sur les conseils de votre supérieur. Il sera probablement nécessaire de faire un prélèvement sur écouvillon aux fins d'analyses biologiques (microscopie et culture) ; ou
- la présence d'un autre agent causal. L'écoulement urétral est aussi évocateur de la présence de Trichomonas ; traitez le patient pour la trichomonase en attendant d'avoir les résultats des analyses biologiques.

Si les symptômes persistent malgré tout, aiguillez le patient vers un centre spécialisé pour un bilan complet et d'autres tests biologiques.

4.3 Algorithme de prise en charge des ulcérations génitales



4.4 Algorithme de prise en charge des pertes vaginales



Remarque : Les facteurs d'évaluation du risque diffèrent selon le groupe de population considéré. L'utilité même de l'évaluation est remise en cause en raison de la disparité des facteurs retenus dans les différents contextes et groupes de population. Il est peut-être nécessaire de mener des recherches opérationnelles sur le bien-fondé de ces facteurs de risque dans la région océanienne.

Informations complémentaires

L'algorithme proposé à la page précédente illustre la séquence de prise en charge des pertes vaginales. D'autres algorithmes incluant le recours à la microscopie peuvent être mis au point. L'examen microscopique facilitera uniquement le diagnostic de la trichomonase et d'une vaginose bactérienne. L'algorithme proposé a été conçu pour que toutes les femmes consultant pour des pertes vaginales soient traitées pour la trichomonase et la vaginose bactérienne.

Les pertes vaginales sont tout à fait normales chez la femme. Elles peuvent être plus abondantes durant certaines phases du cycle menstruel, pendant et après les rapports sexuels et pendant la grossesse et l'allaitement. En principe, une femme ne se plaindra de pertes vaginales que si elle pense qu'elles sont anormales ou quand elles sont associées à des démangeaisons ou à de l'inconfort. Elle ne consultera généralement pas pour des pertes qu'elle juge normales.

Les pertes vaginales sont un symptôme de vaginite (infection du vagin) ou de cervicite (infection du col de l'utérus), ou des deux. Il est important de poser, si possible, un diagnostic différentiel, car la cervicite entraîne de graves complications. Il est donc essentiel de traiter le ou les partenaires pour prévenir toute réinfection.

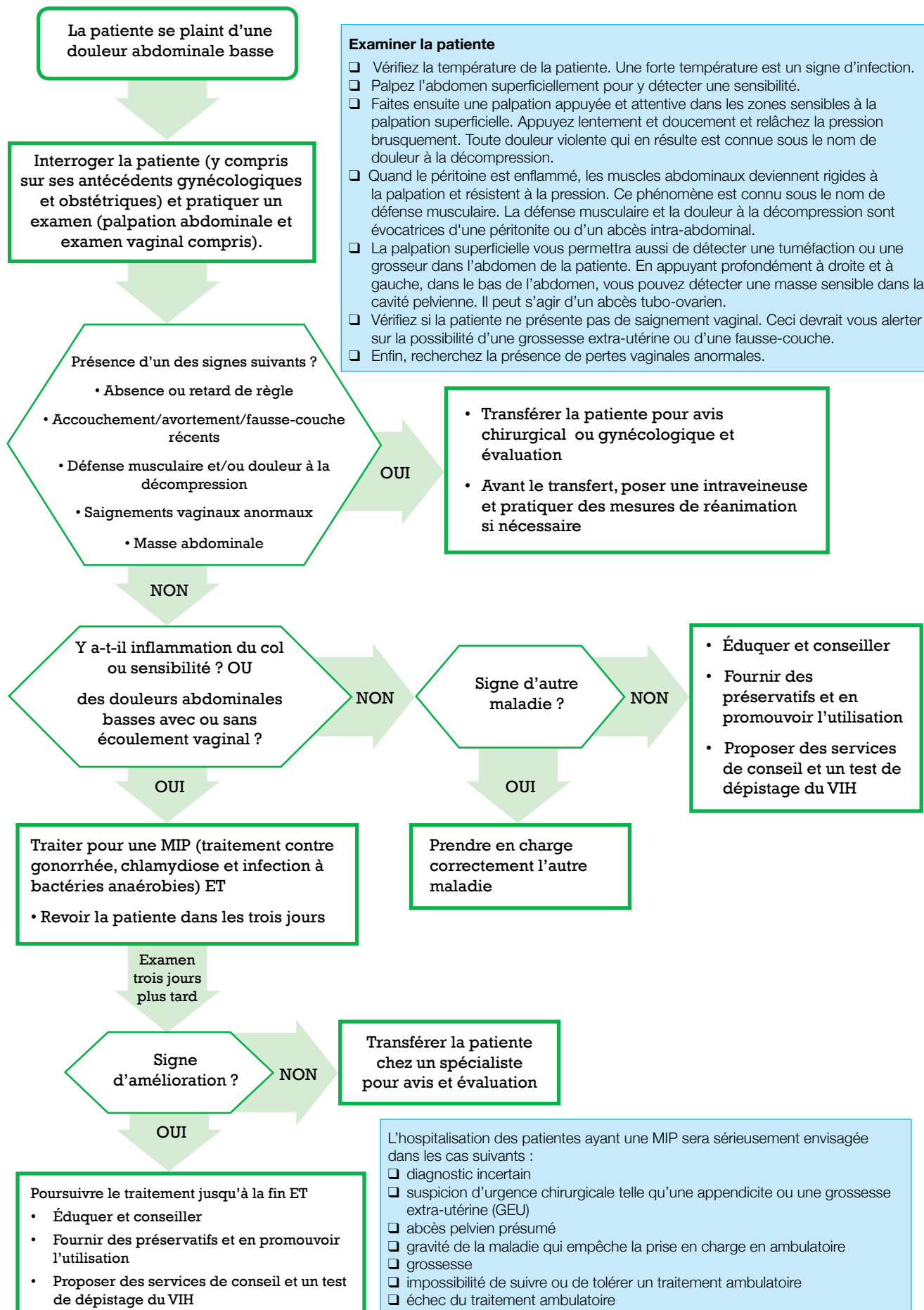
Voici en résumé les différences entre vaginite et cervicite.

Vaginite	Cervicite
Trichomonase, candidose et vaginose bactérienne	Gonorrhée et chlamydie
Cause la plus fréquente de pertes vaginales	Cause moins courante de pertes vaginales
Facile à diagnostiquer	Difficile à diagnostiquer
Aucune complication	Graves complications
Inutile de traiter le partenaire, sauf pour la trichomonase	Nécessité de traiter le partenaire

Malheureusement, il n'est pas facile de faire la distinction entre la vaginite et la cervicite. La cervicite est plus susceptible de survenir dans des régions où la prévalence de la gonorrhée ou de l'infection à Chlamydia est élevée. Plus la prévalence est élevée, plus l'administration d'un traitement se justifie.

Dans les régions à forte prévalence de gonorrhée et de chlamydie, les questions posées dans le cadre de l'évaluation des risques aident à déterminer quelles femmes présentent un risque élevé d'infection cervicale. L'algorithme reproduit à la page précédente illustre la séquence de prise en charge d'un écoulement vaginal dans une région à forte prévalence.

4.5 Algorithme de prise en charge de la douleur abdominale basse chez la femme



Informations complémentaires

La douleur abdominale basse chez la femme est un signe de maladie inflammatoire pelvienne (MIP). Ce terme désigne les infections des voies génitales supérieures chez la femme : utérus, trompes de Fallope, ovaires ou cavité pelvienne. L'infection atteint les voies supérieures par le col de l'utérus. La MIP peut être provoquée par une gonorrhée, une chlamydie et certaines bactéries anaérobies.

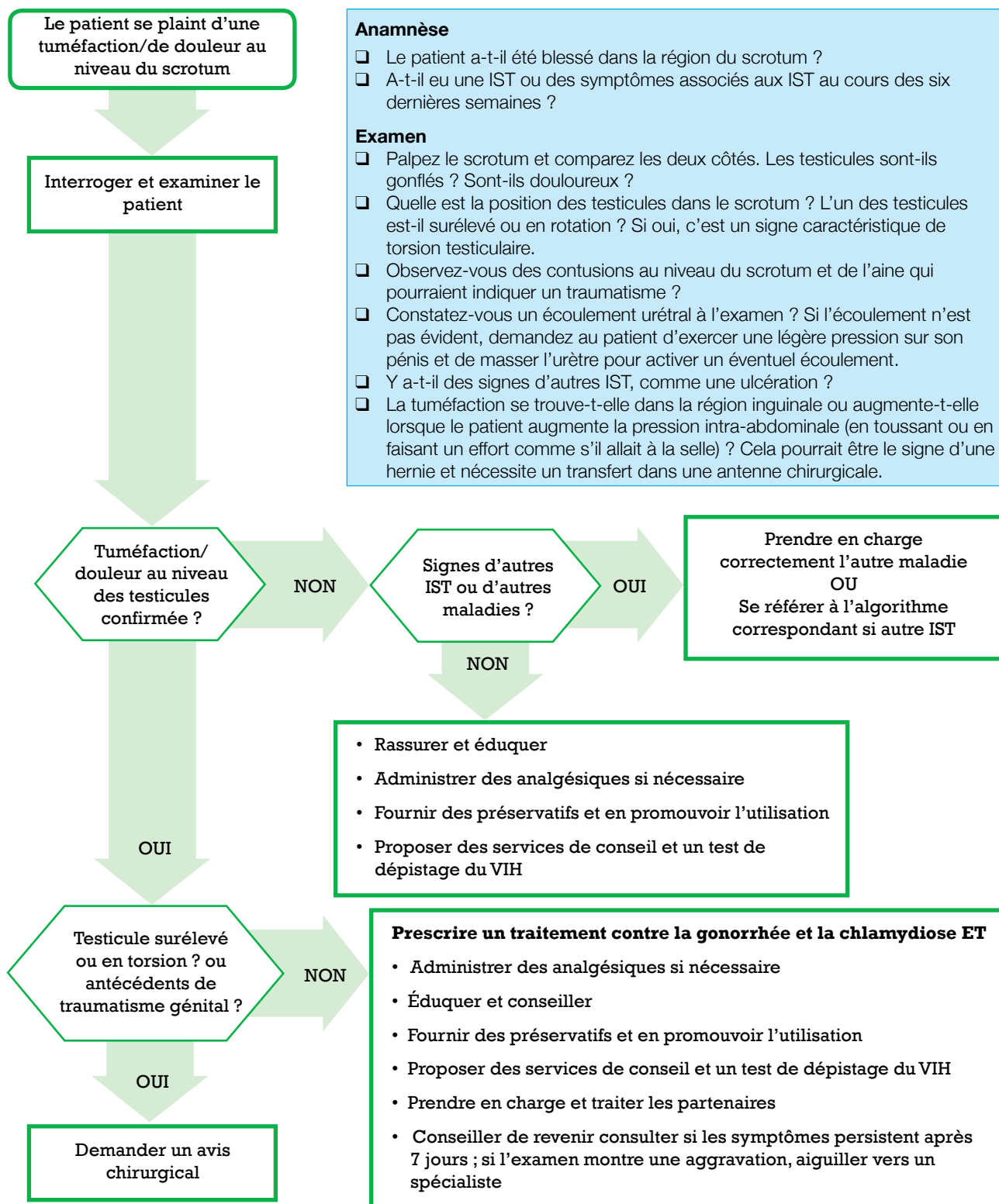
La MIP comprend l'endométrite, la salpingite, l'abcès tubo-ovarien et la pelvipéritonite. Elle peut conduire à une péritonite généralisée, potentiellement mortelle. La salpingite peut entraîner l'obstruction des trompes de Fallope, menant à une diminution de la fécondité ou à la stérilité si les deux trompes sont infectées. Elle peut également provoquer une obstruction partielle des trompes, ce qui permet le passage des spermatozoïdes, mais pas celui de l'ovule fécondé qui est plus volumineux. Il peut en résulter une grossesse tubaire, ou grossesse extra-utérine, qui, sans intervention, provoque une rupture des trompes et une hémorragie intra-abdominale massive, potentiellement mortelle.

Les femmes souffrant de MIP ont souvent des antécédents de douleurs abdominales basses et d'écoulement vaginal. Cela dit, chez certaines femmes atteintes de MIP ou d'endométrite, ces douleurs sont absentes. Les autres symptômes évocateurs sont la dyspareunie, l'écoulement vaginal, des saignements utérins anormaux à n'importe quel moment du cycle, des douleurs à la miction, des douleurs menstruelles, de la fièvre et quelquefois des nausées et des vomissements.

Bien qu'elle soit difficile à diagnostiquer, la MIP doit être évoquée lorsque l'on est en présence d'un ou de plusieurs des symptômes énumérés ci-dessus, combinés à une sensibilité abdominale basse, un écoulement vaginal et une hyperesthésie à la mobilisation du col.

L'algorithme de prise en charge de la douleur abdominale basse chez la femme est reproduit à la page précédente. Il vous permettra de déterminer quelles femmes doivent être transférées chez un spécialiste pour une évaluation plus poussée.

4.6 Algorithme de prise en charge de la tuméfaction/douleur scrotale



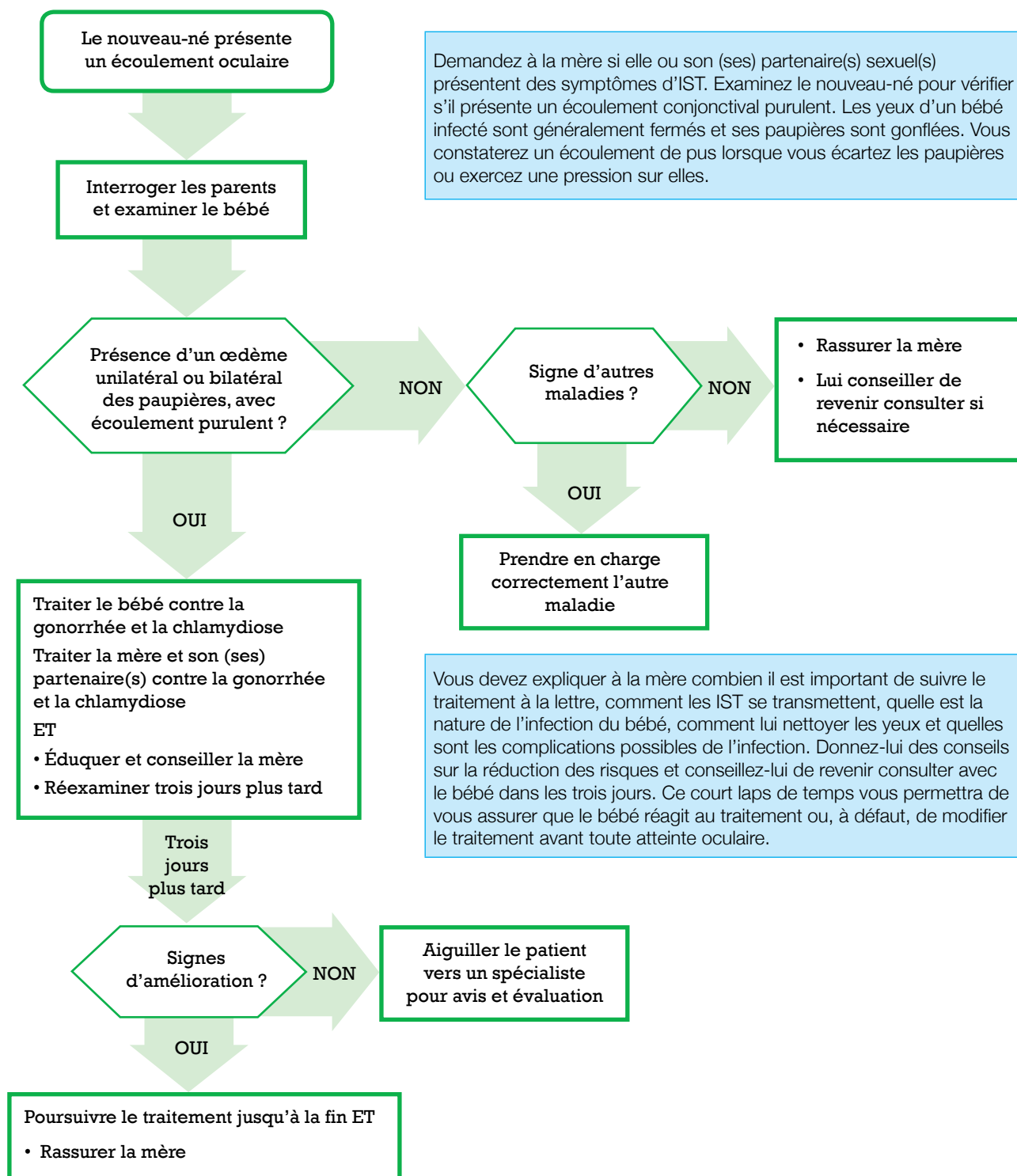
L'infection des testicules ou épидидymite est une complication grave de l'urétrite gonococcique et de l'urétrite à chlamydia. Lorsqu'il est infecté, le testicule gonfle, devient chaud et très douloureux. Si on ne traite pas précocement et efficacement, la guérison s'accompagne d'une cicatrisation fibreuse et d'une destruction du tissu testiculaire, ce qui peut conduire à la stérilité.

Il est important d'écartier les causes non infectieuses et les infections non transmises sexuellement face à une tuméfaction ou à des douleurs du scrotum.

Parmi les causes non infectieuses, on peut citer les traumatismes, les tumeurs et la torsion testiculaire, qui nécessitent tous un transfert vers un service spécialisé.

Chez l'homme de plus de 35 ans non exposé au risque d'IST et l'adolescent prépubère, il faut évoquer d'autres infections générales

4.7 Algorithme de prise en charge de la conjonctivite du nouveau-né



Prévention de la conjonctivite du nouveau-né

L'administration d'un traitement prophylactique dès la naissance permet normalement de prévenir la conjonctivite gonococcique du nouveau-né. Tous les nouveau-nés devraient recevoir un traitement préventif comme suit :

- dès la naissance du bébé, essuyez soigneusement les deux yeux avec un coton propre et sec ; appliquez ensuite une pommade ophtalmique à 1 % de tétracycline dans chaque œil.

Les yeux d'un nouveau-né sont généralement gonflés après la naissance et il peut être difficile de les ouvrir. Vous devez donc absolument séparer les paupières et placer la pommade dans les sacs conjonctivaux inférieurs et non sur les paupières ou les joues.

Si un nourrisson de moins d'un mois a les yeux gonflés et purulents, référez-vous à l'algorithme de prise en charge de la conjonctivite néonatale reproduit sur cette page.

