

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

DIRECTION NATIONALE
DE LA SANTÉ

DIVISION SANTÉ
DE LA REPRODUCTION

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi



PROCEDURES EN SANTÉ DE LA REPRODUCTION

COMPOSANTES COMMUNES

**GENRE / SANTÉ
&
INFECTIONS SEXUELLEMENT
TRANSMISSIBLES - VIH/SIDA**

Volume 2

Juin 2005

- Préface -

Le Mali a élaboré les premiers documents de Politique, des Normes et Procédures en Santé Familiale en 1987. En 1995, après la conférence du Caire sur la population et le développement, la quatrième conférence mondiale sur les femmes à Beijing, les documents ont été révisés pour les adapter au concept de la Santé de la Reproduction y compris la survie de l'enfant. Une autre révision a été faite en 1999 pour prendre en compte l'approche genre et la Santé de la Reproduction des Jeunes Adultes.

Pour le Mali, la Santé de la Reproduction est un aspect fondamental de la vie et concerne chaque individu. Elle est le reflet de la santé au cours de l'enfance et de l'adolescence. Elle est essentielle pendant la période d'activité génitale et conditionne également la santé des hommes et des femmes à un âge plus avancé.

L'objectif final de la santé de la reproduction est de permettre à chacun de vivre une sexualité responsable et aussi une reproduction sans crainte conformément aux réalités socioculturelles du Mali. Cet état de fait requiert un changement d'attitude des prestataires, une meilleure coordination des interventions, une opérationnalisation efficace des activités en vue de l'amélioration de l'accès et la qualité des services.

Dans la pratique, il y a un besoin continu de se mettre à jour. En effet, l'élargissement du nombre des intervenants du fait d'un engagement politique plus fort et surtout l'évolution des connaissances justifient la révision périodique des politiques, normes et procédures en matière de santé de la reproduction dans le but de garantir la qualité des prestations offertes.

De la dernière révision à ce jour, de nouvelles approches et stratégies ont été adoptées par le Mali et elles méritaient d'être intégrées dans les documents.

Le ministère de la santé, garant de la qualité des services, vient de réviser les politiques, normes et procédures avec l'appui de ses partenaires, comme outil de référence pour l'ensemble des prestataires.

Par conséquent, ces documents dynamiques doivent être largement diffusés et utilisés par tous les prestataires et gestionnaires de programme à tous les niveaux d'une manière adéquate afin d'offrir des services de qualité à la population malienne.

Le Ministre de la Santé


Dr MAÏGA Zeïnab Mint Youba



Remerciements

Le Ministère de la Santé remercie les partenaires au développement :

- ▶ USAID
- ▶ UNFPA
- ▶ OMS
- ▶ UNICEF

de leur appui technique, financier et matériel pour l'élaboration et l'utilisation des premiers documents de Normes et Procédures de SMI/PF et pour la révision des documents de Politique, Normes et Procédures de Santé de la Reproduction au Mali.

Il remercie le programme santé USAID/Assistance Technique Nationale (ATN), INTRAHealth International, John Snow Incorporated (JSI), Save the Children et le Programme santé USAID/Kénéya Ciwara pour l'assistance technique et financière apportées lors des révisions des documents de Politique, Normes et Procédures de Santé de la Reproduction intégrant toutes les nouvelles approches et initiatives de la Santé de la Reproduction retenues par le Mali.

Ces remerciements vont également à toutes les personnes ressources du secteur public et des ONG pour les efforts fournis lors des révisions des dits documents.

Il est reconnaissant à tous ceux qui ont bien voulu faire des commentaires pour l'amélioration de la qualité de ces documents, sans oublier le personnel de soutien (secrétaires, chauffeurs) pour son apport inestimable.

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| - Préface - | 2 |
| Remerciements | 3 |
| Abréviations | 6 |
| Introduction | 7 |
| Guide d'utilisation | 10 |
| I. Genre & Santé | 12 |
| A. Concept de Communication pour le Changement de Comportement (CCC) | 13 |
| 1. Définition..... | 13 |
| 2. Processus du changement de comportement..... | 13 |
| B. Communication interpersonnelle (CIP) | 14 |
| 1. Causerie éducative..... | 14 |
| 2. Counseling..... | 15 |
| 3. Visite à domicile..... | 16 |
| C. Soins liés à l'approche 'Genre & Santé' | 17 |
| 1. Définition " Concept Genre "cf. annexe 5..... | 17 |
| Genre et Santé..... | 17 |
| 2. Prise en charge des pratiques néfastes à la santé de la reproduction..... | 18 |
| 2.1. Etapes de la consultation..... | 18 |
| a. Accueillir le (la) client(e)..... | 18 |
| b. Mener l'interrogatoire et faire l'enregistrement..... | 18 |
| c. Procéder à l'examen du (de la) client(e)..... | 18 |
| 2.2. Prise en charge des cas..... | 20 |
| a. Excision..... | 20 |
| 3. Fiches techniques..... | 26 |
| 4. Algorithmes genre et santé..... | 30 |
| II. IST/VIH/SIDA | 37 |
| A. Concept de communication pour le changement de comportement (CCC)/Communication interpersonnelle (CIP): Cf. Genre & Santé | 38 |
| 1. Counseling spécifique en IST..... | 38 |
| 2. Counseling pour le dépistage volontaire du VIH..... | 39 |
| B. Promotion des préservatifs | 44 |
| 1. Principaux avantages du préservatif..... | 44 |
| 2. Fiche Technique: port du préservatif masculin..... | 45 |
| 3. Fiche technique: retrait du préservatif masculin..... | 45 |
| 4. Fiche technique: Port et retrait du préservatif féminin..... | 46 |
| C. Prise en charge des cas d'IST et des partenaires | 46 |
| 1. Accueil..... | 46 |
| 2. Interrogatoire/Enregistrement..... | 46 |
| 3. Examen physique..... | 47 |
| 4. Examens complémentaires..... | 49 |
| 5. Diagnostic syndromique..... | 49 |

| | |
|---|-----------|
| 6. Notification du résultat | 50 |
| 7. Prise en charge | 50 |
| 8. Visite de suivi: | 60 |
| D. Prise en charge des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA | 62 |
| 1. Définitions | 62 |
| 2. Signes | 62 |
| 3. Etapes de la prise en charge | 62 |
| Annexes | 78 |
| Annexe 1: Conditions et principes d'une causerie | 78 |
| Annexe 2: Qualités d'un bon animateur | 78 |
| Annexe 3 : Certificat de viol | 79 |
| Annexe 4 : Liste des médicaments proposés pour le traitement des affections opportunistes pulmonaires | 80 |
| Annexe 5: Le Concept de Genre et sa Signification pour la Santé de la Reproduction | 80 |
| Glossaire | 84 |
| Fiche de suivi des procédures des services de santé de la reproduction | 86 |
| Liste des participants | 89 |
| Bibliographie | 90 |

Abréviations

| | | |
|--------|---|--|
| ARV | : | Anti rétroviraux |
| ATCD | : | Antécédent |
| BK | : | Bacille de Koch |
| CAT | : | Conduite à tenir |
| CCC | : | Communication pour le changement de comportement |
| CCV | : | Contraception chirurgicale volontaire |
| CESAC | : | Centre d'écoute, de soins, d'appui et de conseils |
| Cf. | : | Conférer |
| CIP | : | Communication interpersonnelle |
| CSCOM | : | Centre de santé communautaire |
| CSREF | : | Centre de santé de référence |
| Hg | : | Mercure |
| ISO | : | International organisation for standardisation |
| IST | : | Infections sexuellement transmises |
| IVD | : | Intraveineuse directe. |
| MIP | : | Maladie inflammatoire du pelvis |
| mm | : | Millimètre |
| mn | : | Minute |
| PE | : | Pair éducateur |
| PEC | : | Prise en charge |
| PI | : | Prévention des infections |
| PNLS | : | Programme national de lutte contre le sida |
| RV/RDV | : | Rendez-vous |
| SAT | : | Sérum anti-tétanique |
| SIDA | : | Syndrome d'immunodéficience acquise |
| SR | : | Santé de la reproduction |
| SRAJ | : | Santé de la reproduction des adolescents et des jeunes |
| TA | : | Tension Artérielle |
| VAT | : | Vaccin Anti Tétanique |
| VIH | : | Virus de l'immunodéficience humaine |
| WC | : | Water Closet (toilette) |

Introduction

Au Mali, la situation sanitaire et sociale est caractérisée par des niveaux de morbidité et de mortalité élevés malgré les efforts déployés par le gouvernement. Il en est résulté des implications et conséquences très lourdes pour les femmes, les adolescents et jeunes et les enfants à cause de leur vulnérabilité et de l'insuffisance des mesures concrètes prises à leur endroit. En effet, selon EDS III – 2001, le taux de mortalité maternelle est de 582 pour 100 000 naissances vivantes ; le taux de mortalité infantile est de 113 pour 1 000 ; le taux de mortalité néonatale est de 57 pour 1 000 et la couverture sanitaire est à 68% dans un rayon de 15 km (annuaire du système local d'information sanitaire 2002).

Cet état de fait est lié essentiellement à :

- L'insuffisance de couverture en infrastructures socio sanitaires, dotées de moyens adéquats ;
- La faible accessibilité aux services de santé de qualité ;
- L'insuffisance d'accès aux médicaments essentiels y compris les contraceptifs ;
- L'insuffisance des ressources humaines face aux besoins ;
- L'inadéquation de la gestion des ressources humaines ;
- Des pratiques socioculturelles et des comportements néfastes à la santé des groupes vulnérables.

Aussi pour améliorer la situation sanitaire et sociale, le Ministère de la Santé tenant compte des importants acquis de la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé et de population procédera désormais à une approche globale du développement sanitaire et social dite approche – programme dans le cadre de son nouveau plan décennal de développement sanitaire et social.

Dans le souci de fournir des prestations de qualité correspondant aux besoins prioritaires des populations, les documents de Politique, Normes et Procédures en santé de la reproduction ont été révisés et doivent servir de cadre de référence pour l'ensemble des intervenants.

Ils doivent servir également de guide opérationnel au personnel socio sanitaire dans l'offre du paquet minimum d'activités. Ils comprennent essentiellement deux parties :

- La Politique et les Normes des services ;
- Les procédures.

1. La Politique et les Normes des Services

La politique définit la mission de la santé de la reproduction, indique les bénéficiaires, décrit les activités, les prestataires et les responsabilités pour l'offre des services de qualité

Les normes précisent les types de services offerts, les conditions minimales acceptables de performance et les qualifications requises exigées pour chaque service offert.

Les documents de Politique et Normes sont destinés principalement aux décideurs, aux gestionnaires de services, aux superviseurs, aux responsables des ONG et associations intervenant dans le secteur public et privé pour leur permettre de mieux définir et organiser leurs interventions en matière de Santé de la Reproduction à différents niveaux.

2. Les Procédures

Elles décrivent les gestes logiques nécessaires et indispensables à l'offre des services de qualité par les prestataires.

Le but principal de ces procédures est d'aider les prestataires à offrir des services de qualité. Ils doivent alors être largement diffusés et constamment utilisés pour résoudre les problèmes de santé de la reproduction

Ils sont destinés à **tous les prestataires** des services de Santé de la Reproduction (relais, matrones, infirmiers, sages femmes, assistants médicaux et médecins). Ils seront également utilisés par les **formateurs, les superviseurs**, et ceux qui sont chargés de gérer et d'évaluer les programmes de santé de la reproduction.

Ces documents intègrent les éléments de la Santé de la Reproduction traduisant ainsi le souci de promouvoir la santé de la femme, de l'enfant, la santé des jeunes adultes et les droits en matière de Santé de la Reproduction, notamment à travers les approches innovatrices.

Les procédures doivent être régulièrement «adaptés et mis à jour» afin qu'ils soient toujours utiles. Ces procédures sont élaborées pour préciser les activités, les tâches logiques et chronologiques requises pour l'exécution des services de santé de la reproduction à chaque niveau de la pyramide sanitaire en tenant compte des droits des clients.

Pour s'assurer que les procédures seront utilisées de manière efficace, elles ont été élaborées en cinq (5) volumes et selon les composantes de la classification des activités menées en SR afin de faciliter leur accès aux prestataires.

❖ **Volume 1 : Composantes d'appui.**

- Communication pour le changement de comportement ;
- Assurance qualité ;
- Prévention des infections.

❖ **Volume 2 : Composantes communes.**

- Genre et santé ;
- IST/VIH-SIDA.

❖ **Volume 3 : Planification familiale.**

❖ **Volume 4 : Volet santé de la femme.**

- Soins prénatals ;
- Soins pernatals ;
- Soins postnatals ;
- Soins après avortement (SAA) ;
- Affections gynécologiques et dysfonctionnement sexuels chez la femme.

❖ **Volume 5 : Volet santé de l'enfant.**

- Survie de l'enfant ; PCIME.

❖ **Volume 6 : Volet santé des jeunes et santé de l'homme.**

- Santé de la reproduction des adolescents et des jeunes (SRAJ) ;
- Dysfonctionnements sexuels et pathologies génitales chez l'homme.

Le présent volume traite essentiellement les informations sur les composantes suivantes :

- Genre & santé ;
- Les infections sexuelles transmises (IST) et le VIH/SIDA.

Dans ce volume ont été intégrées toutes les nouvelles approches et initiatives ; notamment toutes informations sur :

- La notion de communication pour le changement ;
- Les problèmes liés à l'excision et à ses conséquences.
- La trithérapie.

Guide d'utilisation

Ces **procédures** indiquent les étapes et les gestes cliniques nécessaires à suivre pour l'offre des services de qualité en matière de santé de la reproduction au Mali. Elles découlent de la politique et des normes des services définis par le Ministère de la Santé.

Chaque volume comprend :

- Une introduction ;
- Un guide d'utilisation ;
- Les procédures de santé de la reproduction et ses différentes sections
- Les annexes ;
- Un glossaire.

Les différentes parties des procédures sont rédigées sous forme de :

- **Succession de gestes logiques à suivre** par le prestataire de service dans la prise en charge des patients ;
- **Description de la prise en charge** des pathologies ou complications par niveau ;
- **Fiches techniques** ;
- **Algorithmes**.

L'application de ces procédures doit tenir compte du niveau de compétence du prestataire et du niveau de la structure socio sanitaire où celui-ci exerce. La prise en charge des pathologies et complications est décrite par niveau de structure.

Certaines parties de ces procédures sont élaborées sous forme d'algorithme, ou d'arbres de décision, ou encore d'ordinogrammes.

L'algorithme est la représentation graphique d'un raisonnement systématique, étape par étape, à partir d'un problème donné, jusqu'à l'aboutissement à une ou plusieurs solutions ; ce dans le but de standardiser le diagnostic et le traitement des patients pour toutes sortes d'affections.

Le principe des algorithmes est fonctionnel surtout lorsque les problèmes abordés sont simples, ou lorsque les moyens d'action sont limités, par manque de ressources : manque de temps, manque d'infrastructure ou de compétences.

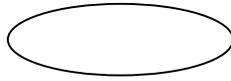
A chaque étape, un éventail d'options est proposé et les niveaux de décision sont identifiés.

Les algorithmes ont été conçus pour être clairs, faciles à comprendre et faciles à utiliser. C'est pourquoi ils se composent de figures géométriques.

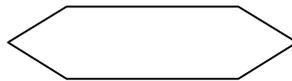
Ces figures géométriques varient selon qu'elles représentent un problème clinique identifié, des signes et symptômes, une prise de décision ou une action à adopter.

Chaque algorithme fonctionne selon les étapes suivantes :

- **L'identification du problème clinique** représenté par une ellipse



- **Les signes et/ou symptômes qui se manifestent chez le/la patient (e)**, représentés par un prisme



- **La Prise de décision et l'adoption d'une action thérapeutique** représentées par un rectangle



N.B : Les algorithmes doivent être lus de haut en bas et généralement de gauche à droite.

L'utilisateur devra lire attentivement ces procédures afin de se familiariser avec les différents gestes et procédés cliniques qui y sont décrits. Ces documents permettront aux prestataires, aux formateurs, aux superviseurs d'harmoniser leurs prestations et d'améliorer la qualité des services.

Ces procédures seront mises à jour périodiquement, afin que les étapes et gestes décrits soient toujours valides. Les utilisateurs devront signaler aux superviseurs et aux autorités médicales régionales et nationales les procédés qui devraient être révisés.

I. Genre & Santé

A. Concept de Communication pour le Changement de Comportement (CCC)

1. Définition

C'est un processus qui consiste à échanger des idées ou des informations avec soi-même ou avec une ou plusieurs personnes, afin d'apporter le savoir, le savoir-faire et le savoir être nécessaires pour un changement de comportement.

La communication ne se limite pas à l'échange d'informations, d'idées, de sentiments, mais vise à faire adopter par la population cible un nouveau comportement qui contribuera à améliorer sa condition de vie et sa santé.

C'est un ensemble d'interventions orientées vers des groupes préalablement ciblés pour obtenir et/ou renforcer un comportement favorable devant contribuer à résoudre un ou des problèmes.

C'est une discipline appuyant des programmes et projets de développement.

2. Processus du changement de comportement

Le changement de comportement est un processus long. Chaque individu a son rythme qui lui est propre pour adopter un comportement donné. Pour adopter un comportement précis, l'individu passe par les étapes suivantes :

Etape 1 : Connaissance

- Se souvient de tel ou tel message.
- Comprend ce que signifient les messages.
- Peut nommer des produits, des méthodes ou d'autres pratiques et/ou des ressources, des services.

Etape 2 : Approbation

- Réagit favorablement aux messages.
- Parle des messages et du sujet avec des personnes de son entourage (famille, amis).
- Approuve la pratique.
- Incite la famille, les amis et la communauté à approuver la pratique.

Etape 3 : Intention

- Se rend compte que certaines pratiques de la santé peuvent répondre à un besoin personnel.
- A l'intention de consulter un prestataire.
- A l'intention d'adopter une pratique sanitaire à un moment donné.

Etape 4 : Pratique

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

Etape 5 : Plaidoyer

- Pratique la méthode et en reconnaît les avantages.

- Conseille la pratique à d'autres.
- Soutient des programmes dans la communauté.

B. Communication interpersonnelle (CIP)

Les formes de CIP couramment utilisées en SR sont la causerie éducative et le counseling.

1. Causerie éducative

1.1. Définition

La causerie est une technique d'animation de groupe qui consiste en un entretien entre un animateur et un groupe de personnes en vue d'apporter des messages précis à ce groupe pour un changement ou renforcement de comportement.

Elle vise toujours un changement de comportement. Dans une séance de causerie, l'animateur utilise souvent des supports visuels ou audiovisuels.