4.8 Traitement spécifique des infections¹

Le traitement qui sera privilégié pour chaque infection sera fonction des directives nationales établies par chaque pays. Vous trouverez ci-dessous la liste des antibiotiques recommandés pour lutter contre chaque infection traitée ici. Les recommandations s'appliquant à votre pays peuvent être différentes.

1. SYPHILIS

Syphilis précoce

Benzathine pénicilline, 2,4 millions UI, en injection intramusculaire, en dose unique.

Syphilis tardive ou de durée inconnue

Benzathine pénicilline, 2,4 millions UI, en injection intramusculaire, 1 fois par semaine pendant 3 semaines.

Syphilis pendant la grossesse

Benzathine pénicilline, 2,4 millions UI, en injection intramusculaire, en dose unique. Ce traitement devrait suffire à traiter le nourrisson, mais la mère présentant une syphilis tardive doit recevoir 3 injections intramusculaires de pénicilline pour un traitement complet.

Autres protocoles thérapeutiques possibles en cas d'allergie à la pénicilline :

Doxycycline, 100 mg par voie orale, 2 fois par jour, pendant 15 jours en cas de syphilis précoce, et pendant 30 jours en cas de syphilis tardive ou de durée inconnue.

Chez la **femme enceinte allergique à la pénicilline**, n'administrez pas de doxycycline. À la place, prescrivez :

Érythromycine, 500 mg par voie orale, 4 fois par jour, pendant 15 jours en cas de syphilis précoce, et pendant 30 jours en cas de syphilis tardive ou de durée inconnue.

Prise en charge du partenaire asymptomatique

Cas index souffrant de syphilis précoce : administrez au partenaire de la benzathine pénicilline, 2,4 millions UI, en injection intramusculaire unique.

Cas index souffrant d'une syphilis tardive ou atteint depuis une durée inconnue et pour lequel le test RPR et le test tréponémique sont positifs : administrez au partenaire 3 doses hebdomadaires de benzathine pénicilline par injection intramusculaire.

2. GONORRÉE

Ceftriaxone, 250 mg en injection intramusculaire, en dose unique, OU

Ciprofloxacine, 500 mg par voie orale, en dose unique (la ciprofloxacine est à éviter pendant la grossesse et l'allaitement), OU

Céfixime, 400 mg par voie orale, en dose unique.

¹REMARQUE : Les définitions de cas pour les différentes IST sont étudiées au chapitre 7.

3. INFECTIONS À CHLAMYDIA

Azithromycine, 1 g par voie orale, en dose unique, OU

Doxycycline, 100 mg par voie orale, 2 fois par jour, pendant 7 jours.

Autres protocoles thérapeutiques possibles :

Amoxicilline, 500 mg par voie orale, toutes les 8 heures, pendant 7 jours, OU

Érythromycine, 500 mg par voie orale, toutes les 6 heures, pendant 7 jours, OU

Ofloxacine, 300 mg par voie orale, toutes les 12 heures, pendant 7 jours, OU

Lévofoxacine, 500 mg par voie orale, 1 fois par jour, pendant 7 jours

Remarque : la doxycycline, la tétracycline, l'ofloxacine et la lévofoxacine ne doivent pas être administrées pendant la grossesse ou l'allaitement.

4. TRICHOMONASE

Métronidazole, 2 g par voie orale, en dose unique, OU

Tinidazole, 2 g par voie orale, en dose unique.

Autres protocoles thérapeutiques possibles :

Métronidazole, 400–500 mg par voie orale, toutes les 12 heures, pendant 7 jours, OU

Tinidazole, 500 mg par voie orale, 2 fois par jour, pendant 5 jours.

5. VAGINOSE BACTÉRIENNE

Métronidazole, 400 mg par voie orale, 2 fois par jour, pendant 7 jours

Métronidazole, gel vaginal 0,75%, 5 g (un applicateur complet) par voie intravaginale, 1 fois par jour, pendant 5 jours

Clindamycine crème vaginale à 2 %, 5 g (un applicateur complet) au moment du coucher, tous les soirs, pendant 7 jours.

Autres protocoles thérapeutiques possibles :

Métronidazole, 2 g par voie orale, en dose unique, OU

Clindamycine, 300 mg par voie orale, 2 fois par jour, pendant 7 jours, OU

Clindamycine ovules, 100 mg par voie intravaginale au moment du coucher, pendant 3 jours.

6. CANDIDOSE

Clotrimazole comprimé vaginal, 500 mg en dose unique à introduire au fond du vagin, OU

Clotrimazole comprimé vaginal, 200 mg par voie intravaginale, 1 fois par jour, pendant 3 jours, OU

Miconazole comprimé vaginal, 200 mg par voie intravaginale, 1 fois par jour, pendant 3 jours.

Autres protocoles thérapeutiques possibles :

Fluconazole, 150 mg par voie orale, en dose unique, OU

Nystatine comprimé vaginal, 100 000 UI, par voie intravaginale, pendant 14 jours.

7. HERPÈS GÉNITAL

Primo-infection

Aciclovir, 200 mg par voie orale, 5 fois par jour, pendant 7 jours, OU

Aciclovir, 400 mg par voie orale, 3 fois par jour, pendant 7 jours, OU

Valaciclovir, 1 g par voie orale, 2 fois par jour, pendant 7 jours, OU

Famciclovir, 250 mg par voie orale, 3 fois par jour, pendant 7 jours.

Poussées de récurrence (traitement donné à chaque nouvel épisode)

Aciclovir, 400 mg par voie orale, 3 fois par jour, pendant 5 jours, OU

Aciclovir, 800 mg par voie orale, 2 fois par jour, pendant 5 jours, OU

Aciclovir, 800 mg par voie orale, 3 fois par jour, pendant 2 jours, OU

Valaciclovir, 1 g par voie orale, 1 fois par jour, pendant 5 jours, OU

Famciclovir, 125 mg par voie orale, 2 fois par jour, pendant 5 jours, OU

Famciclovir, 1 g par voie orale, 2 fois par jour, pendant 1 jour, OU

Valaciclovir, 500 mg par voie orale, 2 fois par jour, pendant 3 jours, OU

Valaciclovir, 1 g, 1 fois par jour, pendant 5 jours.

Traitement suppressif de longue durée

Aciclovir, 400 mg par voie orale, 2 fois par jour, OU

Famciclovir, 250 mg par voie orale, 2 fois par jour, OU

Valaciclovir, 1 g par voie orale, 1 fois par jour.

Remarques importantes :

- ❑ Éducation générale sur les IST : Au moment du diagnostic, il est impossible de savoir si le patient a été infecté par son partenaire ou s'il a lui-même été infecté en premier. Il convient donc de se garder de tout jugement et de "prendre des gants" pour discuter de la prise en charge du partenaire.
- ❑ La plupart des IST sont silencieuses (tant chez la femme que chez l'homme). Le fait que le partenaire soit asymptomatique ne suffit pas à écarter la présence d'une infection. En réalité, mieux vaut partir du principe que le partenaire est infecté.
- ❑ La prise en charge du partenaire peut être particulièrement difficile en cas 1) de vaginite, et 2) d'herpès génital. Dans la plupart des cas, la vaginite n'est pas transmise par voie sexuelle (à l'exception de la trichomonase). Le partenaire ne doit donc pas être traité et il convient d'informer la cliente qu'elle ne souffre probablement pas d'une maladie sexuellement transmissible.
- ❑ L'herpès génital est une IST : Une fois qu'elle a contracté le virus de l'herpès (HSV), la personne infectée reste porteuse de l'infection à vie et, dans la plupart des cas, souffrira de récurrences. Il n'existe aucun médicament curatif contre l'herpès génital. Les préservatifs ne garantissent pas une protection totale contre la transmission, mais contribuent à limiter le risque d'infection du partenaire sexuel. Il est important que le patient comprenne que l'herpès génital est une infection chronique et que des poussées de récurrence sont probables. Il devra en parler à son ou ses partenaires et expliquer comment prévenir la transmission. Le port du préservatif est recommandé à chaque rapport. Le patient doit apprendre à reconnaître ses symptômes et à s'abstenir de tout acte sexuel dès que les symptômes évocateurs reviennent. Il peut être souhaitable pour les personnes engagées dans une relation de longue durée de se faire accompagner en tant que couple par un conseiller.

Glossaire

abcès tubo-ovarien	abcès potentiellement grave dans les trompes de Fallope ou les ovaires
aspirer	extraire un liquide par succion, par ex. pour extraire du pus d'un bubon inguinal
bactéries anaérobies	bactéries qui croissent sans air ou qui ont besoin d'un environnement sans oxygène pour vivre, généralement des Bactéroïdes ; l'une des causes de la MIP
cervicite	inflammation du col de l'utérus, principalement due à une gonorrhée ou à une chlamydie
cicatrisation fibreuse	formation de tissus cicatriciels fibreux, filamenteux
col de l'utérus	partie basse de l'utérus, pointant au fond du vagin. On parle aussi de col utérin
complication	maladie ou affection secondaire qui apparaît lorsque l'infection initiale n'est pas traitée
conjonctivite du nouveau-né	conjonctivite survenant chez le nourrisson de moins d'un mois, généralement des suites d'une gonorrhée ou d'une chlamydie
conjonctivite gonococcique du nouveau-né	conjonctivite purulente se déclarant chez des nourrissons de moins d'un mois. Les causes les plus importantes de cette affection pouvant entraîner la cécité sont la gonorrhée et l'infection à Chlamydia. Si la cause en est la gonorrhée, l'enfant peut devenir aveugle en raison de l'atteinte de la cornée
défense musculaire	lors de l'examen d'une patiente souffrant de douleurs abdominales basses, vous constaterez peut-être que les muscles abdominaux, à la palpation, deviennent rigides et résistent à la pression. Ce phénomène est connu sous le nom de défense musculaire. C'est généralement un signe de péritonite ou d'abcès intra-abdominal
douleur à la décompression	un des signes de la péritonite ou de l'abcès intra-abdominal à rechercher lors de l'examen d'une patiente présentant une douleur abdominale basse. La patiente ressent une douleur vive lorsque le soignant appuie doucement et lentement sur une zone sensible et relâche soudain la pression. Avec la défense musculaire, c'est généralement un signe d'affection potentiellement grave
dysurie	douleur ou difficulté à la miction
endométrite	inflammation de l'endomètre (muqueuse qui tapisse l'utérus)
fluctuation	déplacement de liquide, tel que du pus, au sein d'un bubon ou d'une zone abcédée
gonococcique	causé par la gonorrhée, comme dans le cas de l'urétrite gonococcique

grossesse extra-utérine	grossesse se développant en dehors de la cavité utérine (le plus souvent dans les trompes de Fallope), potentiellement mortelle pour la mère
grossesse tubaire	grossesse potentiellement mortelle qui se développe dans les trompes de Fallope
hernie inguinale	passage partiel d'un organe interne à travers un orifice de la paroi musculaire de l'aîne
lactation	autre terme pour allaitement
masse	amas de tissus
muqueuse	membrane sécrétant du mucus qui tapisse de nombreuses cavités et organes tubulaires de l'organisme
nœud d'action	nœud d'un algorithme indiquant la tâche à exécuter, par ex. interroger le patient, traiter ou éduquer
nœud de décision	nœud d'un algorithme donnant instruction d'obtenir des informations ou de prendre une décision
ophtalmique	qui concerne les fonctions physiologiques et les maladies de l'œil
ovule	œuf
palper/palpation	examiner en touchant avec la main
pédiatrique	qui concerne les fonctions physiologiques et les maladies de l'enfant
péritoine	membrane qui tapisse la cavité abdominale
péritonite	inflammation du péritoine
physiologique	se dit du fonctionnement normal et sain d'un organe ou organisme vivant
purulent	qui produit du pus
salpingite	inflammation des trompes de Fallope
sida	syndrome d'immunodéficience acquise causé par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)
signe(s)	indication de l'existence d'une maladie ou toute manifestation objective d'une maladie perceptible lors de l'examen physique par un professionnel de santé
sinus	passage anormal ou fistule permettant l'écoulement de pus ou de liquide
spermatozoïde	cellule spermatique parvenue à maturité et mobile
syndrome	ensemble de signes et de symptômes que l'on peut associer de façon fiable à un état pathologique reconnaissable, par exemple, le syndrome de l'écoulement urétral
unilatéral	se dit d'une affection ne touchant qu'un côté (ex. : conjonctivite d'un seul œil)

urètre	canal de sortie de la vessie permettant l'écoulement de l'urine (voir aussi urétrite)
urologique	qui concerne le système urinaire
vaginite	inflammation du vagin
vésicules	petites boursouflures de la peau, généralement évocatrices d'un herpès lorsqu'elles sont localisées dans la région génitale

CHAPITRE

5

Éduquer et conseiller
le patient

5. Éduquer et conseiller le patient

5.1 Informations générales

L'objectif d'un programme de lutte contre les IST doit être de réduire le taux des nouvelles infections au moyen d'une combinaison de stratégies, parmi lesquelles le changement comportemental, la réduction des risques, la promotion du port du préservatif et le traitement des patients atteints d'IST.

Il est important d'éduquer et de conseiller les patients sur les IST pour les aider à mesurer leurs responsabilités et à prendre conscience que, par leur action, ils peuvent contribuer à limiter la transmission des IST. C'est au moment où une personne se présente au centre de santé pour se faire soigner pour une IST qu'elle est la plus réceptive aux messages éducatifs.

L'éducation devrait porter sur la nature de l'infection, ses conséquences et la réduction des risques pour éviter à la fois la transmission et l'acquisition de nouvelles infections.

Le processus pédagogique doit se dérouler avec efficacité et de façon appropriée pour donner des résultats. Si le patient est mal informé et/ou mal conseillé au sujet de l'infection, il risquera d'autant plus d'être réinfecté et/ou de contaminer ses partenaires sexuels. Une personne informée grâce à une action éducative adaptée est plus susceptible de se montrer coopérative et d'être réceptive aux conseils du soignant.

Le présent chapitre doit aider le soignant à mieux comprendre comment accompagner le patient, en l'informant et en le conseillant, dans le cadre de la relation quotidienne soignant-soigné. En réalité, tous les professionnels de santé sont censés posséder des connaissances élémentaires suffisantes sur les IST pour être en mesure d'éduquer les patients. Cependant, le conseil est une compétence particulière qui nécessite une formation spécifique : nous vous conseillons de vous former dans des établissements proposant des modules sur le conseil. Le présent chapitre, limité aux notions élémentaires du conseil, ne vise pas à faire du lecteur un spécialiste de cette discipline.

Éducation et conseil

L'éducation sanitaire et le conseil sont étroitement liés et peuvent se combiner.

On entend par **éducation sanitaire** la communication d'informations exactes et fiables à une personne afin qu'elle soit amplement informée sur le sujet abordé et puisse prendre des décisions en connaissance de cause.

On entend par **conseil** l'échange réciproque entre le patient et le soignant. C'est un processus dynamique de communication interpersonnelle, qui suppose une sorte d'accord contractuel entre le patient et son conseiller, lequel a été formé selon les normes admises et est tenu de se conformer à un code éthique et déontologique. Le conseiller doit se montrer empathique et sincère tout en se gardant de tout jugement moral ou personnel.

Dans la relation de conseil, l'objectif est de promouvoir l'amélioration de l'hygiène de vie et d'inciter le patient à se poser des questions sur ses difficultés personnelles et à trouver les moyens d'affronter une situation donnée. Il ne s'agit pas en soi de fournir des conseils ou des recommandations, ni de sympathiser avec le patient.

Dans le cas des IST ou du VIH, l'accompagnement du patient doit permettre d'évaluer ses besoins et d'y répondre pour l'aider à gérer l'anxiété et le stress générés par le diagnostic. La relation de conseil doit aussi permettre d'évaluer les risques que le patient fait courir à autrui et de passer en revue les comportements préventifs. Ainsi, elle aide le patient à mieux se connaître et à comprendre ses sentiments, attitudes, valeurs et croyances. Armé des informations et connaissances nécessaires, le patient cherchera en principe à changer de comportement.

Pourquoi l'éducation et le conseil sont-ils si importants ?

L'éducation et le conseil sont importants pour plusieurs raisons.

- ❑ Il y a plus de chances qu'un patient suive correctement son traitement s'il comprend pourquoi c'est important.
- ❑ Le risque de réinfection est élevé chez les personnes souffrant d'IST.
- ❑ Pour prévenir une réinfection, le changement comportemental doit s'inscrire dans la durée. Les patients ont besoin d'être accompagnés (éducation et conseil) pour changer de comportement et adopter des pratiques sexuelles à moindre risque.

Pourquoi proposer un accompagnement dans le centre de santé primaire ?

Dans le cadre de la relation unique qu'il établit avec le patient qui consulte et veut se faire soigner, le soignant peut évoquer les notions de sexualité sans risque et les stratégies de prévention. Ce lien entre traitement et prévention est très important, car :

- ❑ le message est transmis à une personne qui consulte ;
- ❑ la première consultation du patient est le moment idéal pour l'éduquer. Souvent le seul moment où le patient est désireux de s'informer sur une maladie ou sa prévention est le moment même où il apprend qu'il est infecté ou qu'une personne qu'il connaît est infectée ;
- ❑ les occasions de faire passer des messages brefs, répétitifs et cumulatifs sont plus nombreuses dans le centre de santé primaire que dans un centre spécialisé.

5.2 Éducation sanitaire

L'éducation sanitaire vise une prise de conscience de la part du patient et une amélioration de ses connaissances. Dans une communication généralement unidirectionnelle, le soignant transmet et aide le patient à mieux comprendre le sujet abordé. Il communique les mêmes informations à tout le monde.

Comme pour toute autre maladie, un patient souffrant d'IST a besoin de comprendre sa maladie et la façon dont elle est prise en charge. L'éducation du patient vise avant tout à aider celui-ci à venir à bout de l'infection détectée, à prévenir de futures infections et à s'assurer que ses partenaires sexuels sont également traités et informés.

Le soignant peut avoir du mal à utiliser certains termes pour parler de sexualité. Il est important que le soignant se familiarise avec ces termes et soit suffisamment à l'aise pour discuter avec le patient et l'éduquer. Il est parfois nécessaire pour le soignant de suivre une formation spécifique. Vous pouvez en parler avec votre formateur ou votre superviseur si nécessaire.

5.2.1 IST et traitement

La première étape consiste à expliquer ce qu'est une IST. Il est important que le patient comprenne que l'infection est principalement transmise lors d'un rapport sexuel avec pénétration vaginale, orale ou anale, avec une personne contaminée. Expliquez que les organismes transmis sexuellement peuvent être des bactéries (par ex., les gonocoques), des parasites (par ex., des poux pubiens) ou des virus (par ex., le virus de l'herpès génital ou le VIH). Expliquez ensuite au patient de quel syndrome ou IST spécifique il souffre et quel est le traitement nécessaire : nom du médicament, posologie et durée du traitement. Notez toutes ces informations pour le patient, ou servez-vous de symboles facilement reconnaissables s'il ne sait pas lire. Par ailleurs :

- cherchez à savoir ce que le patient sait sur le syndrome d'IST ou l'IST spécifique dont il souffre et son traitement, quelles questions il se pose et quelles peuvent être ses inquiétudes ;
- informez-le des effets secondaires les plus courants du traitement ;
- encouragez-le à suivre son traitement à la lettre.