1.2. Etapes

a. Phase préparatoire

- Prendre rendez-vous en accord avec la population cible ;
- Informer les autorités locales ;
- Repérer un lieu : espace suffisant, bien aéré, calme, loin des distractions ;
- S'assurer de la disponibilité du lieu ;
- Planifier des heures convenables ;
- Choisir un thème simple et unique en fonction des besoins du groupe cible et des priorités sanitaires du moment ;
- Formuler les objectifs de la causerie ;
- Se documenter sur le thème choisi ;
- Ecrire le contenu de la causerie en choisissant des mots simples (fiches techniques) ;
- Ecrire un résumé succinct de l'exposé ;
- Préparer la traduction des mots clés en langue locale ;
- Préparer tout le matériel nécessaire à l'avance (fiches techniques, affiches, dépliants, échantillons...) ;
- Préparer le lieu pour la séance de causerie.

b. Phase d'exécution

- Accueillir et installer l'auditoire ;
- Saluer l'assistance ;
- Se présenter ;
- Mettre l'auditoire à l'aise ;
- Annoncer le thème du jour ;
- Annoncer les objectifs de la causerie ;
- Evaluer les connaissances de l'auditoire sur le sujet, en posant des questions simples ;
- Développer le thème à voix assez haute sans parler de trop de choses à la fois selon la méthodologie choisie ;
- Soutenir les informations par les supports audio-visuels ;
- Inviter le groupe à poser des questions sur le sujet ;

- Evaluer la causerie à partir des objectifs fixés ;
- Faire le résumé de la causerie.

c. Phase de clôture

- Remercier l'auditoire ;
- Fixer le prochain rendez-vous ;
- Négocier ou annoncer le prochain thème et le lieu ;
- Compter le nombre de participants ;
- Remplir les supports de collecte de données de causerie ;
- Ranger le matériel.

N.B :

- **Les mêmes étapes sont valables pour toutes les composantes de la santé de la reproduction.**
- **Une séance de causerie ne doit pas dépasser 20 mn.**
- **Ne pas s'engager à traiter plusieurs thèmes à la fois.**
- **Le nombre de participants ne devrait pas dépasser 15 personnes.**

Toute activité de causerie requiert des conditions et principes : [Cf. annexe 1](#)

2. Counseling

2.1. Définition

C'est un processus au cours duquel une personne aide une autre à identifier et à choisir une solution à son problème.

Le counseling est un entretien conseil, un tête-à-tête qui a lieu dans un endroit calme et discret.

2.2. Etapes

a. Souhaiter la bienvenue

- Accueillir chaleureusement le ou la client(e) :
 - Saluer le ou la client(e) ;
 - Offrir un siège au ou à la client(e) ;
 - Se présenter et demander le nom du ou de la client(e) ;
 - Mettre le (la) client(e) en confiance et à l'aise ;
 - Demander ce que vous pouvez faire pour lui (elle) ;
- Assurer la confidentialité :
 - Assurer au (à la) client(e) que l'entretien sera privé et confidentiel.

b. S'entretenir avec le (la) client(e)

- Montrer sa disponibilité par une écoute attentive ;
- Laisser la cliente exprimer son problème entièrement ;
- Demander des informations si nécessaires ;
- Poser des questions pouvant aider le (la) client(e) à se rappeler de certaines informations qu'il (elle) avait oubliées ;
- Faire un résumé de l'ensemble des informations données.

c. Présenter les alternatives de solutions possibles (Les solutions sont en rapport avec le problème posé)

- Proposer les solutions possibles ;

- Discuter avec le/la (la) client(e) les avantages et les limites des solutions possibles.

d. Aider le (la) client(e) à prendre une décision

- Explorer avec le/la (la) client(e) les conséquences de sa décision.

e. Donner un rendez-vous

- Donner le rendez-vous au/à la (à la) client(e) selon son cas.

N.B : Les étapes du counseling sont identiques pour les autres composantes de la santé de la reproduction sauf pour la planification familiale, les IST-VIH/SIDA et la SRAJ (se référer aux chapitres de ces différentes composantes).

3. Visite à domicile

3.1. Définition

La visite à domicile est une activité de la communication interpersonnelle qui consiste à rendre visite à un homme ou à une femme à domicile en vue de résoudre un problème précis ou prodiguer des conseils. Ceci pour :

- Bien comprendre les situations qui sont à l'origine des problèmes de la personne ou des personnes visitées ;
- Partager avec les personnes tout ce qu'elles doivent connaître ;
- S'assurer que les personnes ont compris les conseils et peuvent les mettre en pratique.

Pour ce faire, on organise de temps en temps, des visites à domicile pour aider les gens à résoudre leurs problèmes de santé, discuter avec eux et surtout encourager les clients qui sont soit sous méthodes contraceptives, perdus de vue ou suivis pour d'autres raisons.

3.2. Etapes de la visite à domicile

a. Préparer la visite à domicile

- Identifier la personne ou la famille ;
- Etablir le but ;
- Réfléchir à la question ;
- Revoir ses connaissances en fonction du but de la visite à domicile (se documenter) ;
- Choisir et préparer le matériel qui pourrait être utilisé lors de la visite à domicile (cahiers, affiches, brochures, dépliants, contraceptifs etc.) ;
- Consulter si possible le dossier familial des clients pour aider à fixer avec plus de précision les buts de la visite à domicile et aborder les problèmes par ordre de priorité ;
- Avertir la famille ou la personne.

b. Exécuter la visite à domicile

- Procéder aux salutations d'usage ;
- Se présenter si nécessaire ;
- Echanger des propos sur un sujet autre que celui qui motive la visite pour mettre l'interlocuteur en confiance ;
- Introduire le sujet de la visite ;

- Poser le problème avec calme ;
- Ecouter attentivement l'interlocuteur sans répondre lors de son intervention ;
- Eviter d'écrire si possible ;
- Poser des questions de clarification ;
- Prodiguer des conseils sans se substituer aux clients ;
- Montrer les aides visuelles si nécessaire ;
- Référer au centre de santé les cas qui le nécessitent ;
- Fixer le prochain rendez-vous ;
- Remercier et prendre congé ;
- Au retour, tenir à jour les supports de collecte de données et faire une auto évaluation.

N.B :

La CCC est une activité transversale pour toutes les composantes de santé de la reproduction.

Les activités de CCC requièrent des qualités d'un bon animateur [Cf. annexe 2](#) .

C. Soins liés à l'approche 'Genre & Santé'

1. Définition " Concept Genre " cf. annexe 5

Le terme "sexe" se réfère aux différences biologiques entre les hommes et les femmes. Par contraste, le terme "genre" se réfère aux caractéristiques des hommes et des femmes qui sont socialement et culturellement déterminées. Ceci veut dire que les hommes et les femmes apprennent pendant leur vie des comportements, des rôles et des responsabilités liés à leur genre dans le contexte de leurs sociétés.

Genre et Santé

Au Mali, le concept de "Genre et Santé" regroupe un ensemble de mesures visant à promouvoir l'épanouissement de l'homme et de la femme et tenant en compte les paramètres suivants :

- Prise de décision de façon responsable en matière de sexualité et de procréation ;
- Accès aux informations et aux services de santé de la reproduction à ceux ou celles qui le désirent ;
- Droit de disposer de son corps.

Le genre influence la santé car les différences liées au genre, surtout les différences dans l'accès aux ressources pour les hommes et les femmes, aboutissent souvent à un déséquilibre dans:

- La vulnérabilité aux maladies;
- L'état général de santé, surtout l'état de santé de la reproduction;
- La morbidité et la mortalité ;
- La qualité des soins reçus ;
- L'accès aux soins de santé.

Le genre influence donc la santé et l'équité à l'accès aux soins de santé.

Un certain nombre de pratiques en relation avec les questions de "Genre et Santé" (les pratiques néfastes, les violences et les tabous nutritionnels) sont

prises en charge au niveau des formations sanitaires. Dans ces cas les étapes de la consultation seront orientées en fonction de la demande du (de la) client(e) et de son âge.

2. Prise en charge des pratiques néfastes à la santé de la reproduction

2.1. Etapes de la consultation

a. Accueillir le (la) client(e)

- Saluer chaleureusement le (la) client(e);
- Souhaiter la bienvenue ;
- Offrir un siège ;
- Se présenter au (à la) client(e);
- Demander son nom ;
- Rassurer par rapport à la confidentialité.

b. Mener l'interrogatoire et faire l'enregistrement

- Recueillir les informations d'ordre général (nom, prénom, âge, statut matrimonial, profession etc....) ;
- Demander le motif de la consultation ;
- Noter les antécédents médicaux, chirurgicaux, familiaux ;
- Si femme, noter :
 - les ATCD gynécologiques, obstétricaux ;
 - les ATCD d'excision ;
 - l'état vaccinal ;
 - les signes fonctionnels : dyspareunie, frigidité, vaginisme, dysurie, etc...

c. Procéder à l'examen du (de la) client(e)

- Examen physique du (de la) client(e) :
 - Préparer le matériel nécessaire pour l'examen ;
 - Expliquer au client (à la cliente) le déroulement de l'examen ;
 - Se laver les mains et les sécher avec un linge individuel propre et sec;
 - Aider le (la) client (e) à s'installer ;
 - Pratiquer l'examen général ;
 - Prendre les constantes : TA, pouls, poids, température... ;
 - Examiner les conjonctives ;
 - Si femme examiner les seins : pour rechercher des masses, une modification de consistance, un écoulement mammaire etc.;
 - Palper l'abdomen (foie, rate) à la recherche d'une masse ou d'une sensibilité ;
 - Faire une auscultation cardiaque (recherche de bruit, souffles anormaux) ;
 - Faire l'examen des membres inférieurs (douleurs, œdèmes, chaleur, varices) ;
- Procéder à l'examen gynécologique :
 - Expliquer à la femme le but de cet examen ;

- S'assurer de la vacuité de la vessie et du rectum ;
- Aider la femme à s'installer en position gynécologique ;
- Se laver les mains au savon, les essuyer avec une serviette propre et individuelle ou les sécher à l'air libre ;
- Porter des gants stériles ou désinfectés à haut niveau ;
- Inspecter les organes génitaux externes à la recherche de lésions (grattages, cicatrices d'excision etc.) ou d'écoulement ;
- Faire un examen au spéculum si possible pour détecter une rougeur cervico-vaginale, un écoulement, une ulcération ;
- Mettre le spéculum dans la solution de décontamination ;
- Faire un examen bi manuel pour apprécier l'état du col, des annexes et de l'utérus ;
- Faire un toucher rectal au besoin (pour apprécier l'état de l'utérus, des annexes et des paramètres) ;
- Tremper les mains gantées dans la solution de décontamination ;
- Enlever les gants et les mettre dans la solution de décontamination ;
- Se laver les mains au savon ;
- Aider la femme à se relever et à s'habiller ;
- Informer la cliente des résultats de l'examen ;
- Enregistrer les résultats de l'examen sur les registres ou fiches opérationnelles et carnets ;
- Demander les examens complémentaires au besoin ;
- Prescrire le VAT en préventif ;
- Prescrire un traitement curatif ou référer si nécessaire ;
- Donner le prochain rendez-vous en insistant sur l'importance du respect de la date de rendez-vous ;
- Informer la cliente sur la nécessité de revenir au centre à tout moment en cas de besoin ;
- Remercier la cliente, l'accompagner et lui dire au revoir ;
- Référer les cas compliqués.

NB : En cas d'excision examiner les organes génitaux pour apprécier la nature des lésions et préciser le type d'excision.

2.2. Prise en charge des cas

a. Excision

L'excision est une pratique sociale et traditionnelle liée au genre qui exprime des valeurs associées au rôle de la femme et à l'identité désirable d'une femme.

Elle est néfaste à la santé des femmes car elle entraîne des complications médicales (physiques et psychologiques) nuisibles à la santé de la reproduction et au bien-être des femmes et des couples.

❖ Définition

C'est l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toutes autres interventions sur les organes génitaux féminins pratiquées pour des raisons culturelles ou autres et non à des fins thérapeutiques.

❖ Complications

- Hémorragies ;
- Choc hémorragique et choc vagal ;
- Douleurs ;
- Infections ;
- Tétanos ;
- Rétention d'urine ;
- Incontinence d'urine etc...

❖ Conduite à tenir

- Vérifier l'état vaccinal :
 - Si vaccinée, faire le vaccin anti-tétanique (rappel) ;
 - Si non vaccinée, faire le sérum anti-tétanique et la 1ère dose de vaccin anti-tétanique ;
- Pour la prise en charge des cas (hémorragie, infections, douleurs, choc, incontinence urinaire) voir algorithme ;
- Référer les autres cas cités plus haut.

❖ Séquelles

- Obstruction des voies génitales ;
- Dysurie ;
- Dysménorrhée (règles douloureuses) ;
- Kyste, abcès de la vulve, brides vulvaires ;
- Chéloïdes, neurinome clitoridien ;
- Hématocolpos ;
- difficultés d'accouchement, fistule vésico-vaginale ou recto – vaginale ;
- Descente d'organes (rectocèle, cystocèle) ;
- Dyspareunie, frigidité, vaginisme ;
- Anxiété, dépression etc.

❖ **Prise en charge des complications liées à l'excision****Hémorragie****a. Définition**

C'est une perte plus ou moins abondante de sang survenant à la suite de la pratique de l'excision.

b. Signes /symptômes

- Écoulement de sang ;
- Signes de gravité : sueurs froides, soif, perte de connaissance, choc.

c. Prise en charge par niveau

| Niveaux | Conduite à tenir |
|------------------------------|--|
| Village/communautaire | <ul style="list-style-type: none"> • Rassurer • Faire le counselling • Orienter d'urgence |
| CSCom | <p>Sans gravité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assurer l'hémostase : application d'un hémostatique et faire une suture au besoin • Donner un antalgique (paracétamol) et un antibiotique (amoxicilline) en fonction du poids et de l'âge • Prendre une voie veineuse avec cathéter et sécuriser • Vérifier l'état vaccinal ; faire le SAT et/ou le VAT au besoin • Contrôler la TA, le pouls <p>Si amélioration :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Continuer le traitement et le counseling <p>Si pas d'amélioration (apparition de signes de gravité) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idem PEC hémorragie sans gravité • Informer les parents de la nécessité de la référence • Conseiller aux parents de prévoir de l'argent et des donneurs de sang • Avertir la structure de référence • Remplir une fiche de référence et • Référer en urgence (faire un accompagnement médicalisé) |
| CSRéf | <ul style="list-style-type: none"> • Idem CSCOM • Administrer le Ringer lactate • Faire un groupage/rhésus, taux d'hémoglobine, et hématokrite, • Donner antalgique Paracétamol matin midi et soir) et antibiotique (amoxicilline) • Faire le counseling spécifique pour l'abandon de l'excision |
| Hôpitaux | Idem CSREF |

Choc

a. Définition

Le choc est un état dans lequel on observe une chute de la tension artérielle systolique au-dessous de 80 mm Hg associée ou non à des troubles de la conscience de degré variable.

b. Signes

- Pouls rapide et faible (rythme supérieur ou égal à 110/mn) ;
- Faible tension artérielle (systolique inférieure à 80 mm/Hg) ;
- Pâleur (surtout l'intérieur des paupières, les paumes des mains ou autour de la bouche) ;
- Sueurs, respiration rapide (respiration supérieure ou égale à 30/mn), anxiété, confusion ou perte de connaissance.

c. Gestes d'urgence

- Prendre **rapidement une voie veineuse et sécuriser** ;
- **Demander** du sang iso groupe iso rhésus ;
- Initier le traitement étiologique en même temps que la réanimation cardio-vasculaire.

d. Prise en charge par niveau

| Niveaux | Conduite à tenir |
|-----------------------|--|
| Village/communautaire | <ul style="list-style-type: none"> • Rassurer • Orienter d'urgence |
| CSCom | <ul style="list-style-type: none"> • Faire coucher la patiente en décubitus dorsal en position déclive • Prendre une voie veineuse au cathéter avec du sérum salé isotonique ou Ringer lactate et sécuriser • Assurer l'hémostase : application de <i>pommade</i> hémostatique <i>Ercé</i> et faire une suture au besoin • Administrer le SAT et le VAT si l'intéressée n'est pas vaccinée • Surveiller pouls, TA. <p>Si pas d'amélioration :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informer les parents de la nécessité de la référence • Conseiller aux parents de prévoir de l'argent et des donneurs de sang • Informer la structure de référence • Remplir une fiche de référence • Référer en urgence (faire un accompagnement médicalisé) |
| CSRéf | <ul style="list-style-type: none"> • Idem CSCom • Donner de l'oxygène • Faire un groupage/rhésus • Faire la transfusion iso groupe iso rhésus au besoin • Réexaminer la plaie et assurer l'hémostase au besoin • Donner antalgique (paracétamol) et antibiotique (amoxicilline) • Faire le counseling |
| Hôpitaux | Idem CSREF |

Incontinence urinaire

a. Définition

C'est l'incapacité temporaire ou permanente de retenir les urines (fuite d'urines) suite à des lésions urétrales.

b. Signes

- Pertes d'urines involontaires.

c. Prise en charge par niveau

| Niveaux | Conduite à tenir |
|-----------------------|---|
| Village/communautaire | <ul style="list-style-type: none"> • Rassurer • Faire le counseling • Orienter |
| CSCoM | <ul style="list-style-type: none"> • Assurer les mesures d'hygiènes : <ul style="list-style-type: none"> ○ Faire un bain de siège aux antiseptiques (permanganate ou bétadine diluée à 1/10^{ème}) ○ Placer une sonde à demeure • Faire le counseling • Référer |
| CSRéf | <ul style="list-style-type: none"> • Idem CSCoM • Réexaminer la fillette pour confirmer l'incontinence urinaire • Eliminer une fistule <p>S'il n'y a pas de lésions organiques visualisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tenter la correction par la rééducation : demander à la fillette d'exécuter volontairement les gestes de contractions périnéale et éventuellement de stopper une miction volontaire <p>Si les mesures ci dessus sont inefficaces et ou s'il existe des lésions organiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Référer |
| EPH | <ul style="list-style-type: none"> • Idem CSRéf • Demander consultation spécialisée en urologie • Traiter selon l'étiologie : <ul style="list-style-type: none"> ○ plastie de l'urètre ; ○ sphinctéroplastie ; ○ rééducation etc. |

Infections

a. Définition

C'est l'invasion du site de l'excision par des micro-organismes de nature variée.

b. Signes/symptômes

- Fièvre, frissons,
- Rougeur et douleur locales,
- Ecoulement de pus, etc ...

c. Prise en charge par niveau

| Niveaux | Conduite à tenir |
|-----------------------|---|
| Village/communautaire | <ul style="list-style-type: none"> • Rassurer • Faire le counseling • Orienter |
| CSCom | <ul style="list-style-type: none"> • Rassurer • Examiner • Appliquer un traitement local avec un antiseptique doux (betadine gynécologique) • Donner antibiotique oral (amoxicilline) suivant une posologie adaptée pendant 7 jours • Faire la sérovaccination anti-tétanique selon le statut vaccinal • Faire le counseling <p>Si pas d'amélioration :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informer les parents de la nécessité de la référence • conseiller aux parents de prévoir de l'argent • informer la structure de référence • Référer |
| CSRéf | <ul style="list-style-type: none"> • Idem niveau CSCOM • Demander des examens complémentaires • Prendre en charge selon l'étiologie <p>Si pas d'amélioration :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Référer d'urgence |
| Hôpitaux | <ul style="list-style-type: none"> • Idem niveau CSRéf • Faire un prélèvement de pus + antibiogramme • Traiter |

Sténose et obstruction des voies génitales

a. Définition

C'est le rétrécissement ou la fermeture complète de l'orifice vaginal consécutif à l'excision.

b. Signe/symptômes

- Impossibilité de rapport sexuel ;
- Fermeture quasi totale de la vulve ;
- Trouble de la miction dans les formes extrêmes.

c. Prise en charge par niveau

| Niveaux | Conduite à tenir |
|-----------------------|---|
| Village/communautaire | <ul style="list-style-type: none"> • Rassurer • Orienter |
| CSCom | <ul style="list-style-type: none"> • Faire le counseling • Référer. |
| CSRéf | <ul style="list-style-type: none"> • Idem niveau CSCOM • Pratiquer la désinfibulation • Donner un antibiotique + antalgique <p>Si difficultés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Référer |
| Hôpitaux | <ul style="list-style-type: none"> • Idem CSRéf • Pratiquer la plastie vulvaire pour les formes compliquées |

Fistule vésico-vaginale ou fistule recto vaginale ou fistule vésico-recto vaginale

a. Définition

C'est une communication entre la vessie et le vagin ou entre le rectum et le vagin ou entre la vessie, le rectum et le vagin, pouvant survenir à la suite de la mutilation, de la désinfibulation ou de la réinfibulation, des rapports sexuels ou d'accouchement dystocique.