Comme pour tout traitement, il est essentiel que le patient prenne le traitement recommandé jusqu'au bout, même si les symptômes disparaissent ou que son état s'améliore avant la fin du traitement. Rappelez au patient que s'il interrompt son traitement avant la fin, les symptômes peuvent réapparaître, et qu'il ne sera pas complètement guéri.

Conseils sur les techniques de communication

Éduquer consiste en partie à expliquer. Vous devrez peut-être expliquer certaines choses à votre patient. Par exemple : « *Vous avez des douleurs dans le bas du ventre à cause d'une infection qui vous a été transmise pendant des rapports sexuels...* »

Tentez de parfaire vos techniques de communication. Posez-vous les questions suivantes :

- Communiquez-vous votre message en termes clairs et simples ?
- Adaptez-vous votre débit et votre registre de langue aux besoins du patient ?

Comment savoir si le message passe ? Le meilleur moyen est de donner au patient le temps de poser des questions. S'il semble anxieux ou confus, arrêtez-vous et interrogez-le : « Est ce que vous comprenez ce que je vous dis ? »

Demandez également au patient de résumer ce que vous lui avez dit : « Je vous ai communiqué beaucoup d'informations et je veux m'assurer que j'ai été suffisamment clair. En vous servant de vos propres mots, pouvez-vous me dire ce que vous devez faire ? »

En résumé, pour que vos explications soient utiles :

- demandez au patient ce qu'il pense de certains aspects de son infection ;
- rebondissez sur ce qu'il vous dit pour entamer une discussion ;
- expliquez de quoi il s'agit ;
- cherchez à savoir si le patient a compris et quel est son ressenti.

5.2.2 Évaluer le niveau de risque

Une fois que vous êtes certain que le patient comprend l'infection ou le syndrome dont il souffre et le traitement à suivre, il doit ensuite prendre conscience du risque de réinfection. En d'autres termes, vous devez aider le patient à évaluer son niveau de risque.

Les informations recueillies lors de l'anamnèse suffiront peut-être à évaluer le risque de réinfection chez le patient. Voici une liste de facteurs que vous pouvez prendre en compte pour mieux aborder les risques avec le patient.

Facteurs d'évaluation du risque de réinfection des patients

Comportement sexuel individuel <ul style="list-style-type: none">• Nombre de partenaires sexuels au cours de l'année écoulée• Rapports sexuels avec un nouveau partenaire ou un partenaire différent au cours des trois derniers mois• Infection par une autre IST au cours de l'année écoulée• Donner ou recevoir de l'argent, des biens ou de la drogue en échange de rapports sexuels• Utilisation d'herbes pour assécher le vagin (pratique du « sexe à sec ») ou autres pratiques sexuelles similaires• Séparation physique du partenaire – déplacements professionnels	Comportement sexuel du ou des partenaires <ul style="list-style-type: none">• Rapports sexuels avec d'autres partenaires ?• Également contaminé par une IST ?• Infection à VIH ?• Consommation de drogues injectables ?• Si c'est un homme, rapports sexuels avec d'autres hommes ?
Autres facteurs de risque individuels <ul style="list-style-type: none">• Infection à VIH• Utilisation d'instruments servant à percer la peau, comme les aiguilles (injections, tatouages), les outils de scarification ou servant à percer des parties du corps, les couteaux à circoncision, etc.• Transfusion sanguine• Dans le cas des enfants, tous ces facteurs de risque sont à associer à la conduite des parents	Consommation de drogues par le patient <ul style="list-style-type: none">• Consommation d'alcool ou d'autres substances (si oui, lesquelles), avant ou pendant les rapports sexuels• Partage d'aiguilles ou de matériel d'injection (haut risque de transmission ou d'infection par le VIH)• Donner ou recevoir de la drogue en échange de rapports sexuels
	Comportement préventif du patient <ul style="list-style-type: none">• Que fait le patient pour se protéger contre les IST ?• Utilisation de préservatifs : quand et comment ? avec qui ? pourquoi ?• Genre de comportements sexuels sans risque : quand et comment ? avec qui ? pourquoi ?

Aider le patient à identifier ses facteurs de risque

Après avoir clairement établi le niveau de risque du patient, vous devez l'aider à identifier les risques auxquels il s'est exposé par son comportement sexuel passé et réfléchir avec lui aux options envisageables pour pratiquer une sexualité moins risquée.

Plusieurs stratégies peuvent être employées pour limiter les risques liés à la sexualité :

- limiter le nombre de ses partenaires sexuels à un seul partenaire fidèle ;
- utiliser systématiquement et correctement des préservatifs ;
- remplacer les rapports sexuels à haut risque avec pénétration (rapports sexuels avec pénétration vaginale ou anale non protégés) par des rapports sexuels à faible risque, sans pénétration (comme la masturbation réciproque) ;

- ❑ s'abstenir de tout rapport sexuel : l'abstinence comme stratégie préventive devrait être encouragée, particulièrement chez les jeunes ou chez les couples dont l'un des partenaires est traité pour une IST.

Lorsque vous parlez de sexualité avec un patient, veillez à tout moment à balayer les idées fausses. Peu de patients ont une connaissance complète ou exacte des causes des IST ou des moyens de les prévenir, et l'amalgame entre informations correctes et croyances locales est fréquent. De toute évidence, un patient qui nourrit de fausses croyances sur les causes des IST peut se sentir, à tort, à l'abri des infections. Le risque de réinfection est alors encore plus élevé. Voici certaines des idées reçues les plus répandues qu'il faut combattre pour prévenir les IST et le VIH :

- ❑ certaines personnes, comme les femmes mariées, les jeunes filles, les jeunes garçons, ou les partenaires « propres », sont peu susceptibles d'être contaminées ;
- ❑ prendre des antipaludéens ou des antimicrobiens avant ou après les rapports sexuels procure une protection ;
- ❑ le fait d'uriner, de se laver ou de faire une douche vaginale après les rapports sexuels protège contre les IST ;
- ❑ le fait de ne pas appartenir à un groupe à haut risque (comme les professionnels du sexe ou les hommes homosexuels) protège contre l'infection ;
- ❑ la circoncision est une protection absolue contre les IST et le VIH.

5.2.3 Prévention de la réinfection

Après avoir identifié les facteurs de risque propres au patient, vous devez l'informer des moyens à employer pour prévenir une réinfection. Certaines des méthodes envisageables sont décrites ci-dessous.

- ❑ Modification du comportement sexuel

Rappel : On entend par comportement à haut risque tout comportement qui implique un contact avec des muqueuses anogénitales, des liquides organiques ou du sang. En privilégiant une sexualité sans risque, le patient peut se prémunir contre les infections futures. Il est important de réduire le nombre ou la fréquence des nouveaux partenaires sexuels. L'abstinence sexuelle est un rempart quasi-infaillible contre l'acquisition et la transmission des IST. Elle est particulièrement importante pendant le traitement d'une IST.

- ❑ Port du préservatif

Le port du préservatif est un autre moyen de prévention des infections. Utilisé systématiquement et correctement, le préservatif masculin en latex contribue à réduire le risque d'acquisition et de transmission des IST. Le soignant doit montrer comment poser un préservatif correctement, de préférence en utilisant un modèle de démonstration. Laissez le patient s'exercer avec le modèle et assurez-vous qu'il a bien compris comment poser un préservatif, et qu'il le fait sans problème et naturellement. Lorsqu'il est disponible, le préservatif féminin, utilisé systématiquement et inséré correctement, contribue à réduire les risques d'acquisition et de transmission des IST.

❑ Pratiques sexuelles

Il est aussi important d'informer les clients que certaines pratiques sexuelles comportent un risque accru d'infection. Par exemple, le sexe anal entre un homme et une femme ou entre deux hommes est plus risqué que la pénétration vaginale sur le plan de la transmission du VIH. Le sexe oral présente un risque de transmission, mais dans le cas du VIH, c'est la pratique sexuelle la moins risquée et nombreux sont les experts qui pensent que la transmission du VIH lors de rapports bucco-génitaux est très rare.

❑ Autres méthodes de prévention

Informez le patient qu'il existe d'autres méthodes comme les spermicides, qui peuvent contenir des agents antibactériens, les antimicrobiens et les vaccins (par ex., pour l'hépatite B).

❑ Hygiène personnelle et pratiques culturelles

La douche vaginale, par exemple, peut éliminer les bactéries protectrices du vagin, augmentant ainsi le risque de contracter certaines IST comme le VIH. Se laver avec du savon et de l'eau peut empêcher l'infestation par des parasites comme les poux pubiens et la gale.

5.2.4 Nécessité de traiter les partenaires sexuels

Expliquez bien au patient combien il est important que tous ses partenaires connus se fassent traiter.

Rassurez le patient sur le caractère confidentiel de la consultation et abordez avec lui la façon dont il peut persuader son (ses) partenaire(s) de se faire soigner. Insistez sur le fait que cette prise en charge est bénéfique pour tous, puisqu'elle contribue à réduire le risque de réinfection et que le partenaire, qui ignore peut-être qu'il est infecté, sera soigné et évitera ainsi des complications potentiellement graves.

Le soignant donne toutes ces informations sur un ton neutre et remet éventuellement une brochure en complément au patient, qui pourra la lire tranquillement chez lui. Une fois que le patient a assimilé ces connaissances, on considère qu'il est informé sur les IST et sur la façon de les éviter.

Cependant, la connaissance et l'information ne suffisent pas à elles seules à induire un changement comportemental. Il faut encore mettre en place une action de communication en faveur du changement comportemental ; le conseil est l'une des stratégies qui peut être utilisée.

5.3 Conseil : IST et VIH

Le conseil doit permettre au patient de mieux se connaître et de comprendre ses sentiments, attitudes, valeurs et croyances. Armé des informations et connaissances nécessaires, le patient cherchera en principe à changer de comportement.

Pour que le service de conseil soit accepté par le patient, il faut observer certaines règles fondamentales. Pour la plupart, voire la totalité, des patients, il peut être très gênant de discuter de problèmes d'ordre sexuel. Il est important de comprendre que la décision de venir consulter demande beaucoup de courage et que le patient a parfois des attentes nombreuses (positives et négatives) par rapport à la séance ou aux messages transmis.

Il est important de connaître les croyances culturelles locales et de déterminer dans quelle mesure elles influencent les sentiments et la façon d'agir et de penser de chacun. Les conditions et le cadre

où aura lieu l'entretien doivent donc faciliter le dialogue sur la sexualité. Confidentialité, respect de la vie privée et professionnalisme sont de rigueur. Dans son approche de communication, le soignant doit tenir compte des aspects culturels, sexospécifiques et linguistiques. Il est recommandé d'utiliser un langage simple plutôt que du jargon médical. Le conseiller doit respecter toutes les convenances culturelles applicables à l'âge et au rang¹. Il est important d'éviter de donner l'impression d'être pressé ou tenu par le temps. Le soignant doit acquérir un certain nombre de techniques de base pour conduire une séance de conseil de façon efficace et satisfaisante. Il doit allier empathie et attitude de communication claire.

5.3.1 Principales techniques de communication

La communication passe par le verbal et le non verbal. Voici quelques techniques de communication non verbale importantes :

- ❑ regardez le patient dans les yeux pour lui témoigner votre intérêt (pour autant que les normes culturelles locales le permettent) ;
- ❑ écoutez attentivement ; acquiescez et utilisez des sons pour manifester votre intérêt et encourager le patient à poursuivre son récit ; soyez attentif autant aux faits qu'aux émotions. Évitez :
 - d'interrompre le patient si ce n'est pas nécessaire ;
 - de terminer ses phrases ;
 - de laisser votre esprit vagabonder et d'utiliser du temps d'écoute active pour formuler vos réponses dans votre tête ou faire votre liste de courses.
- ❑ restez à côté du patient sans obstacle physique entre vous, mais à une proximité culturellement acceptable ;
- ❑ choisissez un ton de voix qui signale votre intérêt.

Parmi les techniques de communication verbale, on peut citer :

- ❑ le recours aux questions ouvertes qui permettent au patient de s'exprimer librement ;
- ❑ la facilitation, destinée à libérer la parole du patient ;
- ❑ l'entretien directif, qui vise à aider le patient à structurer ses idées et à formuler clairement ses problèmes ;
- ❑ le résumé et la vérification (paraphrase), qui permettent au soignant de s'assurer qu'il a bien compris le patient.

¹Dans ce contexte, on entend par culture les habitudes, les attentes, les comportements, les rites, les valeurs et les croyances qu'a développés un groupe humain donné au fil du temps. Elle est le fruit de la cohabitation des peuples, des idéologies et du milieu physique. La culture influence profondément les sentiments et les croyances que chacun nourrit sur la santé et la maladie, le fait de s'occuper des autres, la mort et la perte des êtres.

5.3.2 Accompagner le patient sur la voie du changement

Lorsque vous accompagnez un patient et que vous le motivez à changer, utilisez les techniques complémentaires suivantes :

- l'exemple
- le renforcement positif
- l'étude des options possibles avec le patient
- la mise en situation : répéter ce que le patient fera ou dira
- la confirmation de la décision du patient

L'exemple

Cette technique vous permet de présenter des exemples d'autres cas où le comportement ou le traitement recommandé a réussi. En d'autres termes, vous offrez des exemples positifs de changement. C'est très important ; les exemples négatifs comme « si vous ne changez pas, vous risquez d'attraper le sida et de mourir ! » peuvent être en partie vrais, mais il est très rare que ce genre d'affirmation convainque quelqu'un de changer de comportement. Voici un extrait de l'entretien avec Jean :

Jean	<i>Est-ce que cela signifie que je ne peux plus m'amuser sans risquer encore d'être contaminé ?</i>
Soignant	<i>Vous pouvez vous amuser, bien sûr. Il s'agit simplement de le faire autrement. Il est difficile de changer, alors parlons de ce que vous pouvez faire pour vous protéger.</i>
Jean	<i>Êtes-vous en train de me dire que c'est mal de prendre d'abord un verre ?</i>
Soignant	<i>Oui, quand on a bu, on est plus négligent et désinhibé. Si vous êtes ivre, il est peu probable que vous vous sachiez encore vous servir d'un préservatif. Vous savez, j'ai remarqué que de plus en plus d'hommes font attention, et qu'ils s'amuse quand même ... tout en se protégeant. Ces derniers temps, j'ai vu beaucoup d'hommes qui ont décidé de boire moins et d'utiliser des préservatifs. Ils disent aussi que les rapports sexuels sont plus agréables quand on est sobre...</i>

Veillez noter que l'exemple permet également de souligner votre expérience positive : « mon travail m'a permis de constater que ... », par exemple.

Le renforcement positif

Cette technique consiste à attirer l'attention sur un point fort ou un trait positif que vous percevez chez le patient, quelque chose qui va lui permettre de guérir ou de prévenir la récurrence de l'IST.

Jean	<i>D'accord, je sais que c'est important, mais... je ne pense pas pouvoir m'y habituer un jour...</i>
Soignant	<i>C'est difficile, mais j'ai remarqué que vous avez fait 10 kilomètres à pied pour venir traiter votre infection. Cela veut dire que vous êtes une personne déterminée. Utilisez cette détermination pour mieux vous protéger.</i>

Le renforcement positif peut aussi aider Angela à mieux gérer ses émotions et lui permettre de recentrer ensuite son attention sur le traitement.

Angela	<i>J'ai l'impression ... que toute ma vie s'est effondrée. C'est trop pour moi... Est-ce que ça veut dire que j'ai été infectée par mon mari ? Qu'est-ce que je vais faire ?...</i>
Soignant	<i>Je comprends ce que vous ressentez, Angela. Vous tenez beaucoup à votre mari et à votre famille, et cet amour vous aidera à traverser les prochains jours... mais pour commencer, parlons de ce que nous pouvons faire pour que vous alliez mieux.</i>
Angela	<i>Oui, oui ... vous avez raison, bien sûr. Il faut que je me concentre d'abord là-dessus : allez-vous me donner des comprimés ?</i>

L'étude des options possibles avec le patient

Il s'agit de passer en revue les différentes options ou étapes à franchir pour permettre au patient de guérir de l'IST dont il souffre ou d'éviter d'être à nouveau infecté. Il est libre de choisir la solution la plus réaliste et qui lui convient le mieux.

Jean	<i>Alors, c'est soit le préservatif, soit une seule partenaire ou alors des rapports sans pénétration... (masturbation réciproque)...</i>
Soignant	<i>C'est exact. Vous pouvez vous ranger avec une partenaire ou, si vous n'êtes pas prêt, vous pouvez vous protéger en vous servant du préservatif ou en ayant des rapports sans pénétration. Quelle solution vous paraît la plus facile à adopter en ce moment ?</i>
Jean	<i>Le préservatif, je suppose. Je ne suis pas prêt à me caser !</i>

Le fait d'offrir un choix aux patients leur permet de sentir que la décision leur revient, qu'elle leur « appartient ».

Soignant	<i>Aujourd'hui, Angela, j'aimerais que vous fassiez un choix. Préférez-vous éviter tout rapport sexuel jusqu'à la fin de votre traitement ou demander à votre mari d'utiliser des préservatifs ?</i>
Angela	<i>C'est facile : pas de rapports sexuels pendant quelque temps. Cela ne posera pas de problème, car il sait que je ne me sens pas bien. Cela me donnera le temps de réfléchir un peu.</i>
Soignant	<i>Oui, vous avez raison : c'est une bonne idée.</i>

La mise en situation

Lorsque vous êtes certain que le patient a pris une décision concernant le ou les comportements « sans risque » qui lui conviennent, il est important de lui demander de passer en revue les étapes à franchir pour appliquer sa décision dans la pratique. Voici deux exemples :

Soignant	<i>Très bien, Jean. Comment allez-vous expliquer cela à vos petites amies ?</i>
Jean	<i>Eh bien, je pourrais commencer par dire qu'il y a beaucoup de maladies dangereuses en ce moment et qu'il faut que nous fassions attention pour les éviter.</i>
Soignant	<i>Cela me semble excellent. Continuez.</i>
Soignant	<i>Donc, Angela, vous avez l'intention de vous abstenir de tout rapport sexuel jusqu'à ce que vous ayez fini de prendre les comprimés. Il faut que votre mari se fasse traiter lui aussi ... Comment allez-vous aborder le sujet avec lui ?</i>
Angela	<i>Il faut que je lui parle d'un certain nombre de choses ; je veux dire, est-ce que c'est sérieux ou est-ce qu'il ne fait que coucher à droite et à gauche ? Ou je vais peut-être lui demander de venir vous voir pour que vous puissiez le soigner.</i>

La mise en situation est également utile lorsque vous voulez vérifier que le patient a compris vos instructions concernant la prise du traitement.