L'incontinence urinaire ou fécale qui en résulte peut durer toute la vie et elle peut avoir des conséquences sociales graves.

b. Signes/symptômes

- Pertes d'urine et/ou de selles par le vagin.

c. Prise en charge par niveau

| Niveaux | Conduite à tenir |
|-----------------------|---|
| Village/communautaire | <ul style="list-style-type: none"> • Rassurer • Orienter |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Faire bain de siège au permanganate de potassium dilué à 1/10^e • Pratiquer les mesures d'hygiène (utilisation de garnitures propres) • Faire le counseling • Référer. |
| CSRéf | <ul style="list-style-type: none"> • Idem CSCOM |
| Hôpitaux | <ul style="list-style-type: none"> • Idem CSRéf • Demander des examens complémentaires • Faire le traitement chirurgical. |

3. Fiches techniques

3.1. Types d'excision

Type I (clitoridectomie) : Ablation du prépuce avec ou sans ablation de la totalité ou d'une partie du clitoris.

Type II (excision) : Ablation du clitoris avec ablation partielle ou totale des petites lèvres.

Type III (infibulation) : Ablation de la totalité des petites lèvres et des 2/3 des grandes lèvres et suture/rétrécissement de l'ouverture vaginale.

Type IV : diverses pratiques non classées telles que :

- la ponction, le percement ou l'incision du clitoris et/ou des lèvres, l'étirement du clitoris et/ou des lèvres ;
- la cautérisation par brûlure du clitoris et des tissus environnants ;
- la scarification des tissus qui entourent l'orifice vaginal ou l'incision du vagin ;
- l'introduction de substances ou d'herbes corrosives dans le vagin pour provoquer un saignement ou pour le resserrer et toute autre pratique entrant dans la définition des mutilations génitales féminines citée plus haut.

Les pratiques décrites ci-dessus sont irréversibles et leurs conséquences durent toute la vie.

3.3. Désinfibulation

a. Préparation

Sauf en cas d'accouchement imminent, on doit prendre le temps d'expliquer en quoi consiste la désinfibulation. Des planches anatomiques d'une vulve normale et d'une vulve infibulée peuvent être montrées (Livre d'images universel de la naissance), les bénéfices de la désinfibulation expliqués ainsi que les changements que cela va entraîner en ce qui concerne la miction, les règles et les rapports sexuels.

b. Type d'anesthésie (dépend du moment où elle est réalisée)

Pendant la grossesse (au cours du deuxième trimestre) : On préférera une anesthésie générale ou une rachianesthésie pour éviter le risque de causer un traumatisme psychologique dû au souvenir de l'infibulation que la femme a subie dans son enfance.

Pendant le travail : Analgésie péridurale.

Au moment de l'expulsion : Analgésie péridurale ou anesthésie locale.

c. Technique

- Nettoyer la vulve avec un antiseptique.
- Introduire un doigt dans l'orifice vulvaire, et le faire glisser à l'arrière de la cicatrice jusqu'en bas. Si l'entrée est trop étroite pour même admettre un doigt, les pointes fermées d'une pince hémostatique peuvent être introduites pour élargir le passage.
- Une incision verticale est réalisée le long de la cicatrice jusqu'en haut, en étant attentif à protéger le méat urétral et éventuellement le clitoris qui peut être présent même dans les formes sévères d'infibulation.
- Des sutures hémostatiques sont réalisées pour réunir bord à bord les berges de chaque côté afin d'éviter à nouveau, une cicatrisation des tissus entre eux. Ceci peut être un surjet ou quelques points séparés avec un fil fin absorbable.

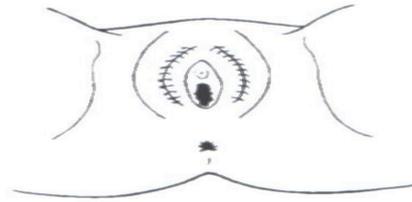
d. Soins post-opératoires :

- Conseiller à la femme de faire une toilette vulvaire deux fois par jour dans les jours qui suivent ;
- S'assurer que les deux bords ne se ressoudent pas en passant un doigt ou une compresse au milieu de la vulve.
- Appliquer des gazes de tulle gras si des zones à vif persistent toujours après la désinfibulation ;
- Apporter un soutien psychologique.

e. Complications

Rarement, il peut survenir une incapacité réflexe à uriner qui peut être traitée par sondage de la vessie pour la nuit et des analgésiques.

fig. 3. Désinfibulation

fig. 4. Point d'hémostase après
Incision antérieure désinfibulation

b. Violences

Les violences physiques sont de deux types : les femmes battues (enceintes ou non enceintes) et les viols.

❖ Femmes battues

- Accueil (se référer au chapitre accueil).
- Interrogatoire (se référer au chapitre interrogatoire).
- Examen physique (se référer au chapitre examen physique) :
- La démarche du diagnostic est fonction de la partie lésée ;
- La prise en charge est fonction du type de traumatisme et du type des lésions.

Si la femme est enceinte

- Faire un examen physique et obstétrical pour apprécier l'impact de la violence sur le fœtus ;
- Référer au besoin.

❖ Les viols

Chez la petite fille

- **Examen physique** : rechercher les traces de violences.
- **Examen gynécologique**
 - Examiner les organes génitaux externes (en présence des parents) à la recherche de lésions au niveau de l'hymen et ou du douglas ;
 - Au besoin faire un prélèvement vaginal pour recherche de spermatozoïdes.
- **Conduite à tenir**
 - Prescrire un traitement curatif (anti-inflammatoire, antiseptique, antibiotique) ;
 - Proposer un dépistage chez la jeune fille (VIH) au moment de son examen ensuite 3 mois après et un autre 6 mois après.
 - Etablir un certificat de viol [Cf Annexe 3](#) ;

- Référer au besoin.

N.B : En cas de viol chez le petit garçon, rechercher les lésions anales.

Chez la femme

- **Examen physique** : apprécier l'état général de la femme.
- **Examen gynécologique**
 - Rechercher des lésions au niveau du col, du vagin et particulièrement au niveau du douglas ;
 - Au besoin faire un prélèvement pour recherche de spermatozoïdes.
- **Conduite à tenir** : elle se fait selon :
 - Le traumatisme présenté ;
 - L'état clinique ;
- Proposer un dépistage VIH chez la femme au moment de son examen ensuite 3 mois après et un autre 6 mois après.
- Référer au besoin.

N.B : Dans tous les cas, assurer la prise en charge psychologique : counseling, suivi et visite à domicile.

c. Tabous nutritionnels

Chez l'enfant

- Se référer à l'éducation nutritionnelle du volet survie de l'enfant ;
- Donner des conseils à la mère.

Chez la nouvelle mariée et la femme enceinte

- Donner des conseils d'hygiène alimentaire.

d. Mariages précoces et grossesses

- Si grossesse, référer à la consultation prénatale pour une meilleure prise en charge. **cf. volume 6**

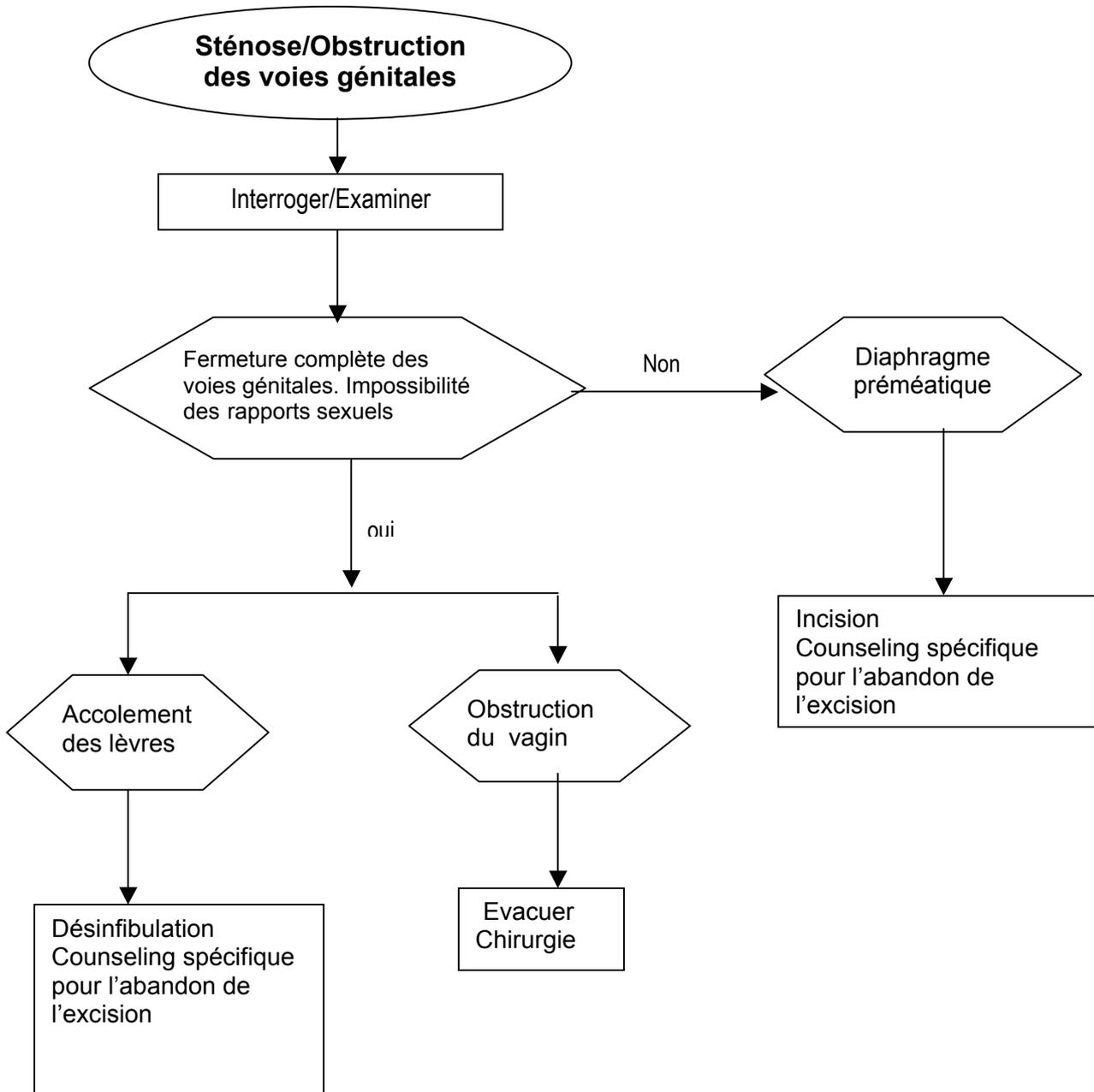
e. Lévirat et sororat

- Conseil pour le dépistage volontaire du VIH avant le mariage.

f. Déviations sexuelles : pédophilie

- Référer en milieu spécialisé.

4. Algorithmes genre et santé



CHOC



CSCOM

- ❖ Faire coucher le patient en décubitus dorsal
- ❖ Aérer la salle
- ❖ Abord veineux avec cathéter et grosses molécules
- ❖ Faire la Ventilation bouche à bouche
- ❖ Surélever les jambes
- ❖ Faire un Pansement compressif
- ❖ Surveiller pouls, TA,
- ❖ Référer en bas.



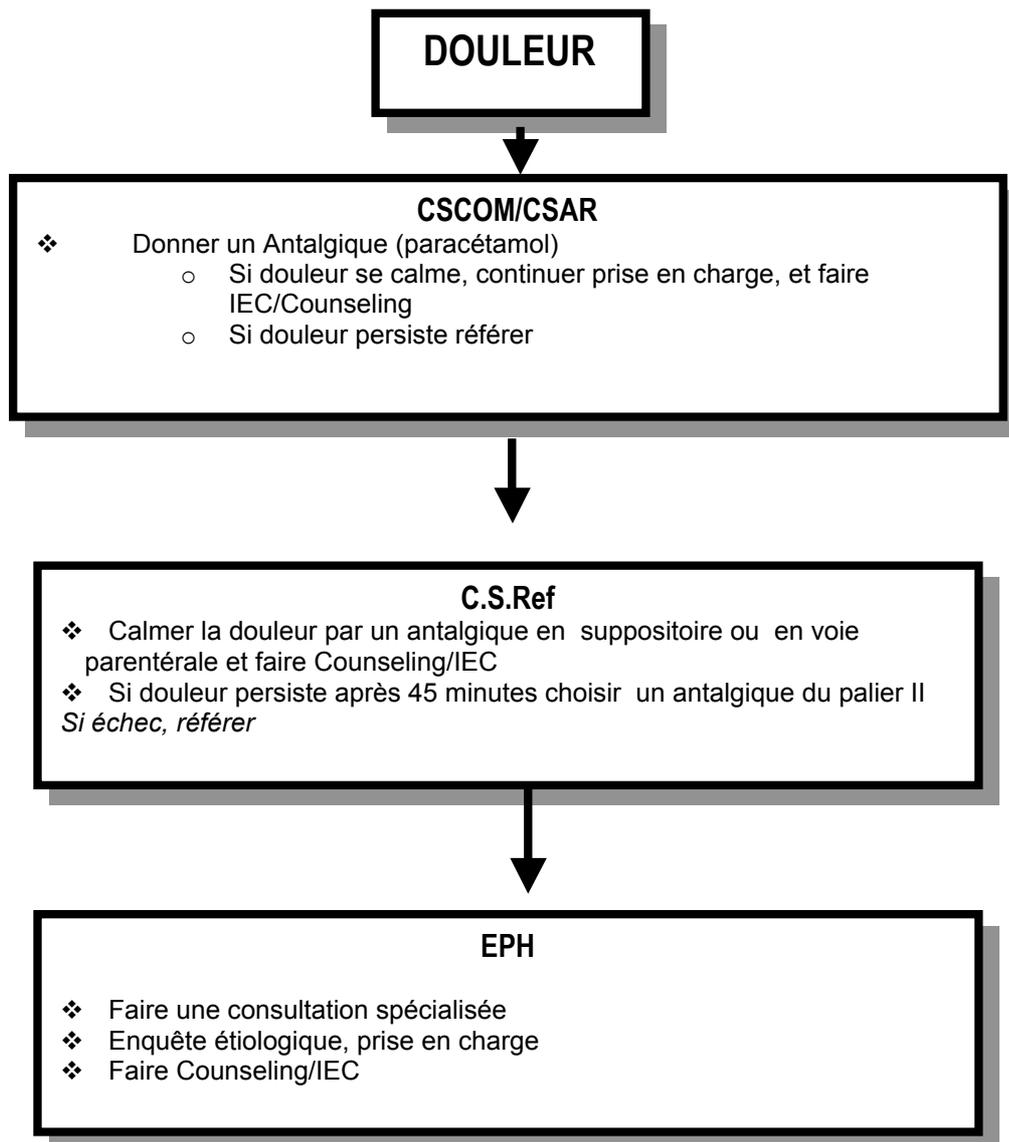
C.S.Ref

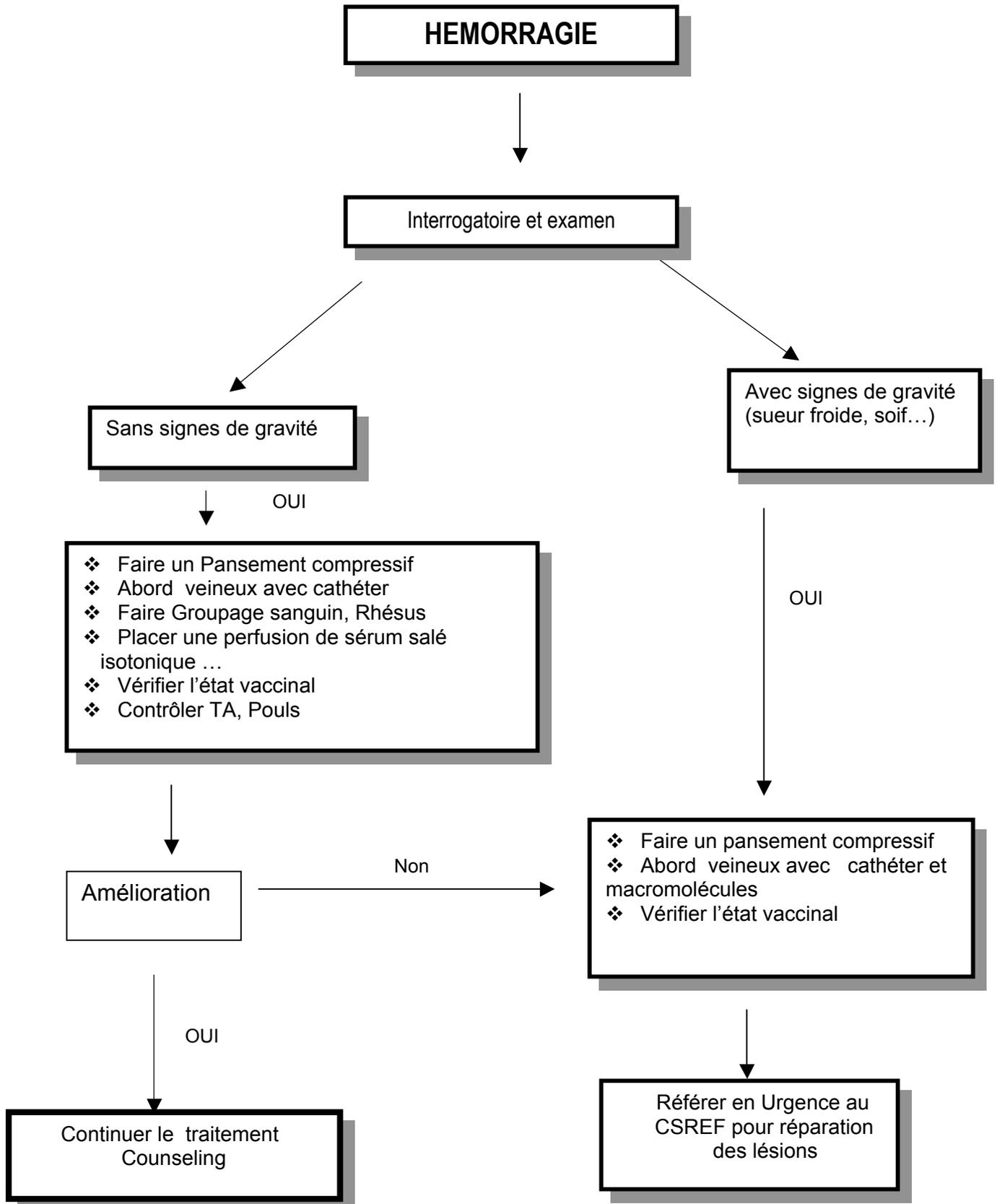
- ❖ Abord veineux (2 voies veineuses avec cathéter et grosses molécules) si possible abord veineux central
 - ❖ Surveiller pouls, Tension artérielle
 - ❖ Réanimer
 - ❖ Faire la suture
- Si choc persiste référer***