La confirmation de la décision

Il s'agit d'une façon très utile de conclure l'entretien. Vous avez aidé le patient à se préparer à ce qu'il fera lorsqu'il quittera le centre de santé. Le fait de demander au patient de confirmer sa décision lui permet de repartir avec une bonne dose de motivation. Si le patient vous confirme sa décision, il y a beaucoup plus de chances qu'il prenne moins de risques dans sa vie sexuelle.

Soignant	<i>Eh bien, Jean, je pense que c'est tout. Pouvez-vous m'expliquer une dernière fois ce que vous allez faire de ces comprimés ?</i>
Jean	Je vais les prendre tous, comme c'est indiqué sur ce morceau de papier – je vais le garder au cas où – et je ne coucherai pas avec mes petites amies avant d'avoir fini mon traitement... mais je vais acheter des préservatifs, pour le cas où...
Soignant	<i>Vous faites preuve de beaucoup de courage, Angela, et c'est important. Revoyons ensemble ce que vous avez l'intention de faire.</i>
Angela	<i>Me soigner, prendre tous les comprimés, trouver le temps de discuter avec mon mari d'un certain nombre de choses. Et il faut qu'il se fasse traiter lui aussi ...</i>
Soignant	<i>Excellent. Et vous allez revenir me voir si c'est nécessaire ?</i>
Angela	<i>Oui.</i>

5.3.3 Nécessité de changer de comportement sexuel

Votre patient sait maintenant comment il a été contaminé par une IST et il est également conscient du risque de réinfection. L'étape suivante est probablement la plus difficile à gérer pour le soignant. Il faut convaincre le patient de la nécessité de modifier ses habitudes sexuelles, lever les obstacles qui s'opposent à ce changement et mettre en évidence les changements que le patient a l'intention d'opérer.

Il est utile de donner au patient l'occasion de choisir les changements qu'il peut apporter à son quotidien. Aidez-le à évaluer l'importance du changement et ses chances de succès.

5.3.4. Obstacles au changement comportemental

Tous les professionnels de santé sont conscients qu'il est difficile de faire changer quelqu'un. Tout serait bien plus simple si les gens étaient réceptifs aux messages de santé et appliquaient les recommandations, mais ce n'est pas souvent le cas. Pourquoi ? Parce que le fait d'être informé et de connaître le message de santé ne suffit pas. Pour accomplir de véritables changements, nous devons d'abord surmonter certains « obstacles » liés à notre quotidien et à notre vécu.

À ce stade, le patient peut être confronté à divers obstacles, qu'il lui faudra surmonter dans un domaine du vécu extrêmement personnel et riche en expériences. Tous les aspects du quotidien et du vécu du patient peuvent être sources d'obstacles. En voici quelques exemples :

1. Obstacles **sexospécifiques**. Ils sont essentiellement associés aux attentes et aux valeurs attachées à la sexualité, lesquelles diffèrent selon qu'on est un homme ou une femme.
 - Les femmes n'ont pas toujours leur mot à dire quant au moment des rapports sexuels, au partenaire et aux circonstances dans lesquelles l'acte sexuel est pratiqué. Elles ne sont alors pas en mesure de se protéger, même si elles le souhaitent ou en ont les moyens (par ex., un préservatif).

- Pour les hommes, les attentes peuvent être très différentes en matière de sexualité. Les jeunes hommes en particulier peuvent se sentir contraints de se conformer aux normes locales de masculinité sous l'influence de leurs pairs et de la pression sociale.
- 2. Les pratiques **culturelles** peuvent nuire à la capacité de changement du patient. Pensez aux obstacles que l'on peut associer notamment à la différence d'âge au moment du mariage, à la matrilinearité, aux rites de la puberté ou à l'éducation des enfants, ainsi qu'aux valeurs familiales et communautaires.
- 3. La **religion** peut, dans certaines circonstances, encourager les gens à pratiquer une sexualité moins risquée. Cependant, elle peut grandement freiner le changement lorsqu'elle s'oppose à un dialogue ouvert sur la sexualité et à l'utilisation de certaines mesures de protection.
- 4. La **pauvreté**, les perturbations sociales et l'instabilité sociopolitique forcent les femmes et les filles en particulier (mais parfois aussi les garçons) à avoir des rapports sexuels en échange de biens matériels ou même pour survivre. Dans d'autres situations, le manque d'accès à l'éducation et à l'emploi force parfois 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.

5.3.5 Modification du comportement sexuel

Après avoir demandé au patient de chercher des moyens de changer et examiné avec lui les obstacles, vous pouvez maintenant l'aider à déterminer quel changement serait le plus facile à adopter et/ou le plus efficace au quotidien, et comment opérer ce changement dans la pratique.

Les chances de réussite sont plus grandes si le changement retenu peut être aisément introduit dans le mode de vie actuel du patient et permet de lever les obstacles éventuels.

Une façon utile d'aborder le problème consiste à aider le patient à analyser les coûts et les avantages liés au fait de changer de comportement. Par exemple, vous pouvez lui dire que garder le même comportement a l'avantage de ne demander aucun effort, mais qu'il peut lui en coûter une nouvelle infection ou des complications. Par contre, le changement de comportement sexuel offre l'avantage de la protection contre les IST, mais implique un certain nombre de coûts possibles, lesquels vont du prix du préservatif à la nécessité d'obtenir l'accord du partenaire pour son utilisation.

Il ne suffit pas simplement d'amener le patient à acquiescer et à choisir un comportement à moindre risque. On peut tous dire que l'on va agir, mais qu'en est-il dans la pratique ? Demandez-lui comment et quand il va mettre en pratique sa décision, et ce qu'il compte faire si, pour quelque raison que ce soit, il est tenté d'avoir des rapports sexuels à risque.

5.4 Conseil et dépistage volontaires du VIH

Cette section doit vous permettre de :

- mieux comprendre l'importance et l'utilité du test de dépistage du VIH ;
- comprendre en quoi consiste le service de conseil avant et après le test de dépistage ;
- comprendre toute la signification du résultat ;
- mesurer de quelle façon un résultat positif peut affecter le patient.

Remarque : Cette partie doit permettre au soignant de se familiariser avec le dépistage volontaire du VIH. Tout soignant désireux d'offrir ce type de services devra, en plus de la lecture de ce guide, se former et acquérir une expérience pratique.

Le conseil et le dépistage volontaires (CDV) de l'infection par le VIH est le processus par lequel une personne fait appel au conseil pour prendre la décision de faire un test de dépistage en toute connaissance de cause. Le test de dépistage volontaire est un test anonyme et confidentiel, réalisé à la demande du patient et effectué avec son consentement éclairé. Le test doit se dérouler dans le respect des droits fondamentaux du patient et des principes éthiques. Pour la prévention du VIH, il est important que le patient connaisse son statut sérologique ; c'est aussi pour lui une façon d'accéder aux soins, au traitement et aux dispositifs de soutien en place pour les personnes en difficulté. Pour garantir que chacun exerce librement son droit à connaître son statut sérologique et que les personnes séropositives aient accès aux traitements antirétroviraux (ARV), les services de CDV doivent se généraliser et être accessibles à tous ceux qui ont le plus besoin de connaître leur statut.

Le conseil demande du temps. Pour le dépistage du VIH, les séances de conseil peuvent être collectives ou individuelles. Les deux méthodes sont valables. La plupart des informations données lors de la séance précédant le test sont générales et peuvent être données en groupe. Il est possible d'utiliser un support vidéo pour alléger le travail du personnel, mais une personne doit être présente pour répondre aux questions et éclaircir certains points.

Dans la relation de conseil, il est important de comprendre qu'il ne s'agit pas de « parler au patient », mais bien de l'engager dans une discussion interactive.

Avant tout, insistez sur la notion de confidentialité, expliquez les raisons qui justifient un test de dépistage et passez en revue les antécédents probables de comportements à risque.

Tout soignant amené à prendre en charge des cas d'IST doit posséder les connaissances et les compétences nécessaires pour mettre en place ou proposer un service de CDV du VIH.

Après avoir reçu toutes les informations requises pour donner son consentement éclairé, le patient reste en droit de refuser le test.

Quel que soit son statut sérologique, le patient doit recevoir des informations sur la prévention de la transmission du VIH lors des séances de CDV. L'entretien de conseil sert à évaluer le risque d'infection par le VIH chez le patient et à l'informer sur les moyens de prévention.

Il est recommandé que tous les services proposant un dépistage du VIH s'alignent sur les principes directeurs établis par l'ONUSIDA et l'OMS pour l'extension du dépistage et du conseil.

Le dépistage du VIH doit se fonder sur trois grands principes :

- **confidentialité ;**
- **accompagnement du patient par le conseil ; et**
- **dépistage volontaire effectué uniquement si le patient a donné son consentement éclairé.**

Outre le fait qu'il n'est pas éthique, le dépistage obligatoire n'est pas efficace en santé publique. Toute personne dépistée doit donner son consentement en toute connaissance de cause. En d'autres termes, il faut :

- expliquer au patient les avantages cliniques et préventifs du dépistage ;
- respecter le libre arbitre du patient et son droit de refuser le test ;
- s'assurer qu'à l'annonce des résultats, le patient pourra bénéficier d'un service d'accompagnement ;
- dans le cas d'un résultat positif, anticiper le besoin d'informer toute personne ayant été exposée au virus, sans le savoir.

Après le test, il convient de proposer un accompagnement aux personnes testées.

- Les personnes séropositives doivent être conseillées et orientées vers des services de soins, de soutien psychologique et de traitement.

On peut classer le dépistage du VIH en quatre catégories.

1) Conseil et dépistage volontaires

On parle de CDV principalement lorsqu'un patient demande à faire un test de dépistage pour connaître son statut VIH. L'OMS et l'ONUSIDA préconisent l'utilisation de tests rapides pour que les résultats soient vite connus et immédiatement suivis d'une première séance de conseil post-test pour les personnes séronégatives et séropositives.

2) Dépistage du VIH sur prescription

Il est indiqué lorsqu'une personne présente des signes ou des symptômes évocateurs d'une maladie liée au VIH et au sida ; il facilite alors le diagnostic clinique et la prise en charge.

3) Offre systématique du test de dépistage du VIH par les soignants

Un test de dépistage est systématiquement proposé dans les circonstances suivantes :

- ❑ chez le patient faisant un bilan IST dans n'importe quel centre de santé — le test facilite la mise en place d'une relation adaptée de conseil, fondée sur le statut sérologique VIH ;
- ❑ chez la femme enceinte — le test permet de déterminer quelles femmes doivent être mises sous antirétroviraux et contribue à prévenir la transmission verticale du VIH ;
- ❑ chez les cas suspects et confirmés de tuberculose — il existe une forte association entre la tuberculose, les autres infections opportunistes et l'immunodépression.

4) Dépistage obligatoire du VIH

Il n'est recommandé que dans des circonstances particulières comme les dons de sang et les greffes tissulaires (par ex., l'insémination artificielle, la greffe d'organes, de cornée, etc.).

Un consentement éclairé sous-entend la connaissance préalable de toutes les implications possibles du test.

Le CDV englobe les séances de conseil avant et après le test, ainsi que les séances de suivi. Le conseiller s'adapte aux besoins du patient ou du client et peut accueillir des individus, des couples, des familles ou des enfants.

Conseil préalable au test

Le conseil pré-test regroupe les séances de conseil précédant le test. L'objectif est, d'une part, de déterminer dans quelle mesure l'individu ressent le besoin et l'envie de se faire dépister et, d'autre part, de lui fournir des informations et des conseils pour qu'il puisse décider ou non de se faire dépister en toute connaissance de cause.

Pendant une **séance pré-test**, le professionnel de santé doit :

- déterminer ce que le patient ou le client **sait** du VIH et du sida ;
- lui fournir des **informations** factuelles si nécessaire ;
- aborder avec lui les **implications** d'un résultat positif ou négatif ;
- expliquer en quoi consiste un **consentement éclairé** et l'obtenir ;
- expliquer au patient ou au client comment le test va se **dérouler** ;
- évaluer sa **capacité** à faire face à un résultat positif ;
- poser les bases de la **relation** avec le client en vue de la séance post-test.

Lorsque le soignant explique comment le test va se dérouler, il doit préciser comment celui-ci est pratiqué, quand et comment aller chercher les résultats et comment la confidentialité du test est assurée, ou, plus précisément, qui sera informé des résultats.

Le patient/client doit comprendre et mesurer les implications du test dans les différentes sphères de sa vie : mariage, grossesse, relations avec les autres, travail, stigmatisation, charges financières et émotionnelles, et connaissance des dispositifs de soutien psychosocial disponibles.

Conseil après le test

Le conseil post-test regroupe les séances de conseil qui ont lieu après le test de dépistage du VIH. Si la nature des séances varie selon que le résultat est positif ou négatif, il faut immanquablement expliquer au patient ce que signifie ce résultat. Il convient également de proposer systématiquement un accompagnement post-test.

Si le résultat du test est positif, le conseiller l'annonce clairement et avec tact au patient. Il doit pouvoir l'orienter vers un service de soutien psychologique, soit au niveau institutionnel soit au sein de la communauté, et lui communiquer toutes les informations nécessaires.

Un résultat négatif indique qu'à ce moment précis, la personne n'est probablement pas infectée. Cependant, il s'écoule un certain temps entre l'infection et le moment où le corps a développé suffisamment d'anticorps pour qu'ils soient détectables. On parle de « fenêtre sérologique ». Pour la plupart des gens infectés, cette période peut aller de six semaines à trois mois. De ce fait, un test négatif peut simplement indiquer que l'on doit refaire un test dans six semaines. Si une personne

a été vraisemblablement exposée au VIH, elle doit être accompagnée par un conseiller, qui lui expliquera qu'elle doit changer de comportement, notamment utiliser des préservatifs, afin d'éviter que l'infection ne soit transmise à d'autres personnes.

Liste de contrôle pour le conseil post-test en cas de résultat positif

1. Reprendre la relation de conseil avec le patient.
2. Annoncer clairement le résultat.
3. Attendre – donner au patient le temps d'assimiler l'information et observer sa réaction et son expression corporelle.
4. Aider le patient à accepter le résultat du test :
 - a. Évaluer sa compréhension du résultat.
 - b. Apporter des précisions.
 - c. Évaluer l'impact émotionnel.
 - d. Aborder avec lui les comportements à changer.
 - e. S'assurer qu'il comprend comment réduire les risques ; souligner la nécessité d'utiliser des préservatifs.
 - f. Déterminer à qui le résultat peut être annoncé parmi ses proches pour que le patient bénéficie d'un soutien psychologique.
5. Donner de l'espoir et responsabiliser.
 - a. Faire passer des messages réalistes sur ce qu'il est possible de faire.
 - b. Discuter des mesures que le patient peut prendre pour améliorer sa qualité de vie : alimentation, diminution de la consommation d'alcool, exercice, etc.
6. Aider le patient ou le client à envisager l'avenir.
 - a. Développer la relation de conseil en vue de poursuivre l'accompagnement.
 - b. Aborder avec lui les changements positifs possibles.
 - c. Identifier les structures de soutien : gestion du stress, réduction des risques, aide financière, assistance juridique, soutien au travail et à domicile. Pensez aux services locaux de proximité.
7. Remettre au patient des brochures et supports d'information qu'il pourra lire chez lui.
8. Fixer des rendez-vous pour l'évaluation médicale et le suivi psychologique.
9. Conseiller son partenaire sur la nécessité de faire le test et de pratiquer une sexualité à moindre risque.

Liste de contrôle pour le conseil post-test en cas de résultat négatif

1. Renouer la relation avec le patient et expliquer ce que signifie un résultat négatif.
 - a. Ne pas oublier de parler de la fenêtre sérologique et évaluer la nécessité de renouveler le test.
 - b. Donner au patient le temps de réfléchir et d'exprimer ses sentiments.
2. Observer et être attentif à toute réaction inattendue ; joie ou même colère contre la personne qui l'a mis dans une situation pénible « pour rien ».
3. Informer de l'absence d'immunité contre une infection future. Conseiller le patient sur la nécessité de se protéger, en précisant qu'un résultat négatif ne veut pas dire que, chez lui, l'exposition n'entraîne pas de contamination. Il a peut-être eu de la chance cette fois, mais il risque bel et bien de contracter le VIH s'il continue de s'exposer.

4. Insister sur la nécessité d'adopter un comportement sexuel à moindre risque comme la fidélité mutuelle avec un partenaire non infecté, l'utilisation systématique de préservatifs ou l'abstinence. Reprendre la discussion sur la prévention du VIH :
 - a. changement positif pour un comportement sexuel moins risqué
 - b. utilisation de préservatifs
 - c. aiguilles propres
5. Proposer au patient de participer à des séances de suivi ou à un groupe de soutien pour rester séronégatif.

5.5 Conseil et dépistage du VIH à l'initiative du soignant

La présente partie met en évidence les différences entre le conseil et le dépistage du VIH à l'initiative du soignant et le conseil et le dépistage volontaires et confidentiels du VIH.

Proposer le test de dépistage du VIH aux patients souffrant d'IST.

Le VIH est essentiellement transmis par voie hétérosexuelle et la présence d'une IST peut accroître le risque d'acquisition ou de transmission du VIH. Les centres spécialisés dans le traitement des IST sont un lieu de prédilection pour informer les hommes et les femmes sexuellement actifs sur le VIH et favoriser l'accès aux services de prévention, de traitement et de soins pour l'infection à VIH.

En conséquence, il est souhaitable de proposer à toute personne consultant pour une IST de se faire conseiller et dépister pour le VIH.

Cette recommandation générale vaut pour tous les endroits où l'épidémie d'infection à VIH est généralisée. Cela dit, compte tenu des liens étroits et réciproques entre VIH et IST, il est conseillé d'appliquer cette recommandation à toute personne consultant pour une IST, et ce, quel que soit le centre de santé où elle se rend. Quant aux pays où l'épidémie est jugée peu active ou localisée, il convient de se référer à l'évaluation épidémiologique et sociale du contexte local pour déterminer si et comment une approche du dépistage à l'initiative du soignant doit être mise en place.

Tout patient chez qui on diagnostique une IST doit être encouragé à proposer à son ou ses partenaires de se faire conseiller et dépister pour le VIH.

Il est essentiel de garder à l'esprit qu'il ne faut jamais contraindre quelqu'un à se faire dépister. Vous pouvez proposer le test si vous l'estimez nécessaire, mais vous ne pouvez en aucun cas forcer le patient à l'accepter. Le test n'est pratiqué qu'après s'être assuré que le patient a reçu toutes les informations nécessaires au préalable (forme de conseil pré-test), qu'il a donné son consentement et que la confidentialité peut être garantie.

Informations avant le test et consentement éclairé

Selon le contexte local, les renseignements à fournir avant le test peuvent être communiqués lors d'un entretien en tête-à-tête ou de séances collectives d'information sur la santé. Le consentement éclairé doit toujours être donné par l'individu seul, en privé et en présence d'un soignant.

Lorsqu'il recommande à un patient de se faire conseiller et dépister pour le VIH, le soignant doit au minimum lui communiquer les informations suivantes :

- les raisons pour lesquelles il lui recommande test et conseil ;

- ❑ les avantages du dépistage du VIH sur le plan clinique et de la prévention, ainsi que les risques potentiels, dont la discrimination, le rejet ou la violence ;
- ❑ les services d'accompagnement disponibles en cas de résultat négatif ou positif, notamment la disponibilité des traitements antirétroviraux ;
- ❑ la confidentialité des résultats et le fait qu'ils ne seront communiqués à personne, en dehors des professionnels de santé qui participent directement à la prise en charge du patient ;
- ❑ le fait que le patient a le droit de refuser le test, mais que, s'il ne fait pas valoir ce droit, le test sera pratiqué ;
- ❑ le fait qu'un refus de se soumettre au dépistage du VIH n'entraîne pour le patient aucune limitation d'accès aux services de santé pour lesquels le statut sérologique ne doit pas être connu ;
- ❑ le fait qu'en cas de résultat positif, il est conseillé de révéler son statut sérologique aux personnes risquant de contracter le VIH.

Laisser au patient la possibilité de poser des questions au soignant.

Dans les pays où la loi oblige le séropositif à révéler son statut à ses partenaires sexuels et/ou toxicomanes, le patient doit également être informé des différentes lois applicables.

Un entretien verbal suffit normalement à obtenir le consentement éclairé du patient. Lorsque le soignant s'adresse à une femme enceinte ou pouvant tomber enceinte, il doit lui communiquer les renseignements suivants :

- ❑ les risques de transmission du VIH au nourrisson ;
- ❑ les mesures à prendre pour réduire le risque de transmission verticale, y compris la prophylaxie antirétrovirale et des conseils sur l'alimentation du nourrisson ;
- ❑ les avantages du diagnostic précoce du VIH chez le nourrisson.

Voici qui conclut ce module court sur le conseil. N'oubliez pas qu'il vous faudra suivre un enseignement systématique pour devenir conseiller qualifié. Cela dit, dans la mesure où vous prenez en charge des patients souffrant d'IST, il est important que vous disposiez de compétences et de connaissances élémentaires en conseil. Ces outils de base sont exposés aux chapitres 3 et 5.

5.6 Prévenir la réinfection : le port du préservatif

Comme vous le savez, le préservatif diminue les risques de transmission par voie sexuelle en empêchant tout contact direct des organes génitaux avec les sécrétions vaginales et le liquide séminal. L'utilisation du préservatif est particulièrement importante si le patient a des rapports sexuels avec des partenaires multiples ou avec un partenaire ayant d'autres partenaires sexuels, ou s'il a récemment changé de partenaire. Cependant, savoir que les préservatifs sont importants ne suffit pas. Encore faut-il savoir comment s'en servir correctement.

La présente section doit aider le soignant à :

- ❑ expliquer les avantages du préservatif ;

- ❑ faire la démonstration du port du préservatif ; et
- ❑ expliquer comment conserver les boîtes et éliminer les préservatifs usagés.

Si de nombreuses personnes sont encore réticentes à l'idée d'utiliser des préservatifs, cela ne tient pas tant à la gêne occasionnée ou au prix d'achat, qu'aux nombreuses idées reçues et mythes qu'on leur attribue. Ainsi, certains pensent que les préservatifs diminuent le plaisir, qu'ils sont trop grands ou trop petits, inefficaces, ou encore qu'ils sont eux-mêmes infectés. D'autres les associent aux relations sexuelles illicites, et non à la sexualité avec un partenaire régulier.

Il est important d'être au courant des idées négatives véhiculées sur le préservatif, car, de toute évidence, elles peuvent entraver la volonté du patient d'adopter des comportements sexuels moins risqués. Il vous faut également expliquer au patient que le préservatif est efficace s'il est utilisé correctement et à chaque rapport. Décrivez les avantages du préservatif les plus pertinents pour chaque patient.

Le préservatif représente un moyen de protection important pour toute personne sexuellement active, puisqu'il permet notamment de prévenir les grossesses non désirées et les maladies. Ce sont des facteurs que l'on peut citer lorsque l'on fait la promotion du préservatif.

En plus d'insister sur les avantages du préservatif, servez-vous de toutes les techniques évoquées dans la section 2, ainsi que des techniques générales de communication. En d'autres termes, demandez au patient ce qu'il pense des préservatifs, discutez de sa réponse et de tout obstacle à l'usage de ces derniers, et présentez les avantages les plus pertinents pour lui.

Démonstration de l'utilisation d'un préservatif

Il est important que vous fassiez d'abord une démonstration avant de demander au patient de reproduire votre geste, en l'aidant si nécessaire. Il vous faut donc une réserve de préservatifs et un modèle de démonstration ou tout objet représentant un pénis.

Pendant la démonstration :

- ❑ insistez sur l'importance d'avoir toujours des préservatifs sur soi ;
- ❑ montrez la date de péremption ou la date de fabrication et expliquez qu'il ne faut jamais utiliser un préservatif périmé, malodorant, gluant ou difficile à dérouler ;
- ❑ expliquez comment ouvrir soigneusement l'emballage, en utilisant l'encoche prévue à cet effet ;
- ❑ montrez de quel côté le préservatif doit être placé sur la verge, en expliquant qu'il est impossible de le dérouler s'il est placé à l'envers ;
- ❑ montrez comment pincer l'extrémité du préservatif afin d'en évacuer l'air, avant de le dérouler jusqu'à la base du pénis en érection ;
- ❑ insistez sur le fait qu'il faut dérouler le préservatif jusqu'à la base du pénis ;
- ❑ expliquez qu'il faut retirer le préservatif au moment où le pénis commence à perdre son érection et qu'il faut le tenir soigneusement à la base et l'enlever en le faisant glisser lentement ;
- ❑ expliquez qu'il faut faire un nœud dans la partie supérieure du préservatif avant de le jeter de façon sûre et hygiénique.

Voici deux conseils supplémentaires que vous pourriez envisager de donner au patient :

- ❑ ne pas utiliser de lubrifiant à base d'huile ou de paraffine, comme la vaseline, qui endommage les préservatifs en latex (les émulsions aqueuses comme la glycérine et le gel lubrifiant KY sont sûres, tout comme la plupart des mousses spermicides) ;
- ❑ ne jamais réutiliser un préservatif.

Glossaire

glycérine	lubrifiant incolore, sous-produit obtenu lors de la fabrication de savon ; compatible avec les préservatifs
lubrifiant KY	gel lubrifiant à base d'eau, vendu sous la marque KY ; compatible avec les préservatifs
lubrifiants à base d'huile	lubrifiants fabriqués à partir d'huiles, par exemple la vaseline ; ils fragilisent les préservatifs qui peuvent facilement se déchirer
mousse spermicide	mousse qui tue les spermatozoïdes, souvent utilisée comme moyen de contraception supplémentaire, en sus des préservatifs
réinfection	infection par le même organisme après traitement et élimination de la première infection
sida	syndrome d'immunodéficience acquise causé par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

CHAPITRE

6

Prise en charge
des partenaires

6. Prise en charge des partenaires

Par l'éducation et le conseil, le professionnel de santé fait comprendre au patient qui consulte pour une IST que, pour protéger sa santé et celle de son (ses) partenaire(s), il est important que ceux-ci se fassent traiter.

La gravité de l'infection et l'importance de la prise en charge des partenaires sont expliquées au patient index, le risque de réinfection étant souligné.

La prise en charge des partenaires est régie par deux principes de base : confidentialité et libre consentement. En d'autres termes, on ne doit jamais contraindre un patient à révéler des renseignements sur ses partenaires, et leur identité ne doit jamais être divulguée à une personne extérieure à l'équipe soignante.

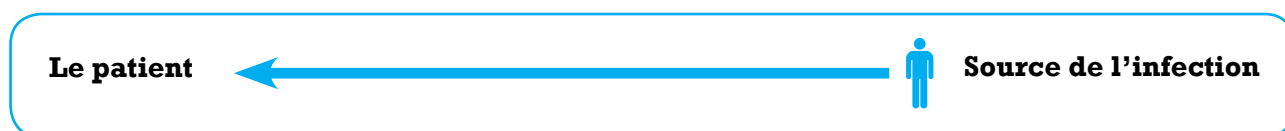
6.1 Principales caractéristiques de la prise en charge des partenaires

- ❑ traitement de tous les partenaires sexuels du patient,
- ❑ pour la ou les mêmes IST que le patient ; et
- ❑ traitement de toute nouvelle IST identifiée.

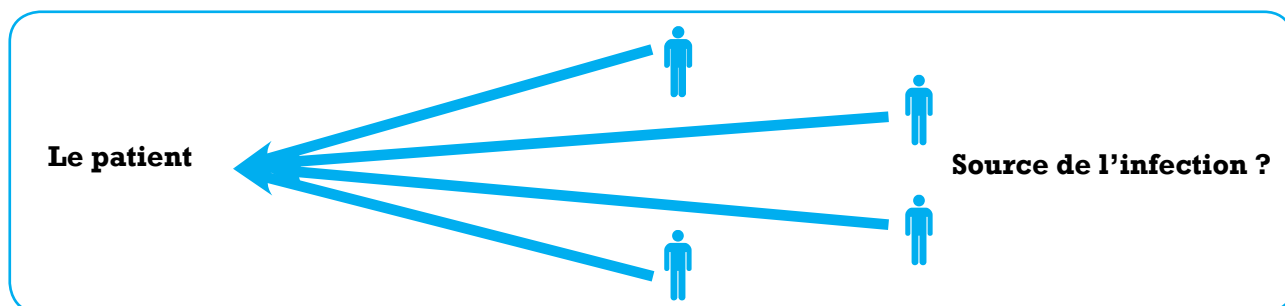
Trouver la source de l'infection

Certains services de recherche clinique s'intéressent à la chaîne de transmission des IST en vue d'identifier la source de l'infection. Est-ce nécessaire ? Est-ce important ? Prenons quelques instants pour réfléchir à la question à l'aide d'exemples.

Un patient chez qui nous diagnostiquons une IST a été contaminé lors de rapports sexuels non protégés avec un(e) partenaire contaminé(e).

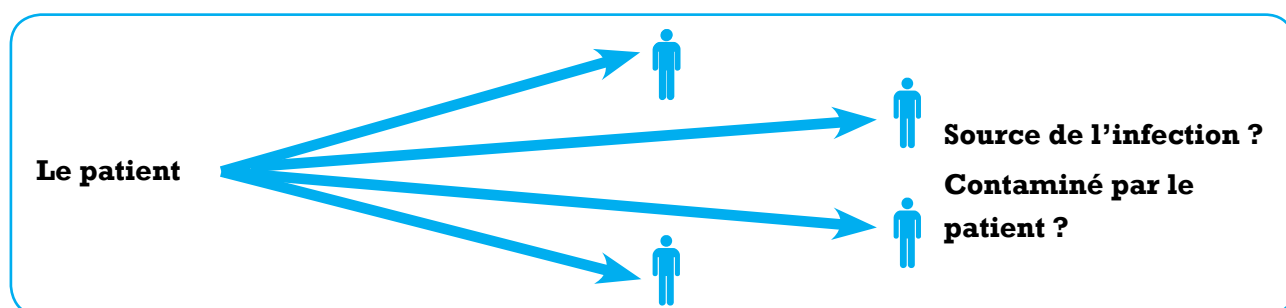


Or, si le patient a plus d'un partenaire sexuel, chaque partenaire pourrait être la source de l'infection :



De même, à partir du moment où il a contracté l'IST, le patient est lui-même contagieux, c'est-à-dire capable de transmettre l'IST à d'autres partenaires sexuels.

Il est souvent difficile de déterminer quand le patient a été contaminé ; pour des raisons pratiques, nous pouvons poser que la période de contagion est de deux mois. Il en découle que pendant les deux mois précédant le moment où le patient est venu se faire soigner, tous ses partenaires sexuels ont pu être contaminés au cours de cette période.



De nombreux patients souhaitent savoir qui les a infectés, mais identifier la source de l'infection est souvent impossible et n'est guère utile. En effet, notre objectif est de traiter tous les partenaires – du moins tous ceux que nous pouvons joindre – puis, tous les partenaires des personnes contactées.

Que traiter ?

Un traitement présomptif contre l'IST du patient index doit être administré à chacun de ses partenaires, qu'il présente ou non des signes et symptômes de l'infection. Cette précaution peut être inutile dans les centres d'orientation-recours où l'on peut procéder à un dépistage biologique fiable et de qualité pour exclure la présence de l'infection. Cela dit, même dans les centres équipés, le traitement présomptif est parfois prescrit, au cas où le patient ne viendrait pas chercher ses résultats d'analyses.

6.2 Deux méthodes de prise en charge des partenaires

La prise en charge des partenaires vise à traiter le plus grand nombre possible de partenaires sexuels des patients. Il existe deux façons d'entrer en contact avec les partenaires : notification par le soignant et notification par le patient.

Prise de contact par le soignant

La personne qui a soigné le patient initial (ou une personne chargée de rechercher et de traiter les partenaires) prend contact avec les partenaires du patient souffrant d'IST et leur demande de se présenter au centre de santé pour se faire soigner.

Prise de contact par le patient

Dans ce cas, c'est le patient qui prend la responsabilité d'entrer en contact avec ses partenaires et de leur demander de se faire soigner. Pour des raisons que nous avons déjà exposées, il se peut que de nombreux patients soient réticents à l'idée de parler de l'infection à leurs partenaires ou s'en sentent incapables. C'est là que le soignant entre en jeu, puisque son rôle est d'aider le patient à prendre la bonne décision. En fait, le patient peut aborder le sujet de plusieurs façons :

- parler ouvertement de l'IST et de la nécessité de se faire soigner ;
- accompagner son partenaire au centre de santé ou lui demander de consulter sans lui préciser pourquoi ;

- remettre à chaque partenaire une fiche de prise en charge et lui demander de se présenter au centre de santé.

La disposition du patient à prendre contact avec ses partenaires sera fonction de vos compétences : ce que vous dites au patient, comment vous le dites et, ce qui est tout aussi important, comment vous l'écoutez et réagissez à ce qu'il dit. Cette section vous permettra d'appliquer les techniques que vous avez apprises dans les chapitres précédents au service d'un objectif essentiel : le traitement des partenaires du patient.

Fiche de prise en charge

Imaginons qu'un jeune homme se présente au centre de santé pour le traitement d'une IST à la demande d'une petite amie. Il ne connaît pas le nom du syndrome et ne présente aucun symptôme ou signe d'infection. Le nom de sa petite amie n'apparaît pas dans les dossiers du centre. Vous n'avez donc aucun moyen d'identifier le syndrome pour lequel le jeune homme doit être traité.

Dans ce cas, la prise en charge du partenaire est un échec.

Utilisées par de nombreux centres de santé, les fiches de prise en charge (voir exemple ci-dessous) sont un moyen de contourner ce problème.

FICHE A

N° fiche.. _____	N° fiche : _____ Remise le : _____
Remise le : _____	Centre émetteur : <i>Townville, New Town</i>
Code de diagnostic : _____	Nom : _____
Nom et coordonnées du partenaire : _____	Veillez vous présenter au centre de santé de Townville avec cette fiche.
_____	Code de diagnostic : _____
Centre de santé : <i>Townville, New Town</i>	

La fiche ci-dessus comporte deux parties. Après avoir inscrit les renseignements nécessaires, on coupe la carte le long du pointillé et l'on donne la partie de droite au patient qui la remettra à un partenaire donné. La partie de gauche est conservée dans les dossiers du centre.

Ce type de fiche peut être relié aux registres de plusieurs centres de santé. C'est aussi un moyen pour le centre d'enregistrer le nombre de partenaires qui se présentent et ne se présentent pas pour se faire soigner. C'est utile si c'est le soignant qui se charge de contacter les partenaires.

FICHE B

Centre de santé Townville, New Town
Tél. : 456834

Heures d'ouverture

Lundi	9h00 – 15h00
Mardi	9h00 – 15h00
Mercredi	9h00 – 15h00
Vendredi	9h00 – 13h30

9/3/06**Prise en charge ABC**

Quoique plus simple, la fiche B contient des informations essentielles pour le traitement du partenaire. Le soignant a simplement inscrit une date et un code ABC correspondant au syndrome IST du cas index. Cette fiche présente plusieurs avantages : elle est identique à celle utilisée par le centre de santé pour d'autres pathologies, le code ne révèle aucune information, et elle ne contient aucun détail concernant le patient initial ou son partenaire.

Des inconvénients ? Aucun, si ce n'est que ce type de fiche ne peut être utilisé dans un système de dossiers administratifs.

Résumons : Les fiches de prise en charge sont extrêmement utiles pour déterminer le traitement à prescrire à une personne envoyée au centre de santé par un patient atteint d'une IST. La fiche peut contenir des informations supplémentaires si nécessaire, mais ne peut comporter aucun renseignement pouvant nuire au secret médical ou constituer un motif de stigmatisation.

Si le système des fiches de prise en charge est utilisé dans le centre où vous travaillez, nous vous recommandons vivement de donner systématiquement une ou plusieurs cartes à chaque patient consultant pour un syndrome d'IST. Il est bien plus facile de remettre une fiche au patient que de se rappeler de demander à chaque nouveau patient s'il a été envoyé par quelqu'un.

Si la notification par le patient échoue...

Lorsqu'un patient refuse, pour quelque raison que ce soit, de notifier ses partenaires, ou si, malgré son consentement, il ne le fait pas et qu'aucun partenaire ne vient se faire soigner, il est possible d'envisager une notification par le soignant. Cela dit, cette prise de contact doit être gérée par du personnel spécialisé dans le dépistage actif et spécialement formé. Cette solution est hors de portée de la plupart des centres de santé.

Le suivi des partenaires non traités ne peut se faire sans un système d'enregistrement efficace. Après une période donnée, par exemple deux semaines après la prise en charge du patient initial, il devrait être possible d'identifier les partenaires qui ne sont pas venus consulter pour se faire soigner et de prendre les dispositions nécessaires pour les contacter.