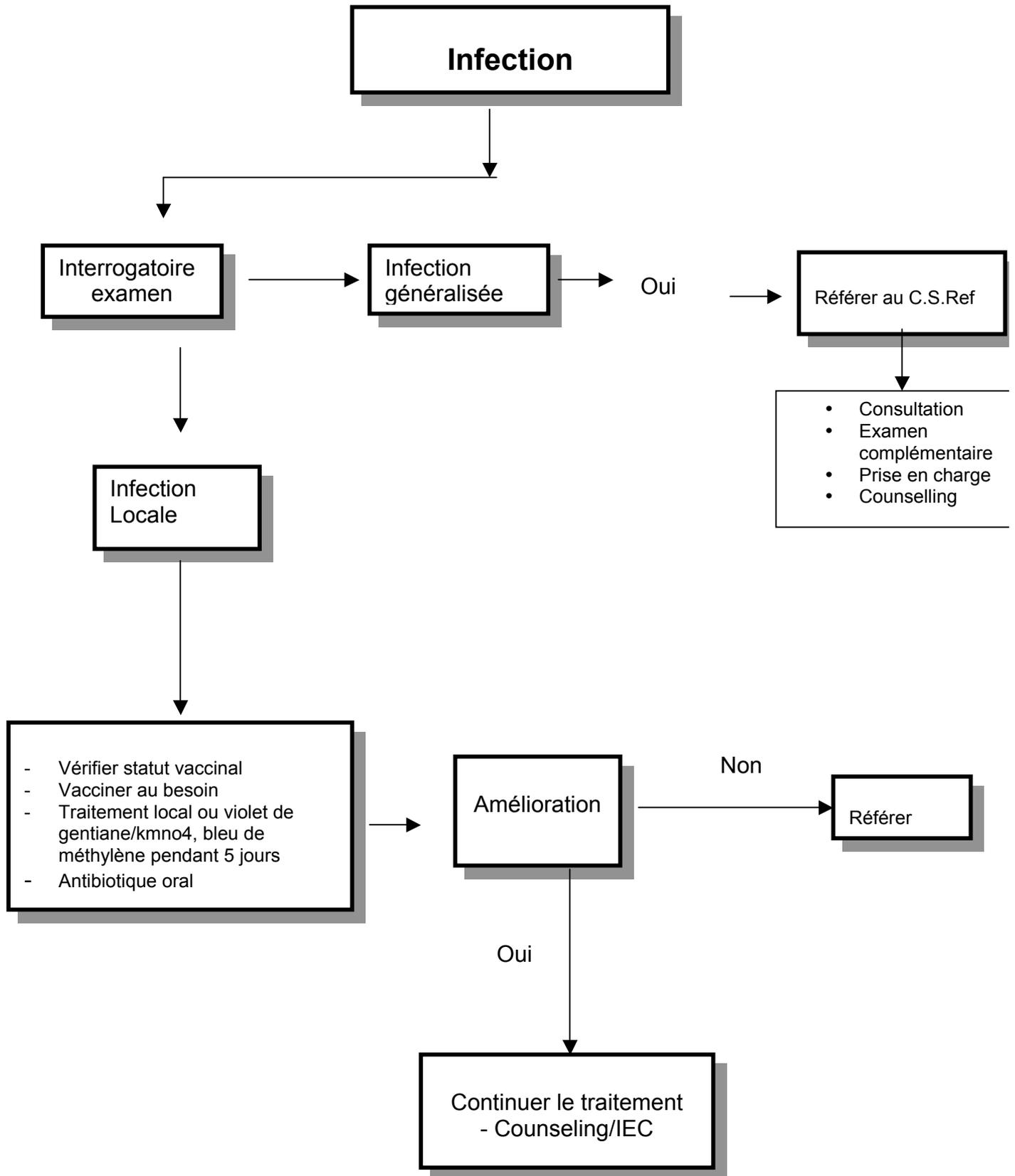


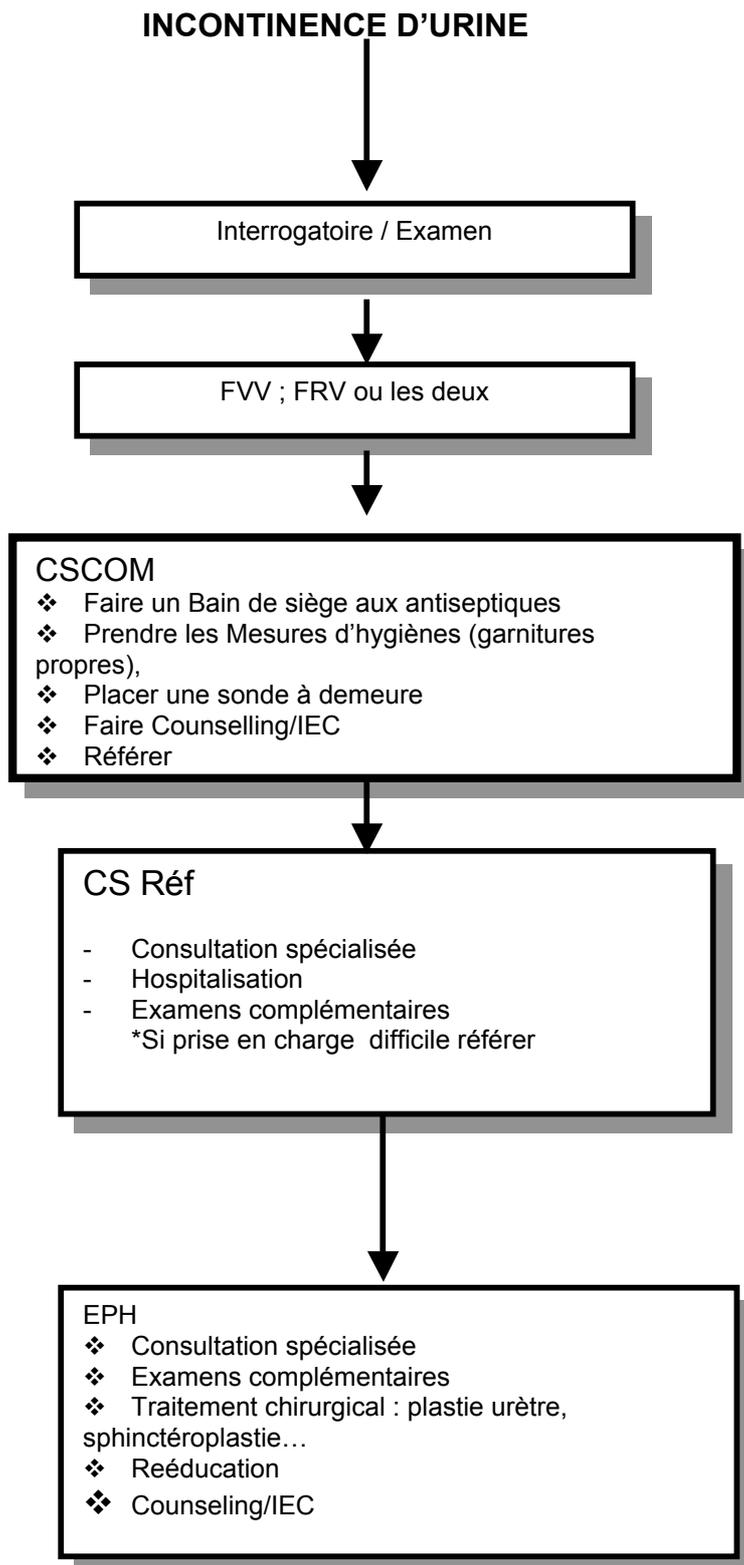
EPH

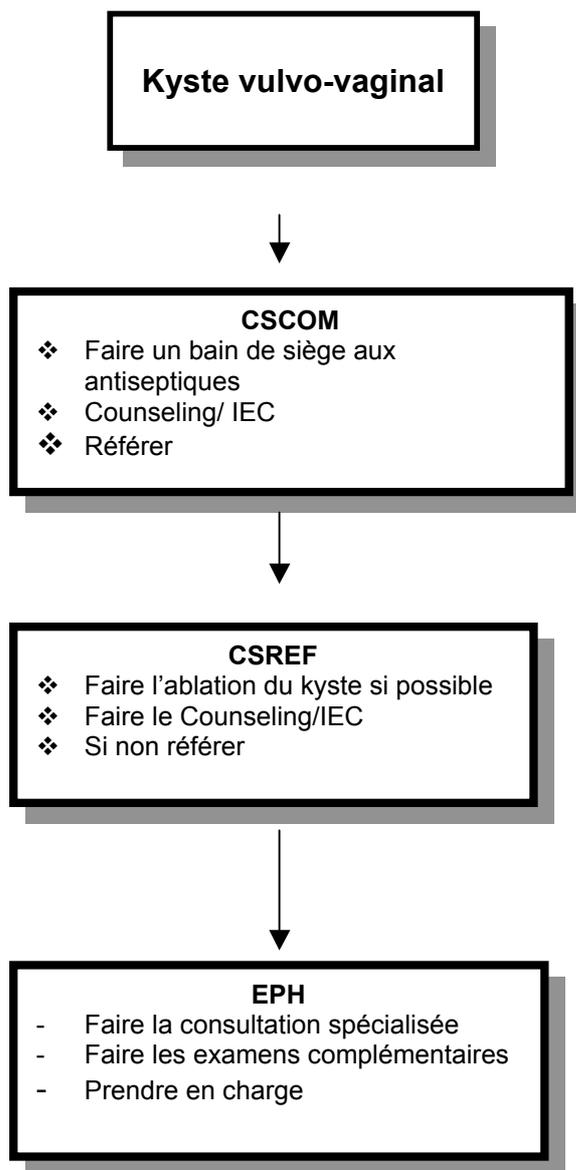
- ❖ Urgence
- ❖ Abord veineux avec cathéter
- ❖ Groupe sanguin Rhésus
- ❖ Surveiller pouls, Tension artérielle
- ❖ Faire la suture
- ❖ Réanimer et prise en charge étiologique











II. IST/VIH/SIDA

A. Concept de communication pour le changement de comportement (CCC)/Communication interpersonnelle (CIP) : Cf. Genre & Santé

1. Counseling spécifique en IST

Il a pour objectifs de:

- Amener le (la) patient (e) à adopter des comportements positifs permettant de minimiser les risques d'infection
- Permettre aux prestataires de service de conseiller les patients souffrant d'IST à suivre un traitement et à adopter de nouveaux comportements en matière de relation sexuelle afin de prévenir de nouvelles IST et d'endiguer la propagation du VIH/SIDA.

Etapes et activités du counseling

| Étapes | Activités |
|---|---|
| Bienvenue Accueillir le/la patient (e) | <ul style="list-style-type: none"> • Accueillir chaleureusement le (la) patient (e) ou le couple • Prendre quelques minutes pour mettre le (la) patient (e) à l'aise : cela l'encourage à se détendre et à donner davantage d'informations |
| Entretien Avec le/la patient (e) pour recueillir les informations nécessaires | <ul style="list-style-type: none"> • Demander au (à la) patient (e) la raison de sa visite. • Demander l'âge, le statut matrimonial, l'orientation culturelle et la motivation de la visite du (de la) patient (e) en toute impartialité. • Recueillir les informations médicales de base pour s'assurer qu'il n'y a pas de contre-indications à ce que le (la) patient (e) reçoive un traitement quelconque. • Informer le (la) patient (e) qu'on sera amené à parler de sujets délicats sur son passé ou son présent • Interroger le (la) patient (e) au sujet : <ul style="list-style-type: none"> ○ de son comportement sexuel ; ○ de l'utilisation de drogues ; ○ du comportement sexuel de son partenaire ; ○ des autres facteurs de risque personnelle ; ○ de son mode de protection habituel. • Encourager le (la) patient (e) à discuter de ses expériences préalables avec les services de PF/IST. • Demander au (à la) patient (e) ce qu'il sait au sujet des IST et comment elles se propagent. • Demander au (à la) patient (e) s'il utilise actuellement le condom. |
| Renseigner Le (la) patient (e) sur les IST | <ul style="list-style-type: none"> • Être direct, spécifique et utiliser des mots simples. • Expliquer au (à la) patient (e) les signes, les complications et les conséquences de l'IST dont il souffre. • Mettre l'accent sur les points les plus importants dont le patient doit se rappeler. • Dire au (à la) patient (e) comment prévenir l'infection de son/sa partenaire. • Expliquer le besoin d'examiner et de traiter le/la partenaire. • Informer le (la) patient (e) au sujet d'autres IST et comment les prévenir. • Discuter des options en matière de prévention des IST. • Utiliser des supports IEC tel que des dépliants, des brochures |

| Étapes | Activités |
|--------|--|
| | ainsi que des échantillons pour mettre l'accent sur les points importants. |

| Étapes | Activités |
|---|---|
| Choix Aider le (la) patient (e) à comprendre son niveau de risque et à planifier des modifications de son comportement | <ul style="list-style-type: none"> • Informer le (la) patient (e) sur le niveau de son risque, sans lui faire peur. • Discuter des changements de comportement que le (la) patient (e) peut effectuer pour prévenir une réinfection. |
| Expliquer Le traitement et la prévention de la réinfection au (à la) patient (e) | <ul style="list-style-type: none"> • Expliquer le traitement et la prise des médicaments. • Demander au (à la) patient (e) de répéter toutes les instructions. • Expliquer au (à la) patient (e) comment les condoms peuvent le (la) protéger contre la réinfection . • Apprendre au (à la) patient (e) comment utiliser les condoms. • Encourager le (la) patient (e) à poser des questions ou à révéler. toutes ses préoccupations non résolues. |
| Référer | <ul style="list-style-type: none"> • Donner les instructions spécifiques pour la visite de suivi. • S'assurer que le (la) patient (e) sait qui contacter s'il (elle) a des questions. • Référer le (la) patient (e) à la clinique spécialisée pour des soins de suivi au besoin. Pour la plupart des patients, la structure sanitaire la plus proche de leur domicile est la meilleure option. |

2. Counseling pour le dépistage volontaire du VIH

2.1. Counseling pré dépistage

Le counseling pré dépistage se fait au moment de l'interrogatoire /enregistrement.

Les étapes sont :

- Evaluer les connaissances et les facteurs psychosociaux ;
- Evaluer le risque ;
- Explorer les convictions socioculturelles ;
- Prendre **une** décision.

a. Évaluer les facteurs psychosociaux et connaissances du (de la) client (e) sur le VIH/SIDA

- Discuter avec le (la) client(e) à propos de ses connaissances concernant les modes de transmission du VIH/SIDA et de l'évolution de la maladie ;
- Discuter avec le (la) client (e) à propos de ses croyances vis à vis de l'infection à VIH/SIDA ;
- Identifier les raisons qui ont amené le (la) client(e) à demander le test ;

- Discuter avec le (la) client (e) des antécédents en matière des tests de VIH et des changements de comportements possibles en fonction des résultats ;
- Identifier les symptômes qui laissent présumer une possible infection ;
- Permettre au (à la) client (e) d'exprimer ses réactions face à un résultat positif ou négatif ;
- Rechercher avec le (la) client (e) les personnes susceptibles de lui fournir un soutien sur le plan affectif et social ;

b. Évaluer les risques

- Identifier les comportements qui exposent le (la) client (e) aux risques de contracter le VIH/SIDA ;
- Rechercher l'exposition/comportement à risque le plus récent (quand ? avec qui ? dans quelle circonstance ?) ;
- Rechercher les comportements à risque du (de la) partenaire ;
- Explorer l'utilisation du préservatif ;
- Évaluer le niveau de communication avec le (la) partenaire ;
- Faire un récapitulatif des antécédents du (de la) client (e) et des questions relatives aux risques.

c. Évaluer les convictions socioculturelles

- Identifier les différentes interprétations du SIDA et de la mort dans le milieu social du (de la) client (e) ;
- Rechercher la signification du rapport sexuel hors mariage et dans les situations d'interdits ;
- Discuter des appréciations du (de la) client (e) par rapport à l'utilisation du préservatif ;
- Discuter de la compréhension d'un comportement responsable (abstinence, fidélité, utilisation du préservatif) ;

d. Aider le (la) client (e) à prendre une décision

- Expliquer au (à la) client (e) les résultats possibles du test ;
- Discuter des avantages de savoir son statut sérologique ;
- Identifier les croyances, les comportements et sentiments mitigés en ce qui concerne le test et ses résultats ;
- Déterminer si le (la) client (e) est résolu (e) à faire le test.

2.2. Remplissage de la fiche de sérologie

La fiche de sérologie doit être remplie en respectant la confidentialité.

2.3. Rendez-vous

Le rendez-vous est donné au (à la) client (e) pour venir chercher le résultat au sein de l'unité où il (elle) a reçu le counseling.

Quelques attitudes possibles du (de la) client (e) pendant le counseling pré dépistage et conduite à tenir

| Situations | Signes (Comment reconnaître ?) | Conduite à tenir (Que faire ?) |
|---|--|--|
| Patient (e) anxieux (se) | <ul style="list-style-type: none"> • Il (elle) peut parler beaucoup ; • Il (elle) peut être silencieux (se); • Il (elle) peut avoir parfois des gestes incontrôlés ou être irritables. | <ul style="list-style-type: none"> • L'encourager à bien communiquer lentement ; • Le (la) revoir aussi souvent qu'il (elle) le souhaite ; • L'inciter à faire le dépistage. |
| Patient (e) ayant un faux espoir sur le test | <ul style="list-style-type: none"> • Il (elle) a une adhésion manifeste sur toute la ligne avec le prestataire ; • Il (elle) a tendance à refuser la notion de risque ; • Il (elle) attribue le risque à d'autres personnes. | <ul style="list-style-type: none"> • Essayer de focaliser l'entretien sur le (la) patient (e) avec patience et fermeté ; • L'aider à élaborer son plan de réduction de risque ; • L'exhorter à respecter ce plan ; • L'inciter à faire le test de dépistage. |
| Patient (e) convaincu (e) de sa séropositivité | <ul style="list-style-type: none"> • Il (elle) est souvent évasif (ve) ; • Il (elle) a tendance à se culpabiliser ; • Il (elle) appelle souvent au secours en utilisant les termes suivants (Que vais-je faire ? Que dois-je faire ? Docteur aidez-moi ?) | <ul style="list-style-type: none"> • L'aider à élaborer son plan de risque ; • L'encourager à mettre en œuvre son plan ; • L'inciter à faire le test de dépistage ; • L'inciter à vous voir assez souvent. |

2.4. Counseling post dépistage

Le conseil après le test, porte sur le résultat du test puis sur le soutien à apporter au (à la) client (e). Il permet également au (à la) client(e) de voir qu'il (elle) n'est pas isolé (e) une fois que le diagnostic de séropositivité au VIH est connu.

a. Conditions de l'annonce

En général le counseling post-dépistage est facile si le counseling pré-dépistage a été bien mené.