Prévoir un partage des données entre centres de santé peut être utile. Par exemple, si l'on diagnostique une IST chez une patiente suivie dans un centre de soins prénatals, il est possible que

son partenaire doit se présenter dans un autre centre de santé pour se faire soigner. Dans ce cas, il est recommandé que les agents de santé de proximité se mettent en contact avec tous les centres de santé voisins qui pratiquent l'approche syndromique du diagnostic des IST.

6.3 Prise en charge des partenaires : traitement et dépistage

Traiter le partenaire

La procédure de prise en charge du partenaire et du cas index est identique : anamnèse, traitement et éducation, prise en charge des partenaires. Le tableau ci-dessous permet de s'assurer que le partenaire est traité pour les mêmes IST que le cas index.

Syndrome du cas index	Traitement administré au partenaire
Écoulement urétral	Traitement contre gonorrhée et chlamydie
Ulcérations génitales	Traitement contre syphilis et chancre mou
Pertes vaginales : Patiente traitée pour une vaginite et une cervicite Patiente traitée pour une vaginite uniquement	Traitement contre gonorrhée et chlamydie Inutile de traiter le partenaire sauf si les pertes sont récurrentes
Maladie inflammatoire pelvienne	Traitement contre gonorrhée et chlamydie
Tuméfaction du scrotum	Traitement contre gonorrhée et chlamydie
Conjonctivite du nouveau-né	Traitement des deux parents contre gonorrhée et chlamydie

Remarque : Si possible, prélevez des échantillons (échantillons sanguins et prélèvements vaginal, urétral, cervical, anal et buccal sur écouvillons, selon les besoins) pour les faire analyser au laboratoire. Le professionnel de santé pourra ainsi identifier la cause de la ou des infections et mettre en place un traitement complet pour les IST détectées. Un bilan complet doit être proposé à tous les partenaires d'une personne infectée.

Veuillez noter que si l'on diagnostique une vaginite, plutôt qu'une cervicite, chez une patiente présentant un syndrome de pertes vaginales, il n'est pas nécessaire que son partenaire se fasse traiter, à moins que la vaginite ne soit récurrente. Dans ce cas, un traitement contre une candidose ou une trichomonase sera administré. À ce jour, aucun élément ne nous permet d'affirmer qu'il est utile de traiter les partenaires en cas de vaginose bactérienne.

Kits pour les IST

Le Ministère de la santé de Vanuatu a mis au point un kit pour les IST, comprenant un comprimé unique de ciprofloxacine 500 mg et deux comprimés d'azithromycine (500 mg chacun), quelques supports éducatifs sur la prévention des IST et leurs effets, des préservatifs et une brochure expliquant comment utiliser correctement un préservatif. Les patients semblent réceptifs à cette approche, mais le programme n'a pas encore été évalué. Il faut noter que des programmes similaires ont été mis en œuvre et évalués dans d'autres pays ; les résultats indiquent une réduction du risque de réinfection chez le cas index.

Glossaire

cas index/patient initial	cas initial d'une maladie ou d'une infection
fiche de prise en charge	fiche remise au patient index/initial pour qu'il la donne à son (ses) partenaire(s) afin de faciliter le diagnostic et le traitement au moment où il(s) se présente(nt) au centre de santé pour se faire soigner
notification par le patient	prise de contact avec les partenaires sexuels potentiellement infectés par le cas index, qui informe ses partenaires
notification par le soignant	prise de contact avec les partenaires sexuels par du personnel spécialement formé

CHAPITRE

7

Enregistrement et
déclaration des IST

7. Enregistrement et déclaration des IST

Ce dernier chapitre porte sur la collecte et la gestion des données.

Par « collecte des données », nous entendons le fait de noter le nombre de patients ou de maladies que nous voyons en consultation et traitons. Un enregistrement efficace présente d'importants avantages, tant pour votre ministère national de la santé que pour votre centre de santé ou votre circonscription médicale. La collecte des données ne doit pas se limiter à l'enregistrement des cas et à la déclaration au ministère de la santé. Les renseignements recueillis peuvent être appliqués immédiatement au niveau du centre de santé aux fins de planification et de gestion. À ce niveau, les données constituent un bon baromètre du nombre de dossiers traités. Les décideurs doivent également exploiter ces données utilement pour appuyer les projets à mettre en œuvre.

« Le renforcement des systèmes de surveillance des IST doit être considéré comme un élément central de l'effort mondial visant à améliorer les programmes de prévention des IST/VIH de l'ensemble des pays. »

Groupe de travail ONUSIDA/OMS sur la surveillance mondiale du VIH/sida et des IST, 1999.

Ce chapitre vous permettra de comprendre comment associer la déclaration des syndromes d'IST ou des IST spécifiques à un système de surveillance intégrée des maladies et comment les informations ainsi obtenues peuvent aider à la planification.

Le groupe de travail océanien sur les IST a publié une déclaration commune sur l'enregistrement et les définitions de cas et propose notamment un ensemble minimum de données à recueillir. L'argumentaire présenté dans ce chapitre s'appuie sur cette déclaration, reproduite en annexe.

7.1 L'enregistrement comme composante de la surveillance

Dans cette première section, nous ne considérons pas **l'enregistrement** des données comme un simple outil au service du centre de santé, mais bien comme un pilier du système de surveillance globale des maladies. Un tel dispositif de surveillance renseigne sur l'évolution du tableau épidémiologique des maladies et revêt une importance cruciale dans la lutte contre les IST.

Par « enregistrement », on entend le fait de noter systématiquement des données numériques. Nous traitons d'abord du type de données à enregistrer et des méthodes à employer. Ensuite, nous examinons ce que les données peuvent (et ne peuvent pas) révéler, comment d'autres éléments du système de surveillance peuvent enrichir notre connaissance de l'évolution des IST et comment ces renseignements peuvent être mis à profit.

Une fois intégré dans les activités quotidiennes de routine du centre de santé, l'enregistrement est aisé. Il s'agit de remplir une simple feuille de pointage, ce que tous les professionnels de santé peuvent facilement faire dans le cadre de leur travail quotidien.

Importance de la notification systématique

De toute évidence, un système de surveillance requiert des données précises pour être efficace. Or, on ne peut répondre à cet impératif que si l'ensemble des centres de santé transmettent les données qu'ils recueillent. C'est ce qu'on appelle la « notification systématique ».

L'ensemble des prestataires du système de santé doivent communiquer leurs données ; le ministère de la santé doit veiller à ce que cet objectif soit atteint.

Les chiffres officiels sur les IST sont généralement bien en deçà de la réalité. Ce constat reconnu et accepté s'explique en partie par le phénomène de sous-déclaration. Au niveau du centre de santé, le défaut d'enregistrement peut tenir au fait que les soignants oublient d'enregistrer les patients qui consultent pour une IST. Ce genre d'oubli est inévitable lorsqu'aucun système fixe d'enregistrement n'est en place. Plus globalement, sur le plan clinique, la charge totale des IST (infections asymptomatiques comprises) est sous-estimée, car de nombreux patients ne consultent pas, consultent dans le privé ou pratiquent l'automédication, et ne sont donc pas enregistrés. À cela s'ajoute le fait que de nombreuses infections sont silencieuses. Les personnes asymptomatiques ne sont pas prises en compte dans le système de notification des cas, à moins que l'infection ne soit détectée par un programme de dépistage actif.

Pour déterminer avec un maximum de précision la charge de morbidité, le plus simple est de mener une enquête de proximité, de déterminer la proportion de personnes atteintes d'IST et de la comparer à une population clinique. L'écart ainsi obtenu vous donne le taux approximatif de sous-déclaration.

7.2 Utilisation d'une feuille de pointage

Un centre de santé ne peut présenter des données de qualité que si l'attente est réaliste. Si les attentes sont trop grandes, le système d'enregistrement s'effondre, car les personnels passent trop de temps à le faire fonctionner. Il est donc important que le système reste simple.

Les agents de santé doivent simplement compléter une feuille de pointage pour enregistrer les cas d'IST et transmettre leurs données. Sur cette feuille, le soignant coche une case pour chaque cas à enregistrer. Dans l'exemple qui suit, trois cas ont été vus en consultation.

ØØØØØ

OOOOO

De nombreux centres utilisent des feuilles de pointage pour enregistrer les nouveaux cas d'un large éventail de maladies. Ces feuilles sont simples et faciles à remplir, et elles garantissent, en toutes circonstances, le respect du secret médical (voir exemple de feuille de pointage, section 7.8).

Lorsque la déclaration des cas se fait sur la base du diagnostic étiologique, les laboratoires ont un rôle important à jouer. En général, les laboratoires transmettent directement leurs données aux autorités, ce qui permet une communication rapide de l'information. Le système utilisé par les laboratoires pour les maladies à déclaration obligatoire peut être mis à profit ici. Il est recommandé de consulter le laboratoire concerné pour dresser la liste des IST qui devraient être directement déclarées aux autorités.

Quelles données recueillir ?

L'enregistrement simple et non différencié des IST sur une feuille de pointage globale des maladies ne permet pas d'obtenir des informations suffisamment détaillées pour la surveillance des IST. Nous avons besoin d'une feuille qui indique le nombre de cas pour chaque syndrome ou infection spécifique diagnostiqués.

La feuille de pointage sert notamment à dégager des tendances. Ainsi :

- il ne faut enregistrer que les nouveaux épisodes ;
- il faut ventiler les données par sexe et groupe d'âge ;
- en cas de diagnostic **étiologique**, il faut au minimum noter les informations suivantes :
 - identificateur du patient, par exemple son nom ou son code
 - sexe du patient
 - âge ou date de naissance du patient
 - service qui a effectué l'examen
 - infection recherchée
 - type de prélèvement
 - résultat

En cas de diagnostic syndromique **clinique**, il faut au minimum noter les informations suivantes :

- sexe du patient
- âge ou date de naissance du patient
- service qui a posé le diagnostic
- type de syndrome

Il faut distinguer la feuille de pointage des IST de la feuille de pointage des patients où n'est enregistré que le nombre de patients traités et où chaque personne n'est enregistrée qu'une seule fois. Lorsque l'on enregistre des syndromes, la même personne peut être enregistrée deux fois (ou plus). Par exemple, un patient peut souffrir d'un écoulement et d'une ulcération génitale, ou consulter pour un écoulement urétral ce mois-ci, et revenir deux mois plus tard pour un nouvel épisode d'écoulement urétral, ou encore revenir à tout autre moment pour un autre syndrome. Chaque présentation est enregistrée comme un nouvel épisode infectieux. EN REVANCHE, si le patient consulte aujourd'hui pour un écoulement urétral et revient dans sept jours pour un bilan, mais ne présente aucun nouveau symptôme, on n'enregistrera pas de nouvel épisode.

7.3 Définitions de cas – diagnostic syndromique

Les définitions cliniques des syndromes d'IST ont été élaborées pour garantir une déclaration harmonisée des cas. Les trois définitions ci-dessous ont été adoptées par le groupe de travail océanien sur les IST.

1. Écoulement urétral chez l'homme ET/OU dysurie — hommes présentant un écoulement urétral et/ou une dysurie.
2. Ulcérations génitales — hommes et femmes présentant des ulcérations génitales avec ou sans lésions vésiculaires. Deux catégories de syndrome d'ulcérations génitales sont proposées :
 - Ulcérations génitales sans lésions vésiculaires — apparition d'ulcérations sur le pénis, le scrotum ou la zone anorectale chez l'homme, et sur les lèvres, le vagin ou la zone anorectale chez la femme. La syphilis, le chancre mou, la lymphogranulomatose, le granulome inguinal ou l'herpès génital peuvent causer ce syndrome.

- Ulcérations génitales avec lésions vésiculaires — vésicules génitales et anales (petites cloques) chez l'homme et la femme. Les infections herpétiques génitales sont souvent à l'origine de ce syndrome.

3. Conjonctivite du nouveau-né — conjonctivite purulente se déclarant chez un nourrisson dans les quatre semaines suivant la naissance.

Pour les besoins de la surveillance des IST, l'OMS préconise d'exclure de la liste des infections à déclarer les syndromes de **pertes vaginales** et de **douleur abdominale basse** chez la femme, car ils ne sont pas un indicateur fiable de l'incidence ou de la prévalence des IST. Par conséquent, ils n'ont pas été retenus dans le présent document consensuel. Il est important de consulter les registres de sortie des hôpitaux afin de repérer les cas pouvant être des complications à court et long terme de la chlamydie (stérilité tubaire, grossesse extra-utérine, conjonctivite gonococcique du nouveau-né, pneumonie néonatale et maladie inflammatoire pelvienne aiguë, par exemple). L'examen de ces données nous indique, sans le prouver, que la patiente enregistrée souffrait d'une chlamydie et de complications associées.

Les services de santé pourront toutefois recueillir des informations sur ces deux syndromes pour répondre à leurs propres besoins en matière de planification. Les définitions de cas suivantes¹ leur sont proposées :

Pertes vaginales

Pertes vaginales anormales (caractérisées par leur abondance, leur couleur et leur odeur) avec ou sans douleurs abdominales basses ou symptômes et facteurs de risque spécifiques. (Ce syndrome est le plus communément provoqué par une vaginose bactérienne, une candidose vulvo-vaginale ou une trichomonase ; moins souvent, elle peut être provoquée par une infection à gonocoques ou à Chlamydia.)

Douleur abdominale basse chez la femme

Douleurs abdominales basses et dyspareunie, l'examen montrant des pertes vaginales, une sensibilité à la palpation du bas-ventre, ou une température supérieure à 38 °C. (Ce syndrome, qui évoque une maladie inflammatoire pelvienne, peut être provoqué par une infection à gonocoques, à Chlamydia ou à germes anaérobies.)

7.4 Limites de la déclaration syndromique

Seul l'écoulement urétral et les ulcérations génitales (non vésiculaires) sont potentiellement utiles pour surveiller les tendances de l'incidence des IST. Ces syndromes correspondent généralement à des IST contractées récemment. En revanche, une forte proportion de cas de pertes vaginales, de douleur abdominale basse chez la femme, ou encore de cervicite cliniquement visible, sont provoquées par des affections autres que sexuelles. Les lésions ulcérotives vésiculaires, qui indiquent une infection génitale par l'HSV, sont en général des rechutes d'une infection herpétique contractée des années auparavant. De nombreux cas de condylomes acuminés représentent également des rechutes symptomatiques d'une infection persistante.

En tant que baromètre des tendances et de la charge de morbidité, la déclaration syndromique des IST donne de moins bons résultats chez les femmes que chez les hommes. Cet écart s'explique par

¹http://www.who.int/hiv/pub/sti/en/cds_csr_edc_99_3.pdf

la forte proportion d'infections silencieuses au sein de la population féminine. Il est essentiel d'évaluer et de surveiller la prévalence des IST chez les femmes, même là où les ressources manquent.

Les syndromes retenus ne sont pas spécifiques à un germe donné. Il faut également procéder périodiquement à des études sur l'étiologie des syndromes afin d'orienter le traitement.

La déclaration syndromique de l'écoulement vaginal, de la douleur abdominale basse chez la femme, des ulcérations génitales avec lésions vésiculaires, des condylomes acuminés et de la cervicite n'est utile que si elle contribue, par les données recueillies sur le nombre de cas observés, à une meilleure gestion des services de santé et à une meilleure répartition des médicaments. Ce mode de déclaration n'est pas assez fiable pour évaluer l'incidence ou la prévalence des IST, ni pour mesurer l'impact des programmes de prévention des IST/VIH.

7.5 Définitions de cas – diagnostic étiologique

Voici les définitions de cas applicables aux IST diagnostiquées selon l'approche étiologique :

Gonorrhée

- ❑ Le diagnostic biologique de la gonorrhée est établi si :
mise en évidence du germe *Neisseria gonorrhoeae* dans un prélèvement clinique par sonde d'ADN ou test PCR

OU

- ❑ culture de diplocoques à Gram négatif et oxydase positive (présomption de *Neisseria gonorrhoeae*) à partir d'un prélèvement clinique

OU

- ❑ observation de diplocoques intracellulaires à Gram négatif à l'examen microscopique d'un prélèvement oculaire ou urogénital masculin

Remarque : Pour l'évaluation de l'antibiosensibilité, la culture est indispensable.

Infection à Chlamydia

Le diagnostic biologique de l'infection à Chlamydia est établi si :

- ❑ sonde d'ADN marquée ou test PCR ou test de détection de l'antigène *Chlamydia trachomatis* positif

Trichomonase

Le diagnostic biologique de la trichomonase est établi si :

- ❑ présence de Trichomonas mobiles (se déplaçant) à l'examen microscopique de la préparation à l'état frais (préparation saline) d'un prélèvement génital féminin

OU

- ❑ présence de Trichomonas à l'examen du frottis vaginal (test de Papanicolaou)

Syphilis (lorsque les antécédents relatifs au dépistage et au traitement sont **inconnus**)

Remarque : Les définitions relatives à la syphilis sont fournies uniquement à des fins de surveillance et ne sont pas destinées à remplacer les protocoles de prise en charge clinique ou les guides pour la prise en charge.

Les tests tréponémiques englobent tous les tests spécifiques de détection des tréponèmes, notamment le TPHA, le TPPA, le FTA et l'EIA, ainsi que les tests tréponémiques rapides, comme le Determine TP et Bioline TP.

Le VDRL est un test non spécifique qui n'est plus utilisé dans la région, mais le terme est souvent employé pour désigner le RPR. L'emploi de termes appropriés pour désigner les tests de dépistage de la syphilis devrait être encouragé.

❑ Syphilis précoce

Test tréponémique positif ET RPR positif, avec un titre égal ou supérieur à 1/8

(Remarque : si le patient présente des ulcérations génitales indolores, le cas est à classer dans la catégorie des syphilis précoces, quel que soit le titre du RPR.)

❑ Syphilis tardive et syphilis de durée indéterminée

Test tréponémique positif ET RPR positif, avec un titre inférieur à 1/8

(Remarque : les examens peuvent être effectués dans n'importe quel ordre.)

Syphilis (lorsque les antécédents relatifs au dépistage et au traitement sont **connus**)

❑ Syphilis précoce

- Apparition de l'infection (séroconversion) au cours des 2 dernières années :

Test tréponémique positif (et RPR positif ou négatif) ET

Réalisation d'un test tréponémique antérieur négatif au cours des 2 dernières années ET pas d'antécédents de traitement

- Apparition d'une infection acquise au cours des 2 dernières années :

Augmentation du double du titre du RPR (multiplication par 4) au cours des 2 dernières années ET test tréponémique positif

❑ Syphilis tardive

- Signes d'une syphilis acquise au cours des deux dernières années :

Test tréponémique positif ET RPR positif ou négatif ET pas d'antécédents de traitement

Syphilis congénitale

❑ Diagnostic présomptif

Enfant d'une mère souffrant d'une syphilis au moment de l'accouchement et n'ayant suivi aucun traitement ou ayant suivi un traitement inadéquat*

❑ Cas confirmé

- Enfant ou nourrisson ayant un test tréponémique positif ET présentant une des caractéristiques suivantes : signes de syphilis congénitale à l'examen clinique ; radiographie des os longs caractéristique d'une syphilis congénitale ; numération de cellules ou de protéines du liquide céphalorachidien élevée (sans autre raison) ; présence d'anticorps IgM dans le sang ou le liquide céphalorachidien

- **Enfant mort-né** : mort fœtale survenant à partir de 20 semaines ou intervenant chez un fœtus de plus de 500 g lorsque la mère est atteinte d'une syphilis et qu'elle ne suit aucun traitement ou qu'elle suit un traitement inadéquat* au moment de l'accouchement
 - * Traitement sans pénicilline, ou traitement inachevé, ou traitement achevé dans les 30 jours suivant l'accouchement

7.6 Surveillance de la sensibilité des gonocoques aux antimicrobiens

Des études doivent être régulièrement effectuées pour évaluer la résistance des gonocoques aux antibiotiques. L'appui technique du Réseau OMS pour la surveillance au laboratoire de la sensibilité des gonocoques (GASP) peut être sollicité pour la réalisation de ces études.

Il est important de surveiller l'évolution des formes d'antibiorésistance, car celles-ci changent assez rapidement. Les résultats des études de sensibilité permettront d'adapter, si nécessaire, les recommandations thérapeutiques pour la gonorrhée. Les résultats peuvent se présenter comme suit :

- Nombre total d'isolats testés au cours d'une période déterminée, par exemple un an.
- Nombre et pourcentage d'isolats résistant à l'antibiotique x au cours de la période.
- Nombre et pourcentage d'isolats résistant à l'antibiotique y au cours de la période.

7.7 Utilité de l'enregistrement

S'il ne constitue probablement qu'une pièce d'un système bien plus vaste de surveillance, l'enregistrement nous aide à mieux comprendre l'impact des IST dans divers endroits.

Tout d'abord, il faut déterminer si le pays ou la région concernés possèdent des centres « sentinelles ». Il s'agit de centres de santé sélectionnés parce qu'ils possèdent des infrastructures plus développées et sont en mesure de recueillir des informations plus détaillées (diagnostic sérologique de la syphilis et autres analyses biologiques, ou données sur d'autres maladies potentiellement mortelles)².

Ensuite, pour compléter le signalement, le système de surveillance national (ou régional) doit comporter quatre grands éléments supplémentaires :

- **Évaluation et surveillance de la prévalence.** L'évaluation de la prévalence vise à broser un tableau complet de l'ampleur d'une maladie. L'un des principaux objectifs est d'identifier les sous-groupes les plus à risque (par exemple, sous-groupes présentant un risque élevé de contracter une IST, le VIH, le paludisme, etc.).
- **Évaluation de l'étiologie des syndromes d'IST.** Les centres spécialisés dans les IST et les laboratoires partenaires travaillent à déterminer les agents causaux des syndromes d'IST. Les caractéristiques des maladies tendent à évoluer, de sorte que l'étiologie des syndromes doit être régulièrement réévaluée (au moins tous les 2 à 3 ans). Entre-temps, de nouveaux tests sont mis au point.
- **Surveillance de la résistance aux antimicrobiens.** Partout dans le monde, les infections gonococciques (et d'autres) développent une résistance aux médicaments. Il est donc essentiel

²Il convient de préciser que les sites sentinelles ne sont pas forcément représentatifs de la population générale ou de l'incidence générale des maladies. Ainsi, ils ne contribuent parfois que modestement à l'analyse des tableaux épidémiologiques et des tendances à l'échelon national.

de continuer à tester l'efficacité des médicaments régulièrement afin de fixer et d'administrer en tout temps les meilleurs traitements. Dans cet effort de surveillance, le GASP est un acteur clé, puisqu'il renseigne les gestionnaires des programmes et les décideurs sur l'évolution des formes de résistance des gonocoques et sur la nécessité de revoir les recommandations applicables au traitement de première intention, si les nouvelles formes d'antibiorésistance l'imposent.

- ❑ **Études spécifiques.** Il est souvent nécessaire de réaliser des études spécifiques pour renforcer la surveillance systématique. Par exemple, une étude peut être lancée en cas de flambée infectieuse. Quoiqu'il en soit, les méthodes de prise en charge syndromique doivent être systématiquement réévaluées tous les trois ans environ.

En ajoutant au système national de déclaration des maladies des composantes spécifiques aux IST, les autorités sanitaires pourront brosser un tableau épidémiologique assez juste des maladies et déterminer les traitements les plus efficaces. Elles peuvent ensuite utiliser ces informations pour mieux planifier l'offre de services.

Pour que l'enregistrement soit systématique et complet, l'OMS recommande que, dans chaque pays, l'on utilise le formulaire de surveillance intégrée des maladies préconisé par le ministère de la santé. Certains pays océaniques ont opté pour différents formats de système d'information sanitaire, adaptés aux divers niveaux de leur système de santé. Il est conseillé aux pays de s'appuyer sur les définitions de cas et les ensembles minima de données arrêtés par le groupe de travail océanique sur les IST pour mettre au point et réévaluer leur formulaire national de surveillance intégrée des maladies ou d'information sanitaire.

Comment utiliser ces données ?

Pour combattre les IST (et l'infection à VIH), il nous faut absolument une stratégie. Une planification des soins de santé fondée sur la connaissance du terrain ne peut être que bénéfique pour les patients, les centres de soins et l'ensemble du pays.

Les données issues de la surveillance des IST sont doublement utiles :

- ❑ elles peuvent être utilisées pour planifier l'offre de soins au niveau du centre de santé ;
- ❑ elles peuvent aider la direction sanitaire nationale à mieux conseiller les différents centres de santé et à leur accorder des moyens adaptés à leurs besoins.

Quand toutes les composantes du système de surveillance se combinent harmonieusement au sein d'un cadre national ou régional, le service central de planification de l'offre en santé a tous les outils pour :

- ❑ tenir les centres de santé informés du tableau épidémiologique des maladies, représenté par l'incidence des infections récemment contractées ;
- ❑ informer les centres de santé des nouveaux traitements ;
- ❑ fournir d'autres informations nécessaires à la prise en charge des patients ;
- ❑ aider les centres de santé à élaborer un programme pratique de prise en charge afin de freiner la propagation de la maladie ;
- ❑ aider les centres de santé à obtenir la dotation qui leur revient (équipe soignante et stock de médicaments en quantité suffisante).

Quel que soit le format de déclaration que vous utilisez, la saisie des données doit être complète et exacte : vous devez assurer la qualité des données. Tout est affaire de timing. Si vous procédez à l'enregistrement au moment même de la consultation, vos informations seront toujours fiables. Le format de la feuille de pointage facilite ce travail. Il vous faut toujours avoir une feuille de pointage à portée de main. Dès lors que vous aurez pris l'habitude de consigner les données, la tenue des feuilles de pointage sera efficace, rapide et facile.

Il est également essentiel de transmettre à intervalles réguliers les données recueillies. Les données maintenues au niveau du système central ne seront fiables que si les déclarants communiquent régulièrement leurs informations. L'analyse des tendances repose souvent sur la comparaison de différentes périodes (par ex., deux périodes identiques de deux années différentes). Le meilleur moyen d'atteindre l'objectif de régularité est de nommer une personne responsable de la collecte des feuilles de pointage aux moments voulus (généralement à la fin du mois). Cette personne se charge alors de copier les résultats, de calculer les totaux et d'expédier les formulaires de déclaration.

7.8 Exemple de feuille de comptage

Vous trouverez à la page suivante un exemple de feuille de pointage ou feuille de comptage. Il s'agit du format recommandé par le groupe de travail océanien sur les IST. Il peut servir à la collecte de données dans tous les centres de soins de premier recours.

Remarque : Ce modèle de feuille de comptage est donné à titre indicatif. Il peut être utilisé en l'état ou modifié pour répondre aux besoins de votre pays.

Veillez noter les points suivants :

- cette feuille de comptage est facile à remplir ;
- elle sert à enregistrer les nouveaux épisodes d'IST probables ;
- les cas sont notés séparément selon que le patient est un homme ou une femme ;
- quatre syndromes cliniques sont proposés pour chaque sexe ;
- les cas sont notés dans sept tranches d'âge distinctes ;
- la feuille comporte des lignes et des colonnes pour comptabiliser les totaux.

RECENSEMENT DES ÉPISODES D'INFECTION OBSERVÉS

NOM DU CENTRE DE SANTÉ : _____ DATE DE COLLECTE DE LA FEUILLE DE COMPTAGE : _____

PÉRIODE CONCERNÉE (DATES) : DU _____ AU _____

NOM DU PROFESSIONNEL DE SANTÉ : _____ SIGNATURE DU PROFESSIONNEL DE SANTÉ : _____

INFECTIONS OBSERVÉES	RÉPARTITION DES CAS PAR SEXE ET PAR TRANCHE D'ÂGE														
	HOMMES							FEMMES							
	TRANCHE D'ÂGE							TRANCHE D'ÂGE							
	0 - 4	5 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 +	0 - 4	5 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 +	TOTAUX
Écoulement urétral/dysurie	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000
Ulcération génitales : non vésiculaires	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000
Ulcération génitales : vésiculaires	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000
Ophtalmie du nouveau-né	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000
TOTAL															

REMARQUE : CHAQUE FOIS QUE VOUS EXAMINEZ UN/UNE PATIENT(E), BARREZ UN DES ZÉROS (« 0 ») DANS LA COLONNE ET LA LIGNE QUI CONVIENT AFIN DE PRÉCISER POUR-QUOI LE/LA PATIENT(E) A ÉTÉ EXAMINÉ(E).


Vous ne devez déclarer que les nouveaux épisodes infectieux, ainsi :
 Lorsqu'un/une patient(e) a suivi un traitement pour une infection et qu'il/elle se rend au centre de santé pour un suivi, vous NE DEVEZ PAS déclarer ce cas, étant donné qu'il a déjà été enregistré quand le/la patient(e) est venu(e) au centre la fois précédente.

Si toutefois il/elle revient au centre pour un autre (nouvel) épisode infectieux, vous devez déclarer ce nouveau cas en barrant un autre zéro.

RECENSEMENT DES ÉPISODES D'INFECTION OBSERVÉS

NOM DU CENTRE DE SANTÉ : Pasifika Village DATE DE COLLECTE DE LA FEUILLE DE COMPTAGE : 31-10-12

PÉRIODE CONCERNÉE (DATES) : DU 1-10-12 AU 31-10-12

NOM DU PROFESSIONNEL DE SANTÉ : Salote Fua SIGNATURE DU PROFESSIONNEL DE SANTÉ : 

INFECTIONS OBSERVÉES	RÉPARTITION DES CAS PAR SEXE ET PAR TRANCHE D'ÂGE													TOTAL	
	HOMMES						FEMMES						TOTAL		
	TRANCHE D'ÂGE :						TRANCHE D'ÂGE :								
	0 - 4	5 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 +	0 - 4	5 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 +	
Écoulement urétral/dysurie	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	13
Ulcération génitales : non vésiculaires	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	34
Ulcération génitales : vésiculaires	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	36
Ophthalmie du nouveau-né	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	0
TOTAL	0	0	12	17	6	8	4	0	0	12	11	6	4	3	83

REMARQUE :

CHACQUE FOIS QUE VOUS EXAMINEZ UN/UNE PATIENT(E), BARREZ UN DES ZÉROS (« 0 ») DANS LA COLONNE ET LA LIGNE QUI CONVIENT AFIN DE PRÉCISER POUR-QUOI LE/LA PATIENT(E) A ÉTÉ EXAMINÉ(E).

Vous ne devez déclarer que les nouveaux épisodes infectieux, ainsi :

Lorsqu'un/une patient(e) a suivi un traitement pour une infection et qu'il/elle se rend au centre de santé pour un suivi, vous NE DEVEZ PAS déclarer ce cas, étant donné qu'il a déjà été enregistré quand le/la patient(e) est venu(e) au centre la fois précédente.

Si toutefois il/elle revient au centre pour un autre (nouvel) épisode infectieux, vous devez déclarer ce nouveau cas en barrant un autre zéro.

Que faire des données recueillies ?

Une fois les données recueillies, il est nécessaire de les passer en revue. Un examen superficiel des feuilles de comptage vous renseignera sur :

- le nombre total d'hommes et de femmes traités pour des syndromes d'IST ;
- les tranches d'âge concernées ;
- la période couverte par la feuille de comptage ;
- la localisation géographique du centre de santé où les données ont été recueillies ; et
- le diagnostic posé.

Il convient de procéder à une analyse rapide des données recueillies localement afin de détecter un éventuel changement de tendance dans les motifs de consultation et les épisodes infectieux observés. Si vous remarquez que vos chiffres ont soudainement doublé par rapport au mois précédent, vous pouvez envisager d'enquêter sur cette flambée.

La feuille de comptage peut être adaptée à vos besoins. Vous souhaitez peut-être rajouter une ligne où noter le nombre de contacts (partenaires d'un cas index).

Enfin, vous devrez transférer l'information contenue dans les formulaires du système d'information sanitaire ou tout autre formulaire de déclaration étiologique, afin que les données soient intégrées dans le système de surveillance intégrée des maladies.

Il se peut qu'au sein du système d'information sanitaire, un format particulier ait été retenu pour la communication des données ; les renseignements contenus dans la feuille de comptage peuvent aisément être transférés sur ce format.

Résumer les données

Les tableaux ci-après peuvent être utilisés pour la déclaration syndromique.

HOMMES

Syndrome clinique diagnostiqué		Écoulement urétral/ dysurie	Ulcérations génétales – non vésiculaires	Ulcérations génétales – vésiculaires
Centre de santé où le patient a été examiné	Localité :			
Total				
Total par tranche d'âge (années)	0-4			
	5-14			
	15-19			
	20-24			
	25-29			
	30-34			
	35+			
Inconnu				

FEMMES

Pour la déclaration des cas confirmés par diagnostic étiologique, vous pouvez noter et résumer les données recueillies en utilisant les tableaux ci-dessous.

Syndrome clinique diagnostiqué		Ulcérations génitales – non vésiculaires	Ulcérations génitales - vésiculaires	Autres syndromes possibles
Centre de santé où la patiente a été examinée	Localité :			
Total				
Total par tranche d'âge (années)	0-4			
	5-14			
	15-19			
	20-24			
	25-29			
	30-34			
	35+			
	Inconnu			

Données de surveillance des IST : HOMMES

IST recherchée		Gonorrhée		Infection à Chlamydia		Syphilis	
Centre de santé où l'échantillon a été prélevé/où le patient a été examiné	Localité :	Détectée	Non détectée	Détectée	Non détectée	Détectée*	Non détectée
		Total					
Total par tranche d'âge (années)	0-4						
	5-14						
	15-19						
	20-24						
	25-29						
	30-34						
	35+						
	Inconnu						
Total par type de prélèvement	Sanguin						
	Urinaire						
	Pénien						
	Anal						
	Buccal						
	Oculaire						
	Non communiqué						

* Se reporter aux définitions de cas et préciser s'il s'agit d'un cas de syphilis précoce (E), de syphilis tardive (L), d'un cas présumé de syphilis congénitale (CP) ou d'un cas confirmé de syphilis congénitale (CC).

Données de surveillance des IST : FEMMES

IST recherchée		Gonorrhée		Infection à Chlamydia		Syphilis		Trichomonase	
		Détectée	Non détectée	Détectée	Non détectée	Détectée*	Non détectée	Détectée	Non détectée
Centre de santé	Service de consultation prénatale								
	Service ambulatoire								
	Centre de santé pour les jeunes								
Total									
Total par tranche d'âge (années)	0-4								
	5-14								
	15-19								
	20-24								
	25-29								
	30-34								
	35+								
	Inconnu								
Total par type de prélèvement	Sanguin								
	Urinaire								
	Vaginal								
	Frottis de Papanicolaou								
	Buccal								
	Oculaire								
	Non communiqué								

* Se reporter aux définitions de cas et préciser s'il s'agit d'un cas de syphilis précoce (E), de syphilis tardive (L), d'un cas présumé de syphilis congénitale (CP) ou d'un cas confirmé de syphilis congénitale (CC).

Procédure d'enregistrement type

Enfin, pour terminer cette section, voici dans ses grandes lignes une procédure d'enregistrement type dans un centre de santé :

1. Au début de la semaine ou du mois (selon le nombre de dossiers traités par le centre de santé), chaque soignant commence une nouvelle feuille de pointage, sur laquelle il enregistre chaque patient traité pour une IST ou chaque épisode d'IST en cochant les cases correspondantes.
2. À la fin de la semaine ou du mois, le soignant ou l'employé désigné recueille les feuilles de pointage et rassemble les données.
3. Les données sont interprétées, puis mises à la disposition du personnel du centre. Les informations sont ensuite retranscrites sur le formulaire de surveillance intégrée des maladies

ou du système d'information sanitaire, qui est envoyé au niveau hiérarchique suivant et, éventuellement, au service d'épidémiologie du ministère de la santé.

4. À l'unité d'épidémiologie, toutes les données reçues sont compilées et diffusées dans des rapports périodiques.

Récapitulatif

Vous comprenez maintenant combien il est important, dans votre pratique quotidienne, d'enregistrer les cas observés sur une feuille de comptage des IST et d'autres formulaires de déclaration.

Sans registres précis, il est impossible de surveiller le tableau épidémiologique des IST à l'échelle d'un pays, d'une province ou même d'un centre de santé. Plus important encore, face à la difficulté de planifier sans données, il se peut que le soignant n'ait pas assez d'équipements et de médicaments prévus pour traiter tous les patients. Toujours faute de données, le soignant ne pourra évaluer l'efficacité des traitements, des messages éducatifs ou des modes de prise en charge des partenaires mis en place.

Comme vous avez pu le voir, le formulaire de surveillance intégrée des maladies (SIM) renseigne sur les syndromes d'IST et s'intègre parfaitement au système national de surveillance et de contrôle des maladies. Dans votre région, il se peut que le formulaire doive être modifié, mais c'est le modèle que nous vous recommandons.

Le rôle que vous jouez dans l'enregistrement est fondamental. Remplissez toujours vos feuilles de pointage avec soin et précision afin de permettre à votre centre de santé d'optimiser son offre de soins pour les IST.