L'annonce obéit aux règles suivantes :

- Se fait dans un bref délai et dans un endroit confidentiel ;

- S'attendre à un choc et reconnaître sa réalité ;
- Proposer et apporter un soutien psychosocial ;
- Préconiser le traitement.

b. Déroulement d'une séance de counseling post-dépistage

La démarche pour annoncer le résultat du test est la suivante :

- Mettre le dossier du (de la) client(e) sur la table ;
- Accueillir et mettre en confiance le (la) client(e) ;
- Faire l'entretien face à face dans un cadre garantissant son caractère confidentiel ;
- Revoir ce que le (la) client(e) a retenu du counseling pré dépistage en insistant sur les résultats possibles du test et se rassurer que le (la) client (e) est prêt à recevoir son résultat ;
- Annoncer tout de suite le résultat ;
- Matérialiser le résultat par le bulletin (montrer le bulletin) ;
- Faire silence et laisser la personne réagir ;
- Observer bien le (la) client(e) pour évaluer ses réactions, ses sentiments et préparer le type de soutien nécessaire et la manière par laquelle il faut continuer l'entretien ;
- Interpréter et expliquer le résultat.

c. Annoncer un résultat négatif

Lors de l'annonce, il faut :

- Expliquer au (à la) client(e) que le test VIH n'est pas une vaccination ; s'il s'expose au risque il peut devenir séropositif ;
- Faire comprendre au (à la) client(e) la notion de séroconversion et la nécessité de faire un autre test pour confirmer le premier résultat si la durée d'exposition au risque est inférieure à 3 – 6 mois ;
- Demander au (à la) client(e) si il (elle) est prêt (e) à informer son partenaire et de l'amener éventuellement à faire le test.
- Responsabiliser le (la) client(e) par rapport à la conservation de sa sero négativité ;
- Amener le (la) client(e) à comprendre et à informer les autres que le dépistage est l'un des moyens de prévention du VIH.

d. Annoncer un résultat positif

L'annonce du résultat positif respecte les étapes suivantes :

- Faire l'annonce simplement : « les résultats du test sont revenus, le test est positif » ;
- Laisser à l'intéressé (e) le temps d'absorber le choc ;
- Occupez-vous en premier lieu des réactions immédiates du (de la) client (e) qui doit retrouver le contrôle de soi (réactions de type choc, incapacité de parler, colère, tristesse, peur, découragement (culpabilité, hystérie, déni, etc.) ;
- Montrez que vous comprenez et acceptez cette réaction et que vous soutenez le (la) client (e). Encouragez le (la) à exprimer ses sentiments : « **que ressentez-vous ?** » et « **vos sentiments sont tout à fait naturels, la plupart des personnes ressentent cela au début** ». Ce sont des phrases clés ;
- Tentez de résoudre avec le (la) client (e) les problèmes suscités ;

- Commencer le suivi médical en faisant une consultation en vue de constituer un dossier médical ;
- Informer le (la) client (e) des lieux d'offre de services, de l'existence d'association de personnes vivant avec le VIH et d'autres formes d'auto supports.
- Donner rendez-vous dans les 72 heures pour :
 - évaluer l'état psychologique du (de la) client (e);
 - discuter de l'administration de l'ARV ;
 - discuter de l'environnement social (partenaire, famille, communauté) ;

B. Promotion des préservatifs

Les préservatifs permettent aux gens d'avoir des rapports sexuels protégés en empêchant tout contact avec les sécrétions vaginales, le sperme ou le sang.

L'usage des préservatifs est particulièrement important si une personne a des rapports sexuels avec plus d'un partenaire ou avec un partenaire qui a d'autres partenaires sexuels. Cependant, il ne suffit pas de savoir que les préservatifs sont importants ; les patients doivent aussi savoir comment s'en servir correctement et à l'occasion de tout contact sexuel à risque.

Beaucoup de gens résistent à l'idée d'utiliser le préservatif, non seulement à cause de son coût mais aussi de l'embarras lié au fait d'en acheter. Certains pensent que les préservatifs gâchent les rapports sexuels ou qu'ils sont trop grands ou trop petits.

De plus, il existe souvent des mythes les concernant, comme des rumeurs selon lesquelles les préservatifs sont inefficaces ou sont eux-mêmes contaminés par les IST ou le VIH. On les associe parfois aussi aux rapports sexuels illicites, plutôt qu'au fait de les utiliser avec un partenaire régulier.

1. Principaux avantages du préservatif

- Il prévient la transmission des IST, y compris le VIH, en empêchant tout contact avec les sécrétions vaginales, le sperme, les ulcérations génitales, ou le sang contaminé ;
- Il contribue à éviter les grossesses ;
- Le (la) patient (e) n'est pas obligé d'attendre que les plaies causées par les IST guérissent avant d'avoir des rapports sexuels.
- Les femmes se sentent plus propres à l'intérieur.
- Le (la) client (e) se sent plus en sécurité et a moins de soucis.
- Beaucoup d'hommes peuvent prolonger les rapports sexuels quand ils portent un préservatif.
- On lave moins les draps.

2. Fiche Technique : port du préservatif masculin

- Accueillir le (la) client (e) avec respect et amabilité ;
- Offrir au (à la) client (e) un siège ;
- Expliquer au (à la) client (e) que :
 - Chaque condom ne doit être utilisé qu'une seule fois et doit être jeté dans un endroit hors de la portée des enfants ;
 - Les condoms ne doivent pas être entreposés dans les endroits chauds ou humides tels qu'un porte-monnaie car cela pourrait affaiblir le latex et il pourrait se déchirer durant les rapports sexuels ;
 - Le condom doit être utilisé uniquement avec un lubrifiant hydrosoluble ;
 - Il doit vérifier la date sur l'emballage du condom, (les condoms sont bons pour 5 ans après la date de fabrication) ;
 - Le condom ne doit pas être utilisé si l'emballage est déchiré ou s'il semble endommagé ou écaillé ;
 - Il doit placer le condom sur le pénis en érection avant tout contact sexuel car le sperme pré éjaculatoire peut couler du pénis avant l'éjaculation ;
 - Si le condom se déchire ou fuit pendant les rapports sexuels, il doit le remplacer immédiatement ;
 - Il doit toujours avoir des condoms disponibles ;
 - Il doit faire attention en ouvrant l'emballage du condom de façon à ne pas le déchirer. Lui dire de ne pas utiliser les dents, des ciseaux ou d'autres objets tranchants ou pointus pour ouvrir l'emballage ;
 - Il ne doit pas dérouler le condom avant de le mettre sur le pénis ;
 - S'il n'est pas circoncis il faudra qu'il tire le prépuce du pénis vers l'arrière ;
- Démontrer comment utiliser un condom à l'aide d'un modèle anatomique en insistant sur la manière de :
 - presser le bout du condom tout en le mettant sur le bout du pénis ;
 - Continuer à presser le bout du condom tout en le déroulant jusqu'à ce qu'il couvre entièrement le pénis.

3. Fiche technique : retrait du préservatif masculin

- Expliquer qu'après l'éjaculation et avant que le pénis ne se ramollisse, il doit tenir le bord du condom tout en se retirant du vagin ;
- Démontrer comment faire glisser le condom hors du pénis sans faire verser le liquide (sperme) ;
- Expliquer qu'il doit faire un nœud avec le condom et ensuite le jeter dans les latrines ou WC hors de la portée des enfants ;
- Dire au client de se laver les mains après avoir jeté le condom ;
- Permettre au client de répéter les instructions et de pratiquer le port et le retrait du condom sur le modèle anatomique pour s'assurer qu'il a compris ;
- Demander au client s'il a des questions ou des préoccupations ;
- Fournir des condoms au client.

4. Fiche technique : Port et retrait du préservatif féminin

- Avoir un mannequin et un échantillon ;
- Utiliser un langage simple, clair et précis ;
- Sortir le préservatif de son sachet ;
- Frotter le préservatif entre les doigts pour bien répartir le lubrifiant ;
- Maintenir l'anneau intérieur et le pincer en 8 entre le pouce et l'index;
- Introduire le préservatif aussi loin que possible dans le vagin ;
- Pousser vers le haut en évitant de tordre le préservatif ;
- Avant le rapport, guider le pénis à l'intérieur du préservatif ;
- Après le rapport, pour retirer le préservatif, pincer l'anneau extérieur en le faisant tourner ; le tirer et le déposer dans une poubelle ;
- Donner les conseils pratiques suivants :
 - préciser que pour chaque rapport il faut un nouveau condom ;
 - conserver les condoms dans un endroit frais et sec ;
 - éviter de les garder trop longtemps ou de les exposer à la lumière, à la chaleur et à l'humidité ;
 - manipuler les préservatifs avec soin (les ongles et les bagues peuvent les déchirer).
- S'assurer de la compréhension du ou de la client(e) ;
- Laisser le ou la client(e) poser les questions et répondre à ses questions.

N.B : Rassurer le (la) client (e) qu'il peut revenir au même centre n'importe quand pour obtenir des conseils, des soins médicaux et d'autres condoms.

C. Prise en charge des cas d'IST et des partenaires

1. Accueil

- Saluer et souhaiter la bienvenue au (à la) patient (e) ;
- Offrir une chaise ;
- Mettre le (la) patient (e) à l'aise et faire les présentations ;
- Rassurer le (la) patient (e) du caractère privé et confidentiel de la consultation;
- Demander ce qu'on peut faire pour lui (elle);

2. Interrogatoire/Enregistrement

- Recueillir les informations d'ordre général : âge, sexe, adresse, statut matrimonial, profession ;
- Demander le motif de la consultation : symptômes ou plaintes ;
- Demander la durée des symptômes ou plaintes et les traitements antérieurs ;
- Evaluer les risques du (de) la patient(e) : histoire sexuelle et autres facteurs de risques (date du dernier rapport sexuel, nombre de partenaires, types de partenaires, partenaires sexuels récents,

partenaires infectés par une IST, utilisation de préservatifs, comportement sexuel du ou des partenaires) ;

- Recueillir la notion d'IST antérieure ;
- Rechercher une notion d'allergie médicamenteuse.

3. Examen physique

Il doit se dérouler dans une salle bien éclairée préservant l'intimité des patients. Le (la) patient (e) doit se dévêtir de façon à ce que les organes génitaux soient accessibles à l'examen clinique.

Pour tout examen physique, les étapes sont les suivantes :

- Préparer le matériel ;
- Demander avec courtoisie au patient de se déshabiller ;
- L'aider à s'installer ;
- Se laver les mains et les sécher avec un linge individuel propre et sec ;
- Apprécier son état général ;
- Prendre les constantes (poids, taille, température, pouls, TA) ;

3.1. Chez la femme

- Rechercher des lésions muqueuses évoquant une syphilis et une candidose buccale ;
- Rechercher la présence d'adénopathies localisées ou généralisées surtout dans la région inguinale ;
- Détecter les éruptions, les ulcérations, les lésions de syphilis secondaire ;
- Faire l'examen de l'abdomen :
 - palper avec douceur pour rechercher une éventuelle douleur, une défense ou la présence d'une masse abdominale ;
- Porter les gants stériles ;
- Examiner le périnée, la vulve, et la région inguinale ;
- Rechercher la présence de morpions ;
- Inspecter et palper à la recherche de pertes vaginales, de tuméfactions, de lésions de grattage et d'ulcérations génitales ;
- Faire l'examen du vagin et du col de l'utérus (il faut disposer de spéculum et d'une source de lumière suffisante) :
 - introduire le spéculum délicatement dans le vagin ;
 - inspecter les parois à la recherche de pertes, de lésions, d'excroissance et d'anomalie du col ;
 - examiner les pertes (aspect, couleur, odeur) ;
 - faire le dépistage du cancer du col à l'acide acétique et au lugol.
- Faire l'examen bi manuel par le toucher vaginal combiné au palper avec tact :
 - palper les parois vaginales, le col de l'utérus ainsi que les régions voisines pour apprécier la sensibilité de l'utérus et des annexes ;
 - rechercher une douleur de la sphère génitale haute pouvant évoquer une maladie inflammatoire pelvienne ;
 - examiner les pertes (aspect, couleur, odeur).
- Rechercher les lésions ulcéreuses ou des végétations au niveau de l'anus ;
- Plonger les mains gantées dans une solution de décontamination après chaque examen physique ;

- Enlever les gants et les jeter dans une poubelle à déchets solides ;
- Laver les mains au savon et les sécher avec un linge individuel propre et sec ;
- Informer la patiente des résultats de l'examen ;
- Enregistrer les résultats.

3.2. Chez l'homme

- Se laver les mains au savon et les sécher avec un linge individuel propre et sec ;
- Demander au patient de se mettre debout et de baisser son pantalon de façon à ce qu'il soit dévêtu du pubis jusqu'aux genoux ;
- Rechercher la présence de morpions ;
- Rechercher les lésions ulcéreuses ou les végétations ;
- Rechercher la présence d'adénopathies localisées ou généralisées surtout dans la région inguinale ;
- Détecter les éruptions, les ulcérations, les lésions de syphilis secondaire ;
- Porter des gants à usage unique ;
- Rechercher les lésions muqueuses évoquant une syphilis et une candidose buccale ;
- Examiner la verge pour rechercher la présence d'éruptions et d'ulcérations ;
- Examiner le gland (chez le patient non circoncis dérouler le prépuce), le sillon, le frein et le méat urétral et vérifier la présence ou non d'un écoulement. S'il n'y a pas d'écoulement urétral évident, demander au patient de traire son urètre ;
- Palper pour essayer de déceler d'éventuelles anomalies des testicules, de l'épididyme et du cordon spermatique ;
- Plonger les mains gantées dans une solution de décontamination après examen physique ;
- Enlever les gants et les jeter dans une poubelle à déchets solides ;
- Laver les mains au savon et les sécher avec un linge individuel propre et sec ;
- Informer le patient des résultats de l'examen ;
- Enregistrer les résultats.

3.3 Chez le nouveau né

La conjonctivite du nouveau-né est une conjonctivite se présentant chez les bébés de moins d'un mois.

Les causes courantes de cette conjonctivite pouvant entraîner la cécité sont la gonorrhée et la chlamydie.

Examen ophtalmologique du nouveau-né

- Se laver les mains et les sécher avec un linge individuel propre et sec;
- Porter les gants à usage unique ;
- Rechercher :
 - une sécrétion oculaire purulente ;
 - une rougeur et inflammation des conjonctives ;

- la présence d'œdème et rougeur des paupières.
- Plonger les mains gantées dans une solution de décontamination ;
- Enlever les gants et les jeter dans une poubelle à déchets solides ;
- Laver les mains au savon et les sécher avec un linge individuel propre et sec ;
- Informer les parents des résultats de l'examen ;
- Enregistrer les résultats.

4. Examens complémentaires

- Faire les examens adéquats en cas d'échec de la prise en charge syndromique :
 - prélèvement urétral ou vaginal pour examen cyto bactériologique (état frais, Gram, culture, antibiogramme) ;
 - RPR, BW, TPHA ;
 - sérologie du VIH après counseling ;
 - bilan de retentissement (général, hépatique, rénal, pulmonaire) ;
 - recherche de BK et radiographie pulmonaire ;
 - échographie ;
 - frottis cervical ;
 - recherche d'anticorps (ex : hépatite B, chlamydiae) ;
 - biopsies + examen anatomopathologique ;
 - comptage des CD4.

5. Diagnostic syndromique

Un regroupement des symptômes dont le/la patient (e) se plaint et des signes observés pendant l'examen physique permettent d'orienter vers le syndrome approprié.

| Syndromes | Symptômes | Signes Physiques | Causes les plus courantes |
|---|--|---|--|
| Écoulement vaginal et/ou douleurs abdominales Basses | <ul style="list-style-type: none"> • Écoulement vaginal • Démangeaison vaginale • Dysurie (douleurs lors de la miction) • Douleurs pendant les rapports sexuels • Douleurs abdominales Basses | <ul style="list-style-type: none"> • Écoulement jaunâtre ou mucus au col • Lésions de grattage • Sensibilité abdominale basse au palper • Température >38° | <ul style="list-style-type: none"> • Vaginite : <ul style="list-style-type: none"> ○ Trichomonas ○ Candidose • Cervicite : <ul style="list-style-type: none"> ○ Gonorrhée ○ Chlamydia ○ Anaérobies mixtes |
| Écoulement Urétral et ou dysurie | <ul style="list-style-type: none"> • Écoulement urétral • Dysurie • Mictions fréquentes | <ul style="list-style-type: none"> • Écoulement urétral (au besoin, demandez au patient de masser son urètre) | <ul style="list-style-type: none"> • Gonorrhée • Chlamydia • Trichomonas |
| Ulcère génital | <ul style="list-style-type: none"> • Lésion génitale | <ul style="list-style-type: none"> • Ulcère génital • Ganglions inguinaux hypertrophiés | <ul style="list-style-type: none"> • Syphilis • Chancre mou • Herpès |
| Tuméfaction du scrotum | <ul style="list-style-type: none"> • Douleurs au scrotum et enflure | <ul style="list-style-type: none"> • Enflure du scrotum | <ul style="list-style-type: none"> • Gonorrhée • Chlamydia |
| Bubon inguinal | <ul style="list-style-type: none"> • Ganglions inguinaux hypertrophiés et douloureux | <ul style="list-style-type: none"> • Tuméfaction ganglionnaire • Fluctuation • Abscesses ou fistules | <ul style="list-style-type: none"> • Chancre mou • Lymphogranulome vénérien |
| Conjonctivite du nouveau-né | <ul style="list-style-type: none"> • Paupières enflées (le bébé ne peut pas ouvrir les yeux) • Écoulement | <ul style="list-style-type: none"> • Œdème des paupières • Écoulement purulent | <ul style="list-style-type: none"> • Gonorrhée • Chlamydia |

6. Notification du résultat

La notification vise à :

- Interrompre la chaîne de transmission des IST permettant de :
 - prévenir la réinfection du/de la patient(e) ;
 - prévenir les infections secondaires à partir des partenaires du (de la) patient (e);
- Prévenir les complications chez les partenaires du/de la patient(e) ;
- Eduquer et conseiller les partenaires à risques d'IST-VIH/SIDA ;
- Détecter les cas d'IST asymptomatiques ;

Dans ce cas le prestataire doit :

- Informer le (la) patient(e) sur le résultat de l'examen ;
- Expliquer au (à la) patient(e) la maladie pour laquelle il (elle) va être traité ;
- Expliquer au (à la) patient(e) l'importance de rechercher et d'informer son partenaire.

7. Prise en charge

7.1. Écoulement urétral

a. Définition

C'est une infection urogénitale se traduisant par un écoulement purulent franc ou de petites tâches sur le linge voire une croûte sur le méat urétral observé le matin lors de la première miction avec une sensation de brûlure, de douleur à la miction.

b. Signes

Écoulement urétral (demander au patient de traire l'urètre).

c. Prise en charge par niveau

| Niveaux | Conduite à tenir |
|------------------------------|--|
| <i>Village/Communautaire</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Rassurer • Référer |
| <i>CSCCom</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Traiter selon l'approche syndromique |
| <i>CSRéf</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Idem CSCCom • Examen complémentaire |
| <i>Hôpitaux</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Idem CSRéf |

7.2. Dysurie**a. Définition**

C'est une affection qui se manifeste par une sensation de brûlure et de douleur à la miction.

b. Symptôme

Douleurs ressenties lors de la miction.

c. Prise en charge par niveau

| Niveaux | Conduite à tenir |
|------------------------------|--|
| <i>Village/Communautaire</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Rassurer et référer |
| <i>CSCCom</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Traiter selon l'approche syndromique |
| <i>CSRéf</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Idem CSCCom • Examen complémentaire |
| <i>Hôpitaux</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Idem CSRéf • Consultation spécialisée |

7.3. Ulcérations génitales et bubon**a. Définition**

C'est une infection uro-génitale se traduisant par des lésions non traumatiques localisées au niveau de la peau ou des muqueuses des organes génitaux.

b. Signes

- Chancre mou ou syphilitique (une seule ulcération) ;
- Herpès (plusieurs ulcérations avec ou sans vésicules).

c. Prise en charge par niveau

| Niveaux | Conduite à tenir |
|------------------------------|--|
| <i>Village/Communautaire</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Rassurer • Référer |
| <i>CSCom</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Traiter selon l'approche syndromique |
| <i>CSRéf</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Idem CSCom • Examen complémentaire |
| <i>Hôpitaux</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Idem CSRéf • Consultation spécialisée |

7.4. Ecoulement vaginal et/ou douleur abdominale basse

a. Définition

C'est une infection se traduisant par une modification de la quantité, de la consistance, de la couleur ou de l'odeur des pertes vaginales. Elle peut s'accompagner de douleurs pelviennes.

b. Signes

- Ecoulement vaginal ;
- Sensibilité abdominale basse au palper.

c. Prise en charge par niveau

| Niveaux | Conduite à tenir |
|------------------------------|---|
| <i>Village/Communautaire</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Rassurer • Référer |
| <i>CSCom</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Traiter selon l'approche syndromique |
| <i>CSRéf</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Idem CSCom • Examen complémentaire |
| <i>Hôpitaux</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Idem CSRéf et consultation spécialisée |

7.5. Tuméfaction du scrotum

a. Définition

C'est une augmentation du volume de la bourse avec douleur.

b. Signes

- Douleur testiculaire très intense unilatérale ;
- Scrotum tuméfié.

c. Prise en charge par niveau

| Niveaux | Conduite à tenir |
|------------------------------|---|
| <i>Village/Communautaire</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Rassurer • Référer |
| <i>CSCom</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Traiter selon l'approche syndromique |
| <i>CSRéf</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Idem CSCom • Examen complémentaire |
| <i>Hôpitaux</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Idem CSRéf et consultation spécialisée |

7.6. Bubon inguinal

a. Définition

C'est une hypertrophie très douloureuse des ganglions inguinaux.

b. Signes

Existence de plusieurs adénopathies uni ou bilatérales associées ou non à une ulcération.

c. Prise en charge par niveau

| Niveaux | Conduite à tenir |
|------------------------------|---|
| <i>Village/Communautaire</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Rassurer • Référer |
| <i>CSCom</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Traiter selon l'approche syndromique |
| <i>CSRéf</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Idem CSCom • Examen complémentaire |
| <i>Hôpitaux</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Idem CSRéf et consultation spécialisée |

7.7. Conjonctivite du nouveau-né

a. Définition

C'est une affection se traduisant par une inflammation des conjonctivites avec écoulement purulent chez les bébés de moins d'un mois.

b. Signes

- Ecoulement purulent uni ou bilatéral ;
- Œdème des paupières uni ou bilatéral.

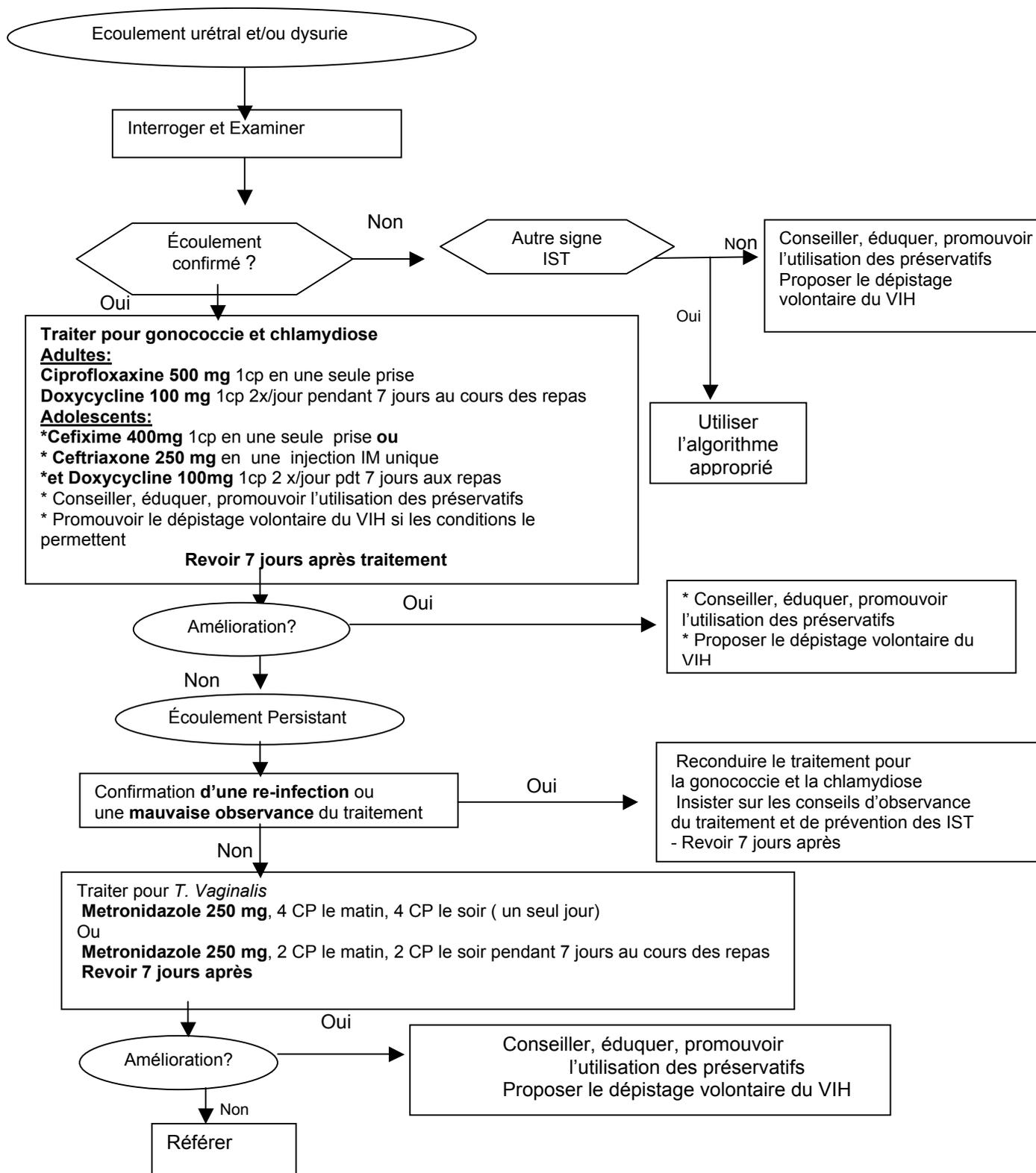
c. Prise en charge par niveau

| Niveaux | Conduite à tenir |
|------------------------------|---|
| <i>Village/Communautaire</i> | • Rassurer ; Référer |
| <i>CSCom</i> | • Traiter selon l'approche syndromique |
| <i>CSRéf</i> | • Idem CSCom • Examen complémentaire |
| <i>Hôpitaux</i> | • Idem CSRéf |

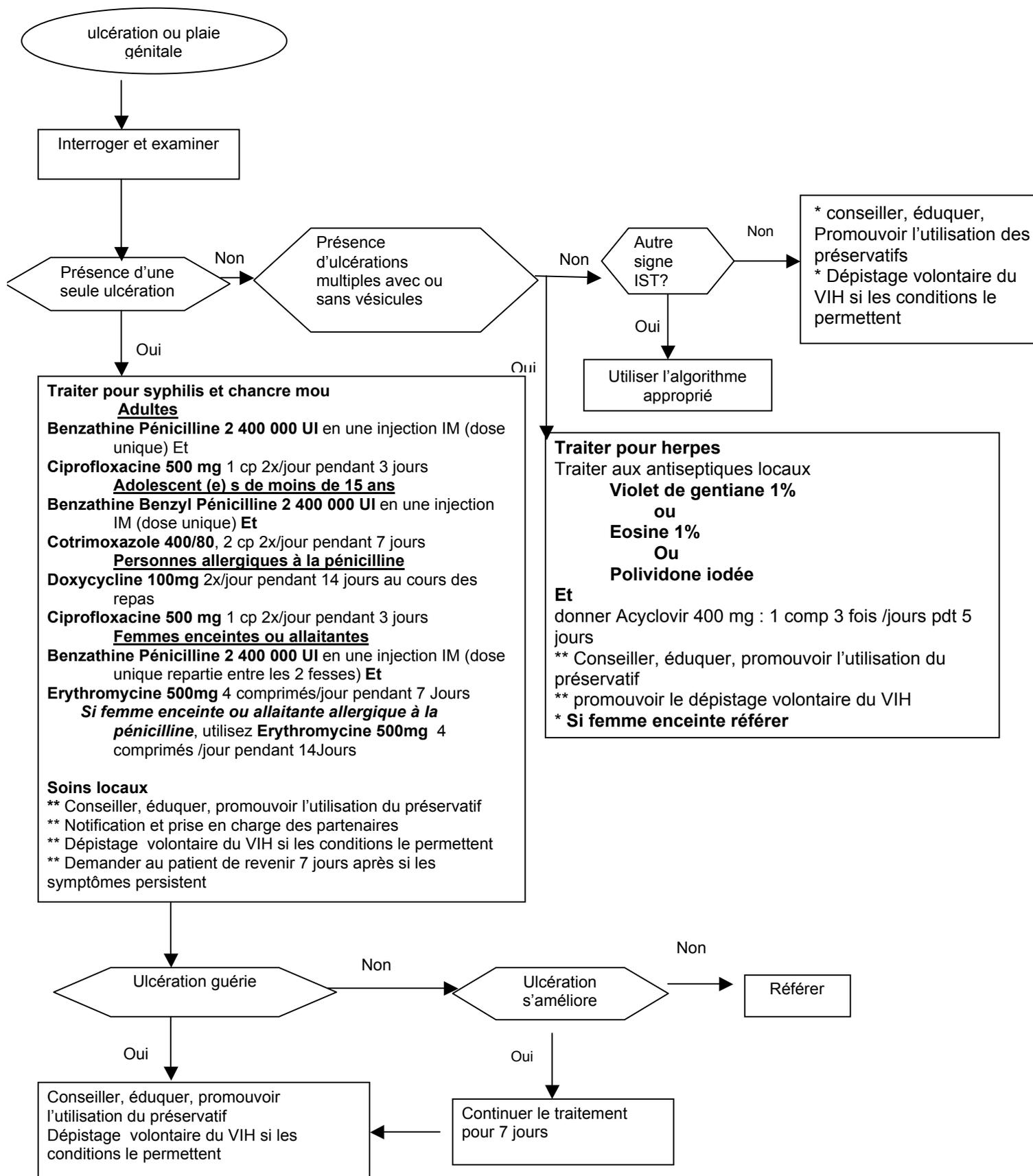
Appliquer l'algorithme approprié selon les syndromes.

7.8. Algorithmes

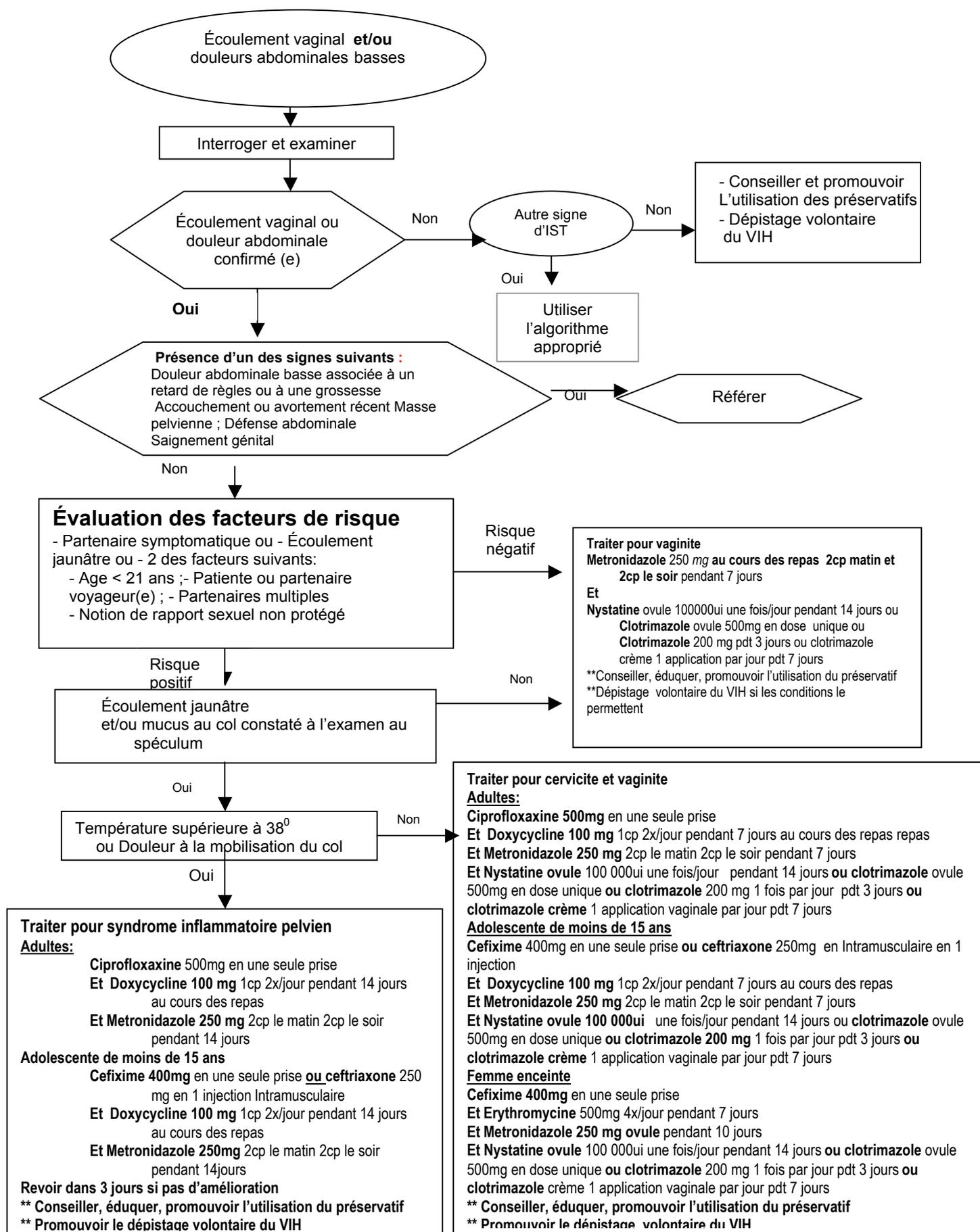
ÉCOULEMENT URÉTRAL ET/OU DYSURIE



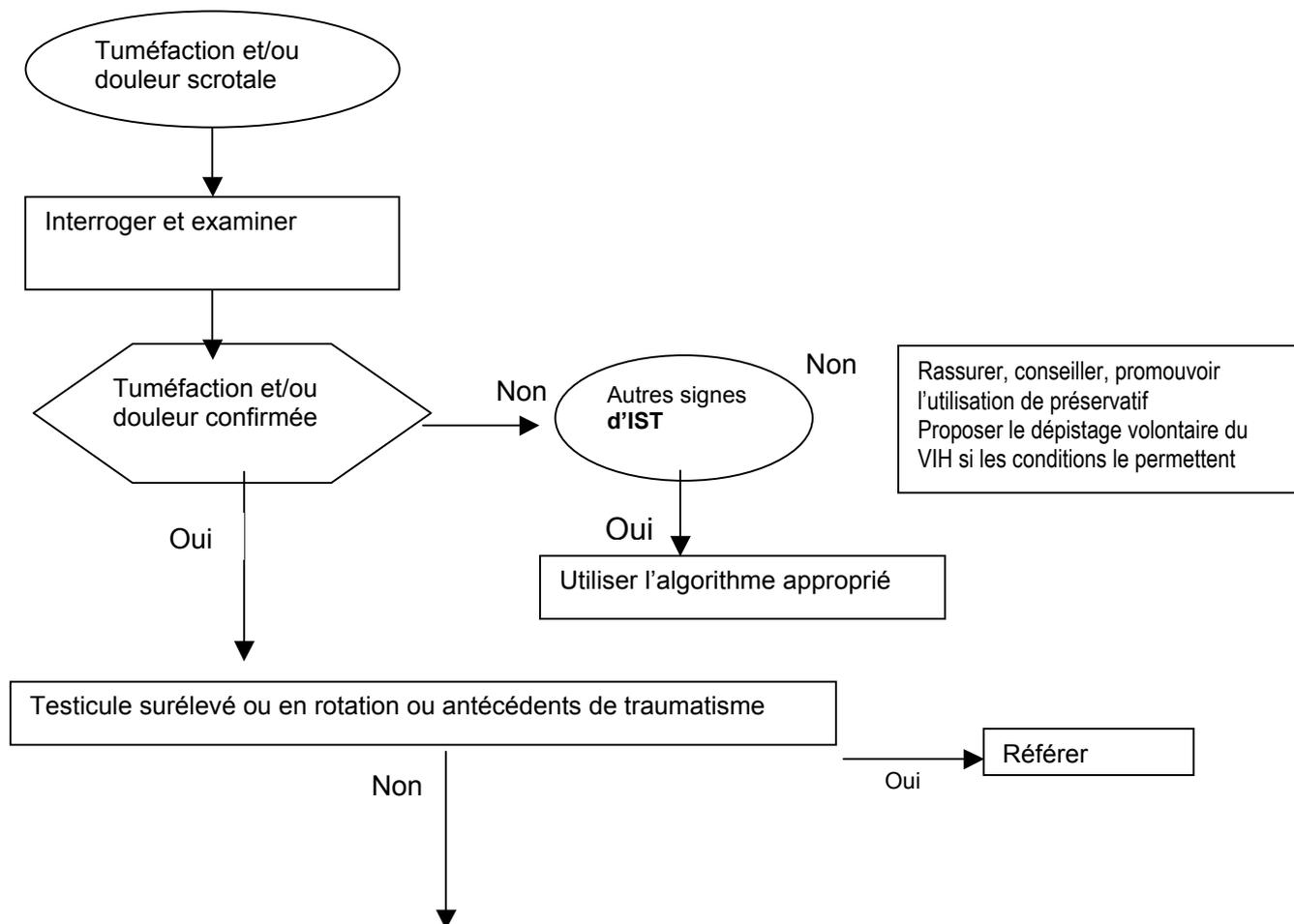
LES ULCÉRATIONS GÉNITALES



ÉCOULEMENT VAGINAL ET/OU DOULEUR ABDOMINALE BASSE



TUMEFACTION DU SCROTUM



Traiter pour Gonorrhée et Chlamydirose

Adultes

Ciprofloxacine 500 mg en dose unique
et
Doxycycline 100 mg, 2 fois par jour pendant 7 jours
au cours des repas