Glossaire

épidémiologie	étude de l'incidence, de la distribution et des causes d'une infection ou d'une maladie au sein d'une population
feuille de pointage/comptage	tableau dans lequel on peut enregistrer rapidement et avec précision le nombre de patients, les événements ou les épisodes. Les informations sont ensuite résumées et rassemblées.
fréquence	nombre d'infections au cours d'une période donnée
incidence	fréquence des nouvelles infections, exprimée en pourcentage de la population étudiée
notification systématique	système de collecte des données où tous les centres de santé enregistrent et déclarent le nombre de patients ou d'épisodes traités
prévalence	proportion d'individus dans une population déterminée, qui souffre d'une maladie ou d'une infection donnée à un moment donné
sida	syndrome d'immunodéficience acquise causé par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

Amélioration de la surveillance des infections sexuellement transmissibles dans les États et Territoires insulaires océaniques



Document consensuel sur les définitions de

cas d'infections sexuellement

transmissibles

et l'ensemble de données minimales



Document élaboré par le Groupe de travail océanien sur les infections
sexuellement transmissibles

incluant
l'OMS
l'UNFPA
la CPS,
l'UNICEF,
l'OSSHMM,
les CDC
le PRHP

8 mai 2008



CONTEXTE

Comme le montrent un certain nombre d'études, y compris les dernières enquêtes de surveillance de deuxième génération, les infections sexuellement transmissibles (IST) sont largement répandues dans la région du Pacifique. L'élaboration d'un programme qui diminuera réellement cette forte prévalence dépendra de la manière dont sont collectées et analysées les données sur les IST dans la région.

Un des objectifs du Plan de mise en œuvre de la Stratégie régionale océanienne de lutte contre le VIH/sida 2004-2008 est de renforcer les systèmes de surveillance de routine du VIH et des autres IST à l'échelon national. Le manque de définitions de cas adaptées à la région et d'un ensemble de données minimales sur les IST, qui permettraient de recueillir des données de haute qualité comparables dans toute la région, a été identifié comme un des obstacles à la réalisation de cet objectif. L'adoption d'une stratégie concertée sur les définitions et la déclaration des cas d'IST permettra d'obtenir des données exactes et cohérentes, afin de suivre l'évolution de l'incidence et de la prévalence des IST dans le temps.

Le Groupe de travail océanien sur les infections sexuellement transmissibles (STIWGP) a été fondé à la fin de l'année 2006, afin de veiller à ce que les programmes nationaux et régionaux diminuent réellement la forte prévalence des IST. Le STIWGP est un groupe de travail technique, composé de représentants du Secrétariat général de la Communauté du Pacifique (CPS), de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), du Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), des Centres de lutte contre la maladie (CDC), du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), du Projet régional océanien de lutte contre le VIH/sida (PRHP) et de la Société océanienne pour la santé sexuelle et la médecine du VIH (OSSHHM).

Les recommandations qui suivent sont le produit du consensus des représentants du STIWGP. Le présent document est une adaptation des *Directives pour la surveillance des infections sexuellement transmissibles* (1999)¹ de l'OMS. Les définitions de cas de l'OMS¹ et des CDC², comme celle qui s'applique pour la syphilis, ont été simplifiées afin de permettre l'utilisation de définitions pratiques et cohérentes dans les petits États et Territoires insulaires océaniques.

Le présent document sera utile aux agents de santé publique, aux directeurs des programmes de lutte contre les IST, ainsi qu'au personnel des laboratoires et des cliniques.

La partie A fournit des recommandations sur les définitions de cas d'IST, selon qu'elles reposent sur les examens biologiques ou le tableau clinique.

La partie B fournit des recommandations sur un ensemble de données minimales pour la surveillance des IST.

1 Voir la page suivante : www.who.int/hiv/pub/me/en/GuidelinesforSTISurveillance1999_English.pdf (en anglais uniquement).

2 Voir la page suivante : www.cdc.gov/std/stats/app-casedef.htm (en anglais uniquement).

PARTIE A : DÉFINITIONS DE CAS

Définitions de cas fondées sur le diagnostic biologique (étiologique)

Gonorrhée – définition du cas

- a) Mise en évidence du germe *Neisseria gonorrhoeae* dans un prélèvement clinique par sonde d'ADN ou test PCR
OU
- b) Culture de diplocoques à Gram négatif et oxydase positive (présomption de *Neisseria gonorrhoeae*) à partir d'un prélèvement clinique
OU
- c) Observation de diplocoques intracellulaires à Gram négatif à l'examen microscopique d'un prélèvement oculaire ou urogénital masculin

Note : pour l'évaluation de l'antibiosensibilité, la culture est indispensable.

Surveillance de la sensibilité du gonocoque aux antibiotiques

Nombre total d'isolats testés au cours d'une période déterminée, par exemple un an

Nombre et pourcentage d'isolats résistant à l'antibiotique x au cours de la période

Nombre et pourcentage d'isolats résistant à l'antibiotique y au cours de la période
(à répéter pour chaque antibiotique testé)

Infection à Chlamydia – définition du cas

Sonde d'ADN marquée OU test PCR OU test de détection de l'antigène Chlamydia trachomatis positif

Infection à Trichomonas – définition du cas

- a) Présence de trichomonas mobiles (se déplaçant) à l'examen microscopique de la préparation à l'état frais (préparation saline) d'un prélèvement génital féminin
OU
- b) Présence de trichomonas à l'examen du frottis vaginal (test de Papanicolaou)

Syphilis – définition du cas (lorsque les antécédents relatifs au dépistage et aux soins sont inconnus)

Note : les définitions relatives à la syphilis sont fournies uniquement à des fins de surveillance et ne sont pas destinées à remplacer les protocoles de prise en charge clinique et les guides pour la prise en charge.

Les tests tréponémiques englobent tous les tests spécifiques de détection des tréponèmes, notamment le TPHA, le TPPA, le FTA et l'EIA, ainsi que les tests tréponémiques rapides, comme le Determine TP. Le VDRL est un test non spécifique qui n'est plus utilisé dans la région, mais le terme est souvent employé pour désigner le RPR. L'emploi de termes appropriés pour désigner les tests de dépistage de la syphilis devrait être encouragé.

Syphilis précoce *

Test tréponémique positif
ET
RPR positif, avec un titre **égal ou supérieur à 1/8**

* Si le patient présente des ulcérations génitales indolores, le cas est à classer dans la catégorie des syphilis précoces, quel que soit le titre du RPR.

Syphilis tardive et syphilis de durée indéterminée

Test tréponémique positif
ET
RPR négatif ou positif, avec un titre **inférieur à 1/8**

Note : les examens peuvent être effectués dans n'importe quel ordre.

Syphilis – définition du cas (lorsque les antécédents relatifs au dépistage et aux soins sont connus)

Syphilis précoce

a) Apparition de l'infection (séroconversion) au cours des 2 dernières années

Test tréponémique positif (et RPR positif ou négatif)
ET
Réalisation d'un test tréponémique antérieur négatif au cours des 2 dernières années et pas d'antécédents de traitement

b) Apparition d'une infection acquise au cours des 2 dernières années

Augmentation du double du titre du RPR (multiplication par 4) au cours des 2 dernières années
ET
Test tréponémique positif

Note : les examens peuvent être effectués dans n'importe quel ordre.

Syphilis tardive

Signes d'une syphilis acquise au cours des deux dernières années :

Test tréponémique positif
ET
RPR positif ou négatif
ET
Pas d'antécédents de traitement

Note : les examens peuvent être effectués dans n'importe quel ordre.

Syphilis congénitale – définition du cas

Cas présumé

- a) Enfant d'une mère souffrant d'une syphilis et n'ayant suivi aucun traitement ou ayant suivi un traitement inadéquat* au moment de l'accouchement

Cas confirmé

- b) Enfant ou nourrisson ayant un test tréponémique positif ET présentant une des caractéristiques suivantes :
- ⇒ signes de syphilis congénitale à l'examen clinique
 - ⇒ radiographie des os longs caractéristique d'une syphilis congénitale
 - ⇒ numération de cellules ou de protéines du liquide céphalorachidien élevée (sans autre raison)
 - ⇒ présence d'anticorps IgM dans le sang ou le liquide céphalorachidien
- c) Enfant mort-né (mort fœtale) :
- ⇒ mort fœtale survenant à partir de 20 semaines
- OU
- ⇒ mort fœtale d'un fœtus de plus de 500 g

lorsque la mère est atteinte d'une syphilis et qu'elle ne suit aucun traitement ou qu'elle suit un traitement inadéquat* au moment de l'accouchement

* un traitement inadéquat se définit comme :

- un traitement sans pénicilline
- OU
- un traitement à base de pénicilline inachevé
- OU
- un traitement à base de pénicilline achevé dans les 30 jours suivant l'accouchement

Définitions de cas fondées sur les syndromes cliniques

Écoulements urétraux chez l'homme ET/OU dysurie

Écoulements urétraux et/ou dysurie chez l'homme

Ulcérations génitales

Non vésiculaires

Ulcère sur le pénis, le scrotum ou l'anorectum chez l'homme, ou sur les lèvres ou l'anorectum chez la femme. (La syphilis, le chancre mou, la lymphogranulomatose, le granulome inguinal ou l'herpès génital peuvent causer ce syndrome.)

Vésiculaires (phlyctènes)

Vésicules génitales et anales (phlyctènes) chez l'homme et la femme. (Les infections herpétiques génitales sont souvent à l'origine de ce syndrome.)

Ophtalmie du nouveau-né

Conjonctivite avec écoulements chez le nouveau-né dans les 4 semaines suivant l'accouchement

Écoulements vaginaux et douleurs abdominales basses chez la femme

Les écoulements vaginaux et les douleurs abdominales basses chez la femme ne SONT PAS PRIS EN CONSIDÉRATION, étant donné qu'ils ne permettent pas de déceler avec certitude une IST chez une femme. Dans ses Directives pour la surveillance des infections sexuellement transmissibles, l'OMS ne recommande pas de déclarer ces syndromes dans le cadre de la surveillance des IST, car ces derniers ne permettent pas d'estimer de façon fiable l'incidence ou la prévalence des IST. Par conséquent, ils n'ont pas été retenus dans le présent document consensuel.

Les services de santé pourront recueillir des informations sur ces syndromes pour répondre à leurs propres besoins en matière de planification.

Les définitions peuvent être consultées sur :

www.who.int/hiv/pub/me/en/GuidelinesforSTISurveillance1999_english.pdf (en anglais uniquement)

PARTIE B : ENSEMBLE DE DONNÉES MINIMALES

Fonctionnement

En fonction du contexte local, les systèmes de surveillance de routine des IST des États et Territoires insulaires océaniques peuvent reposer exclusivement sur le diagnostic biologique (étiologique) ou exclusivement sur le diagnostic clinique, ou sur une association de ces deux approches.

Afin que des données de surveillance de haute qualité soient collectées à l'échelon national, certaines informations devraient être fournies pour chaque cas dépisté (déclaration des examens biologiques ou étiologiques) ou diagnostiqué (déclaration des syndromes cliniques). Ces données minimales sont énumérées à la page suivante.

En ce qui concerne la déclaration des examens biologiques (étiologiques), l'idéal serait de créer une base de données informatisée afin d'enregistrer les informations recueillies. À long terme, un tel système informatisé pourrait également remplacer les registres de laboratoire.

En ce qui concerne la déclaration des syndromes cliniques, des feuilles de comptage devraient être utilisées dans les services cliniques (voir l'exemple fourni dans le présent document).

Au bout d'un certain temps, ces informations sont reprises dans les données nationales pour être interprétées à l'échelon local et diffusées à l'échelon régional. La déclaration devrait se faire mensuellement, en ce qui concerne les données nationales, et trimestriellement, en ce qui concerne les données régionales. Elle pourrait se faire via une base de données informatisée, en élaborant des rapports, ou manuellement, en remplissant les feuilles de comptage ou les registres de laboratoire. Les informations requises dans ces ensembles de données de synthèse figurent aux pages 9-10.

Informations minimales sur les individus requises pour la déclaration des examens biologiques (étiologiques)

Les informations suivantes devraient être fournies pour toute demande d'examen en rapport avec une IST. Ces informations devraient figurer sur les demandes d'examen et les registres de laboratoire.

- ⇒ Date du prélèvement de l'échantillon
- ⇒ Date de l'examen en laboratoire
- ⇒ Identificateur du patient, par exemple son nom ou son code
- ⇒ Sexe du patient
- ⇒ Âge ou date de naissance du patient
- ⇒ Service qui a effectué l'examen
- ⇒ Infection recherchée
- ⇒ Type de prélèvement
- ⇒ Résultat

Données minimales sur les individus requises pour la déclaration des syndromes cliniques

Les informations suivantes devraient être fournies pour tout syndrome d'IST diagnostiqué.

- ⇒ Sexe du patient
- ⇒ Âge ou date de naissance du patient
- ⇒ Service qui a posé le diagnostic
- ⇒ Type de syndrome
- ⇒ Période durant laquelle le syndrome a été observé

Exemple de feuille de comptage

RECENSEMENT DES ÉPISODES D'INFECTION OBSERVÉS DATE DE COLLECTE DE LA FEUILLE DE COMPTAGE : _____														
NOM DU CENTRE DE SANTÉ : _____ AU _____ DATE DE COLLECTE DE LA FEUILLE DE COMPTAGE : _____														
NOM DU PROFESSIONNEL DE SANTÉ : _____ SIGNATURE DU PROFESSIONNEL DE SANTÉ : _____														
RÉPARTITION DES CAS PAR SEXE ET PAR TRANCHE D'ÂGE														
INFECTIONS OBSERVÉES	HOMMES						FEMMES						TOTALS	
	TRANCHE D'ÂGE :						TRANCHE D'ÂGE :							
	0-4	5-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35+	0-4	5-14	15-19	20-24	25-29		30-34
Écoulements urétraux/dysurie	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000
Ulcérations génitales : non vésiculaires	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000
Ulcérations génitales : vésiculaires	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000
Ophthalmie du nouveau-né	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000	00000
Total														
NOTE: CHAQUE FOIS QUE VOUS EXAMINEZ UN/UNE PATIENT(E), BARREZ UN DES ZÉROS ("0") DANS LA COLONNE ET LA LIGNE QUI CONVIENT AFIN DE PRÉCISER POURQUOI LE/LA PATIENT(E) A ÉTÉ EXAMINÉ(E). Vous ne devez déclarer que les nouveaux épisodes infectieux. Ainsi, lorsqu'un/une patient(e) a suivi un traitement pour une infection et qu'il/elle se rend au centre de santé pour un suivi, vous NE DEVEZ PAS déclarer ce cas, étant donné qu'il a déjà été enregistré quand le/la patient(e) est venu(e) au centre la fois précédente. Si toutefois il/elle revient au centre pour un autre (nouvel) épisode infectieux, vous devez déclarer ce nouveau cas en barrant un autre zéro														

ENSEMBLES DE DONNÉES DE SYNTHÈSE POUR LA DÉCLARATION DES EXAMENS BIOLOGIQUES (ÉTIOLOGIQUES) ET DES SYNDROMES CLINIQUES

**Ensemble de données minimales requises pour la déclaration à l'échelon national et la notification
aux organisations régionales**

1. Déclaration des examens biologiques (étiologiques)

Note : les centres de soins de santé mentionnés dans les tableaux qui suivent ne sont que des exemples. Le nom et le type des centres de soins varieront selon les pays. Les données collectées par les services de consultation prénatale devraient être reportées dans le tableau réservé aux femmes.

Données de surveillance des IST concernant les hommes

IST recherchée		Gonorrhée		Infection à Chlamydia		Syphilis	
		détectée	non détectée	détectée	non détectée	détectée*	non détectée
Centre de soins de santé (là où l'échantillon a été prélevé ou où le patient a été examiné) ; par exemple	Clinique C						
	Clinique D						
	Clinique E						
Total							
Total par tranche d'âge	0-4 ans						
	5-9 ans						
	10-14 ans						
	15-19 ans						
	20-24 ans						
	25-29 ans						
	30-34 ans						
	+35 ans						
inconnue							
Total par type de prélèvement	sanguin						
	urinaire						
	pénien						
	anal						
	oral						
	oculaire						
	non communiqué						

Note : *se reporter aux définitions de cas et préciser s'il s'agit d'un cas de syphilis précoce (E), de syphilis tardive (L), d'un cas présumé de syphilis congénitale (CP) ou d'un cas confirmé de syphilis congénitale (CC).

Données de surveillance des IST concernant les femmes

IST recherchée		Gonorrhée		Infection à Chlamydia		Syphilis		Infection à Trichomonas	
		détectée	non détectée	détectée	non détectée	détectée*	non détectée	détectée	non détectée
Centre de soins de santé (là où l'échantillon a été prélevé ou où la patiente a été examinée) ; <i>par exemple</i>	Service de consultation prénatale								
	Clinique C								
	Clinique D								
Total									
Total par tranche d'âge	0-4 ans								
	5-9 ans								
	10-14 ans								
	15-19 ans								
	20-24 ans								
	25-29 ans								
	30-34 ans								
	+35 ans								
	inconnue								
Total par type de prélèvement	sanguin								
	urinaire								
	vaginal								
	frottis de Pap.								
	oral								
	oculaire								
	non communiqué								

Note : *se reporter aux définitions de cas et préciser s'il s'agit d'un cas de syphilis précoce (E), de syphilis tardive (L), d'un cas présumé de syphilis congénitale (CP) ou d'un cas confirmé de syphilis congénitale (CC).

2. Déclaration des syndromes cliniques

Note : les centres de soins de santé mentionnés dans les tableaux qui suivent ne sont que des exemples. Le nom et le type des centres de soins varieront selon les pays.

Hommes

Syndrome clinique diagnostiqué		Écoulements urétraux/dysurie	Ulcérations génitales – non vésiculaires	Ulcérations génitales – vésiculaires
Centre de soins de santé (là où le patient a été examiné) ; <i>par exemple</i>	Clinique C			
	Clinique D			
	Clinique E			
Total				
Total par tranche d'âge	0-4 ans			
	5-9 ans			
	10-14 ans			
	15-19 ans			
	20-24 ans			
	25-29 ans			
	30-34 ans			
	+35 ans			
	inconnue			

Femmes

Syndrome clinique diagnostiqué		Ulcérations génitales – non vésiculaires	Ulcérations génitales – vésiculaires	Autres syndromes possibles
Centre de soins de santé (là où le patient a été examiné) ; <i>par exemple</i>	Clinique C			
	Clinique D			
	Clinique E			
Total				
Total par tranche d'âge	0-4 ans			
	5-9 ans			
	10-14 ans			
	15-19 ans			
	20-24 ans			
	25-29 ans			
	30-34 ans			
	+35 ans			
	inconnue			