Céfixime 400 mg per os en dose unique

ou

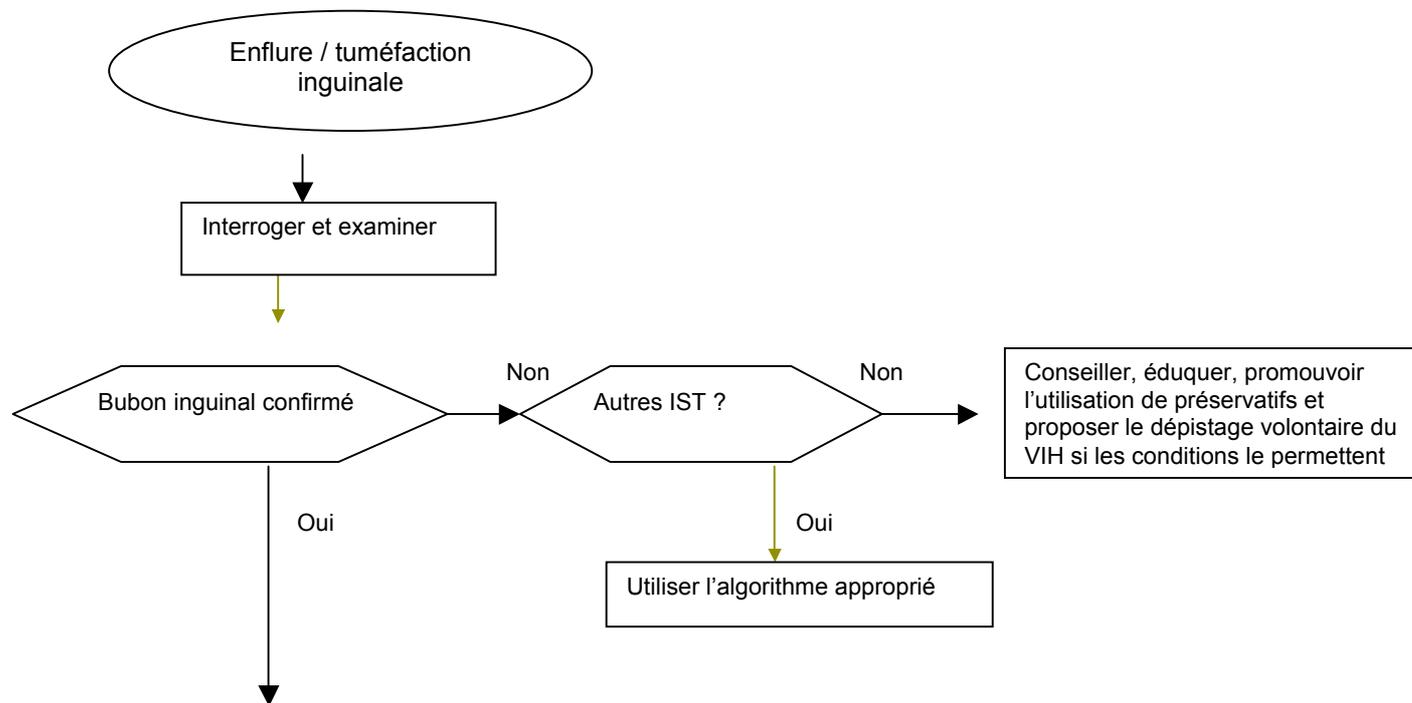
Ceftriaxone Injectable 250 mg en une injection intramusculaire
et

Chez l'adolescent < 15 ans Doxycycline 100 mg, 2 fois par jour pendant 7 jours
au cours des repas

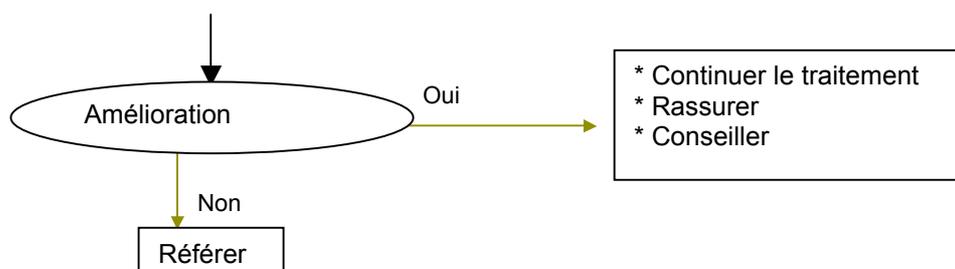
Conseils :

- * Promouvoir l'utilisation de préservatifs
- * Notification et prise en charge des partenaires
- * Dépistage volontaire du VIH.
- * Demander à revoir le/la patient (e) ou référer si nécessaire.

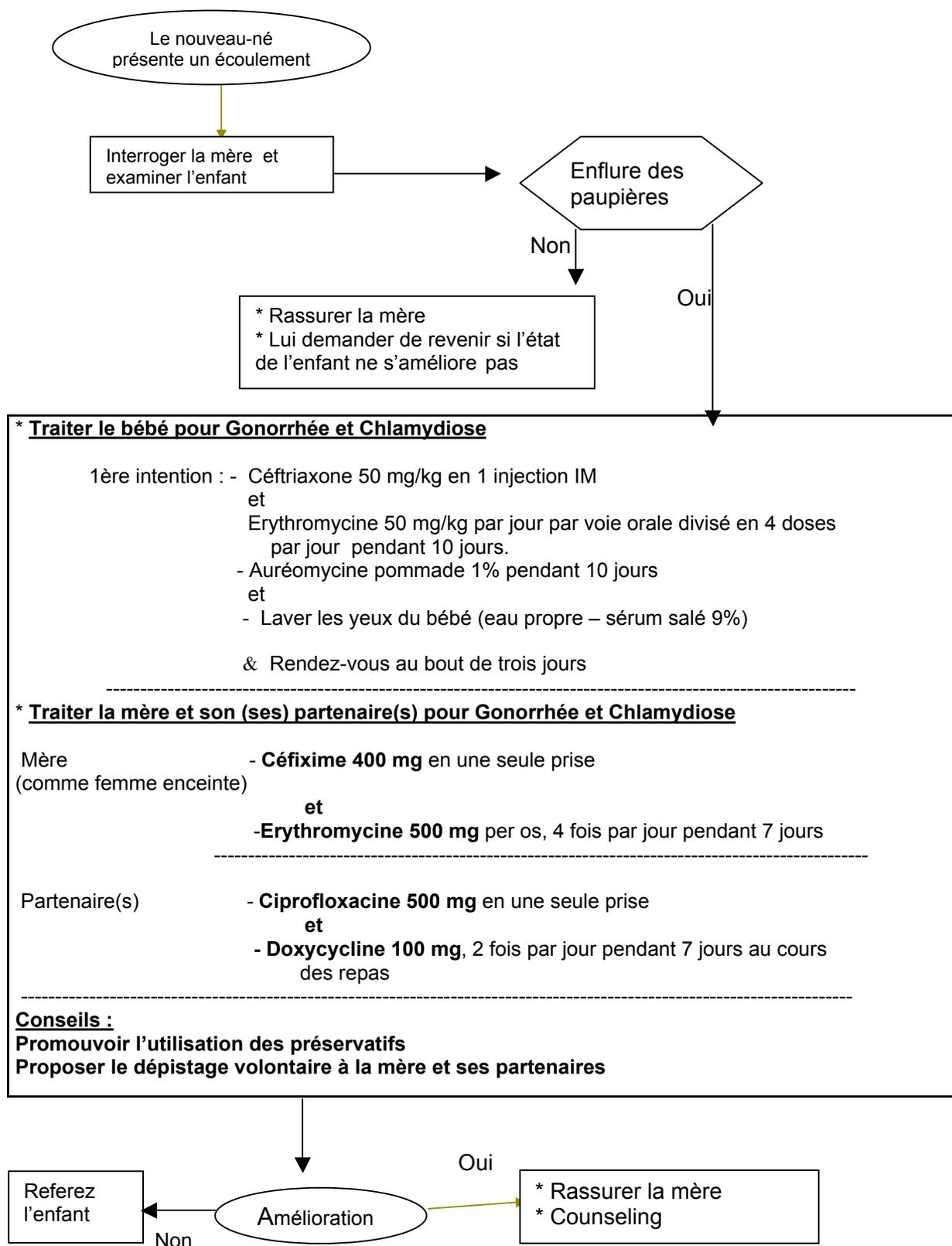
BUBON INGUINAL



| | |
|---|--|
| * Traiter pour Lymphogranulome vénérien et chancre mou | |
| Adultes | - Doxycycline 100 mg, 2 fois par jour pendant 21 jours au cours des repas ET - Ciprofloxacine 500mg 1 comp 2 fois par jour pendant 3 jours |
| Adolescents et enceintes | - Erythromycine 500 mg per os, 4 fois par jour pendant 14 jours Femmes |
| Soins locaux | - Pansement si fustillé -***Ne jamais inciser |
| Conseils : | |
| * promouvoir l'utilisation de préservatifs | |
| * Notification et prise en charge des partenaires | |
| * Dépistage volontaire du VIH | |



CONJONCTIVITE DU NOUVEAU-NE



8. Visite de suivi :

Etapas du suivi :

- Donner les rendez-vous de suivi au malade ;
- Encourager le (la) patient (e) à respecter les rendez-vous ;
- Faire le counseling à chaque rendez vous ;
- Expliquer au (à la) patient (e) la nécessité de :
 - faire traiter son ou ses partenaires ;
 - assurer le counseling à ses proches et partenaires sexuels ;
 - se protéger et de protéger les autres pour éviter la réinfection ou la surinfection.
- Suivre l'évolution de la maladie ;
- Faire des visites à domicile pour :
 - vérifier si le malade a fait le déplacement ;
 - faire le counseling ;
 - s'informer de l'évolution de la maladie ;
 - s'assurer que le (la) patient(e) fait bien son traitement ;
- S'assurer que le partenaire est traité.

Si amélioration, continuer le traitement ;

- Rechercher le/la patient (e) perdu (e) de vue ;
- Référer de nouveau si nécessaire.

Si échec au traitement :

- Référer ;
- Maintenir le contact avec le/la patient (e) (par téléphone ou par personne interposée) ;
- Prendre en charge les cas référés.

D. Prise en charge des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA

1. Définitions

C'est l'ensemble des activités qui consistent à prendre en charge une personne infectée ou affectée par le VIH/SIDA sur le plan psychosocial, médical, éthique et spirituel.

Une Personne vivant avec le VIH (PVVIH) désigne une personne infectée par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH).

Une Personne affectée par le VIH désigne une personne qui a des relations de parenté avec une PVVIH : membres de la famille, veuf (ve), orphelin (e), etc...

Le SIDA : syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA) est le stade ultime de la maladie.

2. Signes

Les signes majeurs sont :

- l'amaigrissement ;
- la diarrhée et
- la fièvre prolongée.

3. Etapes de la prise en charge

Règles générales :

- Offrir un cadre adéquat et disponible 24 h/ 24 ;
- Utiliser une approche amicale pour la prise en charge.

3.1. Accueillir :

- Saluer le (la) client (e), lui souhaiter la bienvenue, et lui offrir un siège ;
- Se présenter et présenter les autres membres de l'équipe éventuellement ;
- Lui demander ce qu'on peut faire pour lui (elle) et le (la) mettre en confiance ;
- Le (la) rassurer du caractère confidentiel de l'entretien.

3.2. Mener l'interrogatoire :

- Demander le motif de la consultation ;
- Ouvrir un dossier (carnet, registre, etc....).
- Recueillir les informations sur son comportement sexuel (nombre de partenaires, usage de condoms, etc.) ;
- S'informer des zones de résidence et de séjours antérieurs ;
- Demander les renseignements généraux (profession, marié(e), polygame etc....) ;
- Rechercher les signes de certaines maladies opportunistes (zona, candidose, pharyngite, dermatose, etc....) ;
- S'informer sur les antécédents :
 - Médicaux (transfusion sanguine, IST, blessures par objets souillés par le sang, itinéraire thérapeutique, etc....)
 - Chirurgicaux et obstétricaux ;
 - Passé sexuel.

- Pratiques néfastes pour la santé (scarification, tatouage, percement des oreilles, circoncision avec objets non stérilisés, lévirat, sororat
- Histoire de la maladie actuelle.

3.3. Faire l'examen

a. Examen physique

- Expliquer le déroulement de l'examen ;
- Se laver les mains au savon et les sécher avec un linge individuel propre et sec ;
- Apprêter le matériel ;
- Demander au (à la) patient (e) de se déshabiller et l'aider à s'installer ;
- Apprécier l'état général (muqueuse, téguments, pâleur, effritement des ongles, etc...)
- Prendre les constantes (poids, taille, température, pouls, tension) ;
- Faire l'inspection générale de la tête et du visage du patient à la recherche de cheveux épars, tâches sous forme de nodules (sarcome de Kaposi), herpès, atteinte de la vue, candidose pharyngée, dermatite ;
- Palper les aires ganglionnaires ;
- Ausculter l'appareil respiratoire ;
- Faire la percussion du thorax et de l'abdomen à la recherche d'ascite, de masse douloureuse ;
- Examiner l'aire ano-génitale à la recherche de candidose, herpès, plaies génitales ;
- Examiner les membres inférieurs à la recherche d'oedèmes, peau squameuse, gale, etc...

b. Examens complémentaires

- **A l'inclusion au traitement par les ARV**

- Faire le bilan :
- NFS ;
- groupe sanguin rhésus ;
- bilan hépatique ;
- CD4.

- **Bilan de suivi :**

- ❖ **Chez le nourrisson**

- **J6** : PCR ADN VIH1 ou Ag P24, NFS, plaquettes, transaminases
- **M1** : PCR ADN VIH1 ou Ag P24
- **M3** : PCR ADN VIH1 ou Ag P24, NFS, Plaquettes

Si le nourrisson est infecté (2 PCR sur les 3 réalisées positives)

- Dès le diagnostic : ARN VIH1 ou Ag P24, CD4, NFS, plaquettes, transaminases, lipasémie
- A M9 et M12 : CD4, NFS, plaquettes, transaminases, lipasémie

Si le nourrisson n'est pas infecté

- En cas d'allaitement artificiel : sérologie VIH à M18
- En cas d'allaitement maternel : PCR à M6 et 2 mois après l'arrêt de l'allaitement maternel

❖ **Chez l'enfant :**

- si l'enfant est sous multi thérapie anti rétrovirale bilan **tous les 3 mois** : NFS, plaquettes, CD4, ARN VIH1 ou Ag P24, transaminases, lipasémie, créatinémie, glycémie, triglycéride.
- si l'enfant est asymptomatique et ne recevant pas d'anti rétrovirale, bilan **tous les 6 mois** : NFS, plaquettes, CD4, ARN VIH1 ou Ag P24.

❖ **Chez l'adulte :**

- **Bilan J0** à l'inclusion : NFS, plaquettes, créatinémie, lipasémie, CD4/CD8, radio pulmonaire ;
- **Bilan M1** : NFS, plaquettes, ARN VIH1, transaminases, créatinémie ;
- **Bilan M2** : NFS, plaquettes, transaminases, créatinémie, glycémie, triglycéride, cholestérol ;
- **Bilan M6, M12, M18, M24** : NFS, plaquettes, ARN VIH1, transaminases, créatinémie, glycémie, triglycéride, cholestérol, CD4.

4. Prise en charge des maladies opportunistes

4.1. Diarrhée chronique

a. Définition

C'est l'émission d'au moins 3 selles liquides par jour, en permanence ou de manière intermittente pendant plus d'un mois, chez un patient symptomatique présentant une infection à VIH.

b. Signes

- Selles liquides ;
- Déshydratation.

c. Evaluation de la déshydratation

| SIGNES ET SYMPTOMES | DESHYDRATATION | |
|-----------------------|---------------------------|---|
| | Modérée | Sévère |
| Aspect/Etat général | Agitation / instabilité | En général conscience conservée, angoissée, froid, sueurs, cyanose des extrémités |
| Pouls | Rapide | Rapide, filant, parfois impalpable |
| Respiration | Profonde, parfois rapide | Profonde et rapide |
| Elasticité de la peau | Pli cutané modéré | Pli cutané important (> 2 secondes) |
| Yeux | Enfoncés | Très enfoncés |
| Muqueuses | Sèches | Très sèches |
| Diurèse | Réduite et urines foncées | Diurèse nulle après 6 heures ou plus : Vessie vide. |

d. Prise en charge par niveau

| Niveaux | Conduite à tenir |
|-----------------------|--|
| Village/Communautaire | <ul style="list-style-type: none"> Traiter la déshydratation par voie orale. Assurer un apport alimentaire supplémentaire. Faire le counseling. Référer. |
| CSCCom | <ul style="list-style-type: none"> Idem village. Traiter la déshydratation par voie parentérale si besoin Administrer un antibiotique. Référer. Faire le suivi du malade. |
| CSRéf | <ul style="list-style-type: none"> Idem CSCCom. Faire les examens complémentaires. |
| Hôpitaux | Idem CSRéf |

4.2. Candidose buccale

a. Définition

C'est la présence de plaques blanchâtres sur la muqueuse buccale. Ces plaques peuvent se détacher, provoquant souvent un saignement superficiel.

b. Signes

- Présence de plaques blanchâtre sur la muqueuse buccale ;
- Présence de filaments (candida albicans) et/ou de blastopore lors d'un prélèvement buccal observé au microscope.

c. Prise en charge par niveau

| Niveaux | Conduite a tenir |
|-----------------------|---|
| Village/Communautaire | <ul style="list-style-type: none"> Référer |
| CSCOM | <ul style="list-style-type: none"> Donner traitement étiologique. Faire le counseling. Référer |
| CSRef | <ul style="list-style-type: none"> Idem CSCCom Faire le suivi médical et psychosocial |
| Hôpitaux | <ul style="list-style-type: none"> Idem CSRéf Faire les examens complémentaires |

4.3. Manifestations respiratoires

a. Définition

C'est la persistance ou l'aggravation d'une toux et/ou d'une douleur thoracique et/ou d'une dyspnée chez un patient symptomatique présentant une infection à VIH.

b. Signes

- Toux persistant depuis plus d'un mois ;
- Douleur thoracique ;
- Dyspnée.

c. Autres manifestations associées

- Epanchement pleural ou emphysème pulmonaire (associé à une tuberculose, une infection bactérienne ou une néoplasie)
- Pneumothorax (associé à une tuberculose, une pneumocystose ou une néoplasie)
- Epanchement péricardique (souvent associé à une tuberculose)
- La détresse respiratoire : hypoxie, cyanose, et signes d'effort ventilatoire (tirage intercostal et sus-sternal).

d. Prise en charge par niveau

| Niveaux | Conduite à tenir |
|-----------------------|---|
| Village/Communautaire | • Référer |
| CSCCom | • Traiter • Référer |
| CSRéf | • Idem CSCCom |
| Hôpitaux | • Faire une consultation spécialisée • Examen complémentaire |

Liste des médicaments proposés pour le traitement des affections opportunistes pulmonaires. [cf. annexe 4](#)

4.4. Lymphadénopathie

a. Définition

C'est l'augmentation de volume d'au moins un ganglion lymphatique chez un patient symptomatique présentant une infection par le VIH.

b. Signes

- Plus de 3 aires ganglionnaires doivent être touchées ;
- Au moins 2 ganglions par site, d'un diamètre supérieur à 1,5 cm ;
- Persistance depuis plus d'un mois ;
- Absence d'infection locale ou contiguë pouvant expliquer l'adénopathie.

c. Autres manifestations cutanées

- Dermite séborrhéique ;
- Pyodermite chronique.

N.B : Faire un examen physique soigneux pour éliminer la trypanosomiase.

d. Prise en charge par niveau

| Niveaux | Conduite à tenir |
|-----------------------|--|
| Village/Communautaire | • Référer |
| CSCCom | • Référer |
| CSRéf | • Traiter • Référer |
| Hôpitaux | • Faire les examens complémentaires • Traiter |

4.5. Céphalées

a. Définition

Ce sont des maux de tête persistants ou sévères d'intensité rapidement croissante ou ne cédant pas aux antalgiques usuels.

b. Signes

- Maux de tête sévères ;
- Troubles neurologiques et psychiques : syndrome méningé, crise comitiale ;
- Réactions provoquées suite à la prise de médicament (Zidovudine) :
 - Modification de l'état psychique (parfois mineure) à type de perte de concentration ;
 - Modification de la personnalité : confusion, altération des fonctions cognitives, démence ;
 - Signes neurologiques de localisation à type de parésie, paralysie d'un nerf crânien, mouvements anormaux, ataxie, aphasie.
- Signes d'hypertension intracrânienne : raideur de la nuque, hypertension et pouls lent malgré la fièvre.

d. Prise en charge par niveau

| Niveaux | Conduite à tenir |
|-----------------------|--|
| Village/Communautaire | • Référer |
| CSCCom | • Référer |
| CSRéf | • Traiter • Référer |
| Hôpitaux | • Faire les examens complémentaires • Traiter |

4.6. Fièvre

a. Définition

La fièvre est définie comme une température supérieure à 38,0° C en continu ou de manière intermittente sur plus de 24 heures pendant une période de 3 jours.

b. Signe

- Température supérieure à 38°

C. Prise en charge par niveau

| Niveaux | Conduite à tenir |
|-----------------------|--|
| Village/Communautaire | <ul style="list-style-type: none"> • Donner un antipyrétique • Réfé rer |
| CSCCom | <ul style="list-style-type: none"> • Rechercher la cause • Traiter • Réfé rer |
| CSRéf | <ul style="list-style-type: none"> • Idem CSCCom • Faire les examens complémentaires |
| Hôpitaux | <ul style="list-style-type: none"> • Idem CSRéf |

4.7. Dermatose bactérienne**a. Définition**

Ce sont des lésions cutanées chroniques.

b. Signes

Lésions cutanées éruptives, vésiculeuses et tumorales.

c. Prise en charge par niveau

| Niveaux | Conduite à tenir |
|-----------------------|---|
| Village/Communautaire | <ul style="list-style-type: none"> • Réfé rer |
| CSCCom | <ul style="list-style-type: none"> • Traiter • Réfé rer |
| CSRéf | <ul style="list-style-type: none"> • Rechercher la cause • Traiter • Apporter un soutien psychosocial • Faire les examens complémentaires • Réfé rer |
| Hôpitaux | <ul style="list-style-type: none"> • Idem CSRéf • Faire une consultation spécialisée |

4.8. Infections néoplasiques (sarcome de KAPOSI)**a. Définition**

Lésion tumorale d'étiologies multiples.

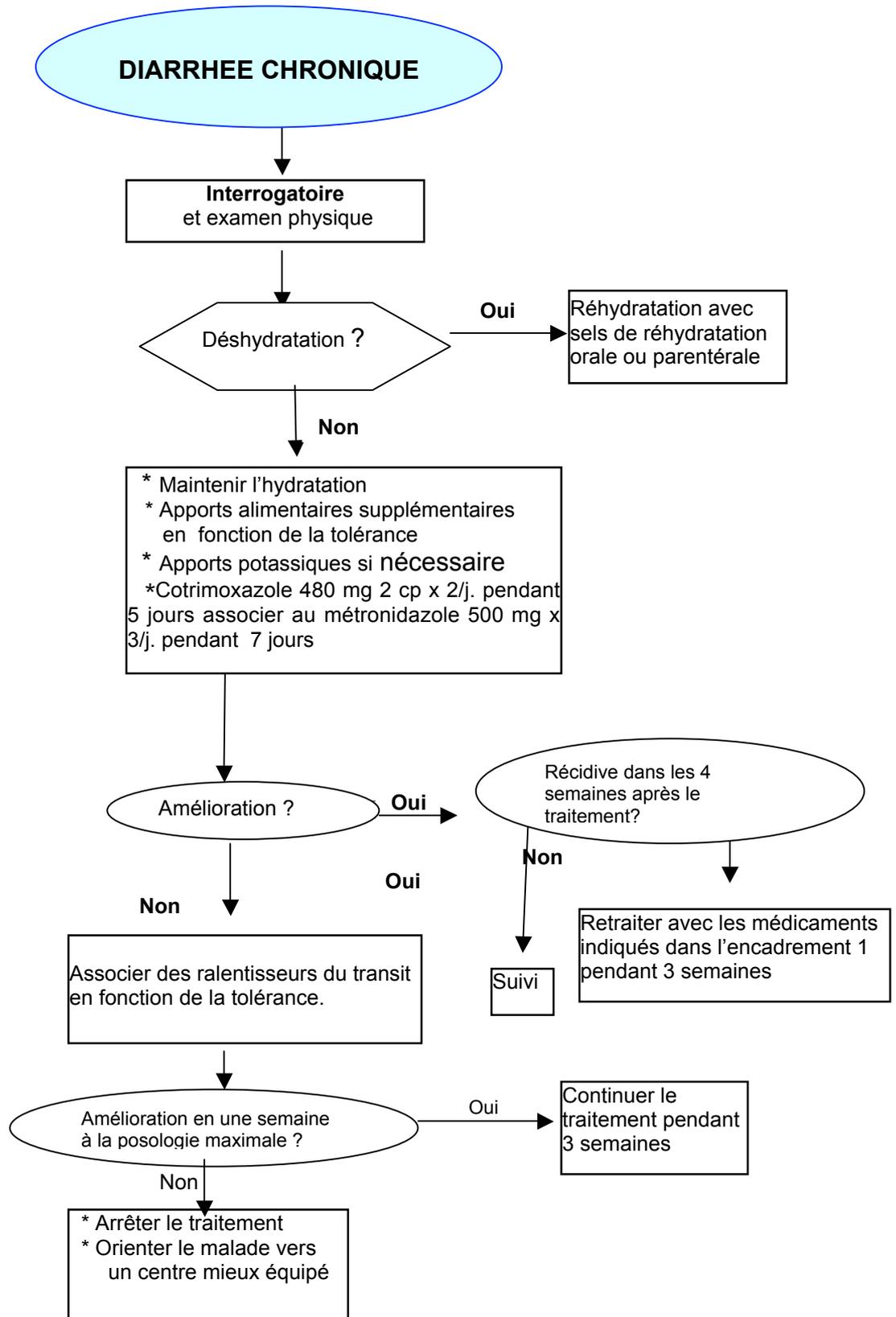
b. Signes

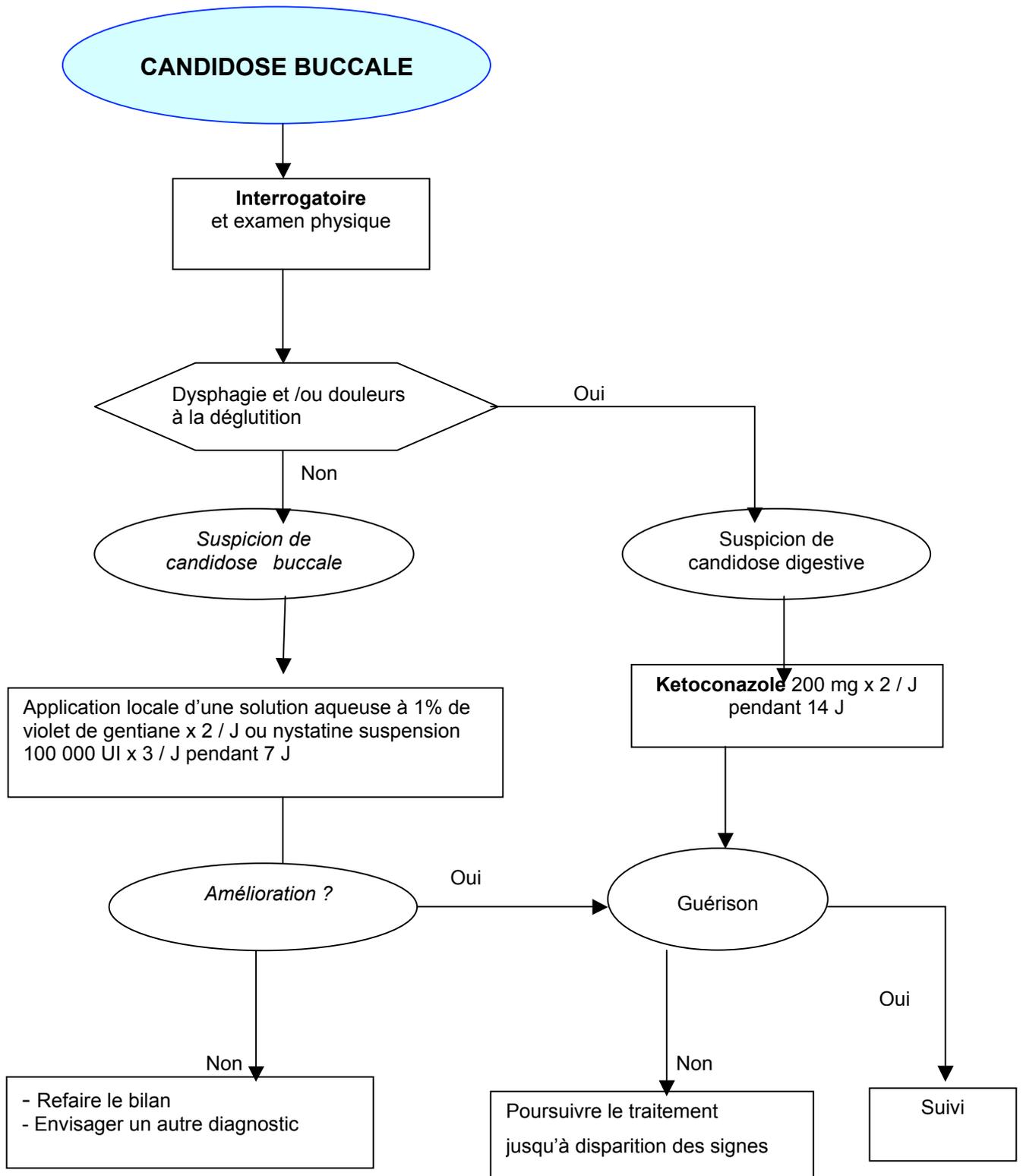
- Lésions siégeant au niveau des extrémités ou disséminées sur le corps sous forme de plaque, nodules ou papilles d'aspect violacé ;
- Tâches violacées au niveau du palais ;
- Atteintes viscérales possibles (poumon, tube digestif).

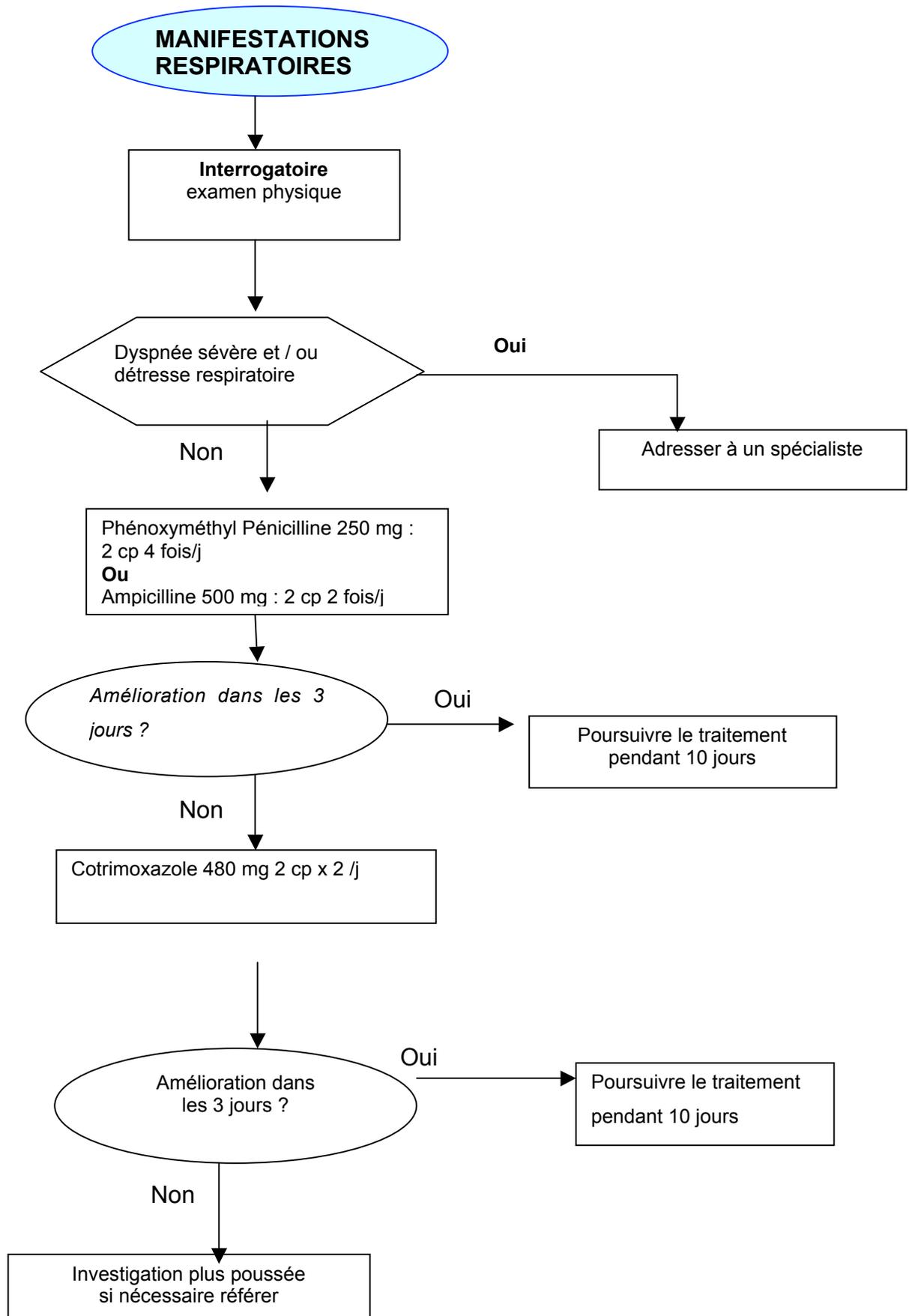
c. Prise en charge par niveau

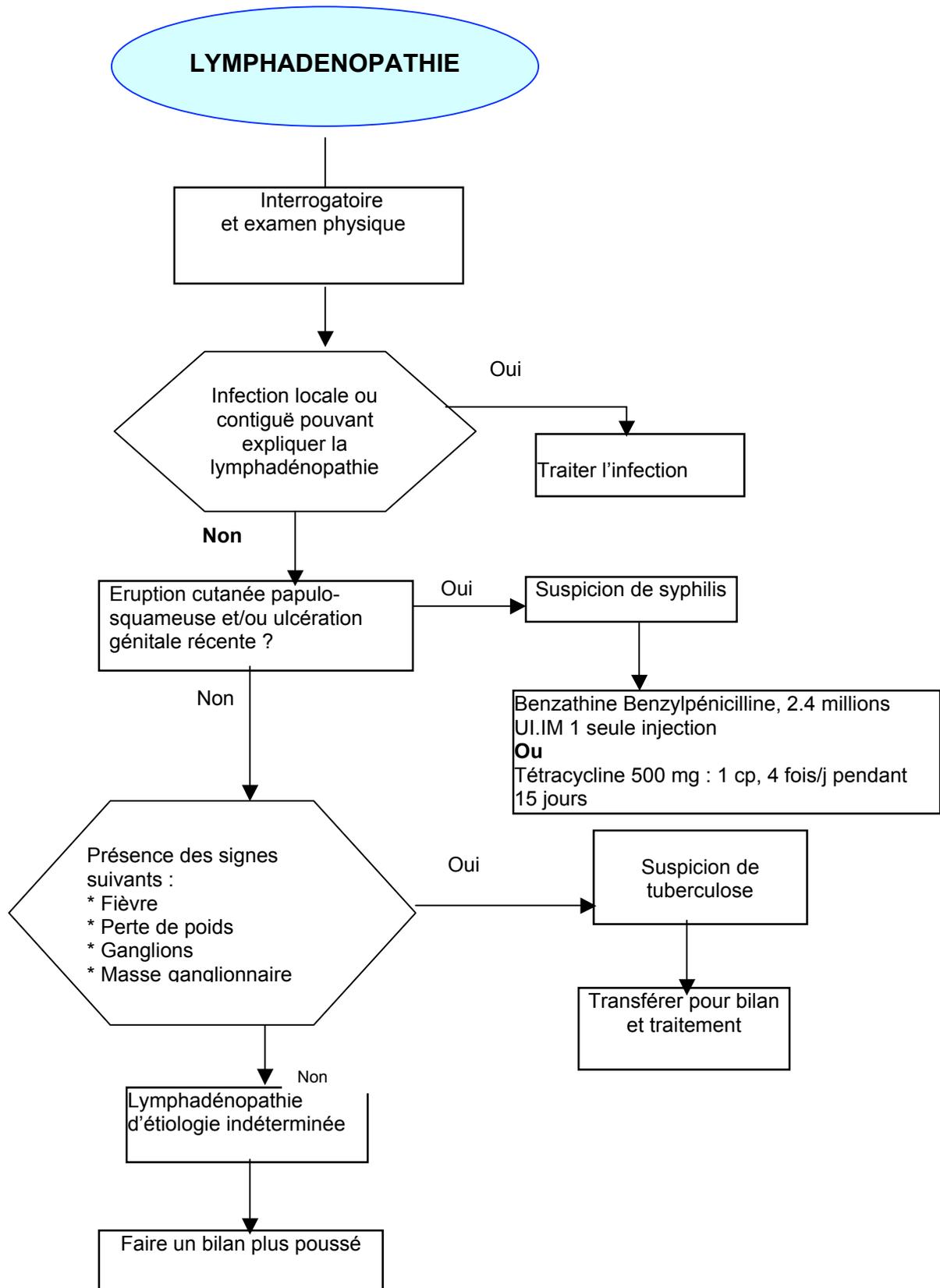
| Niveaux | Conduite à tenir |
|------------------------------|--|
| Village/Communautaire | • Réfé rer |
| CSCom | • Réfé rer |
| CSRéf | • Réfé rer |
| Hôpitaux | • Examens complémentaires • Traiter |

2.10. Les algorithmes



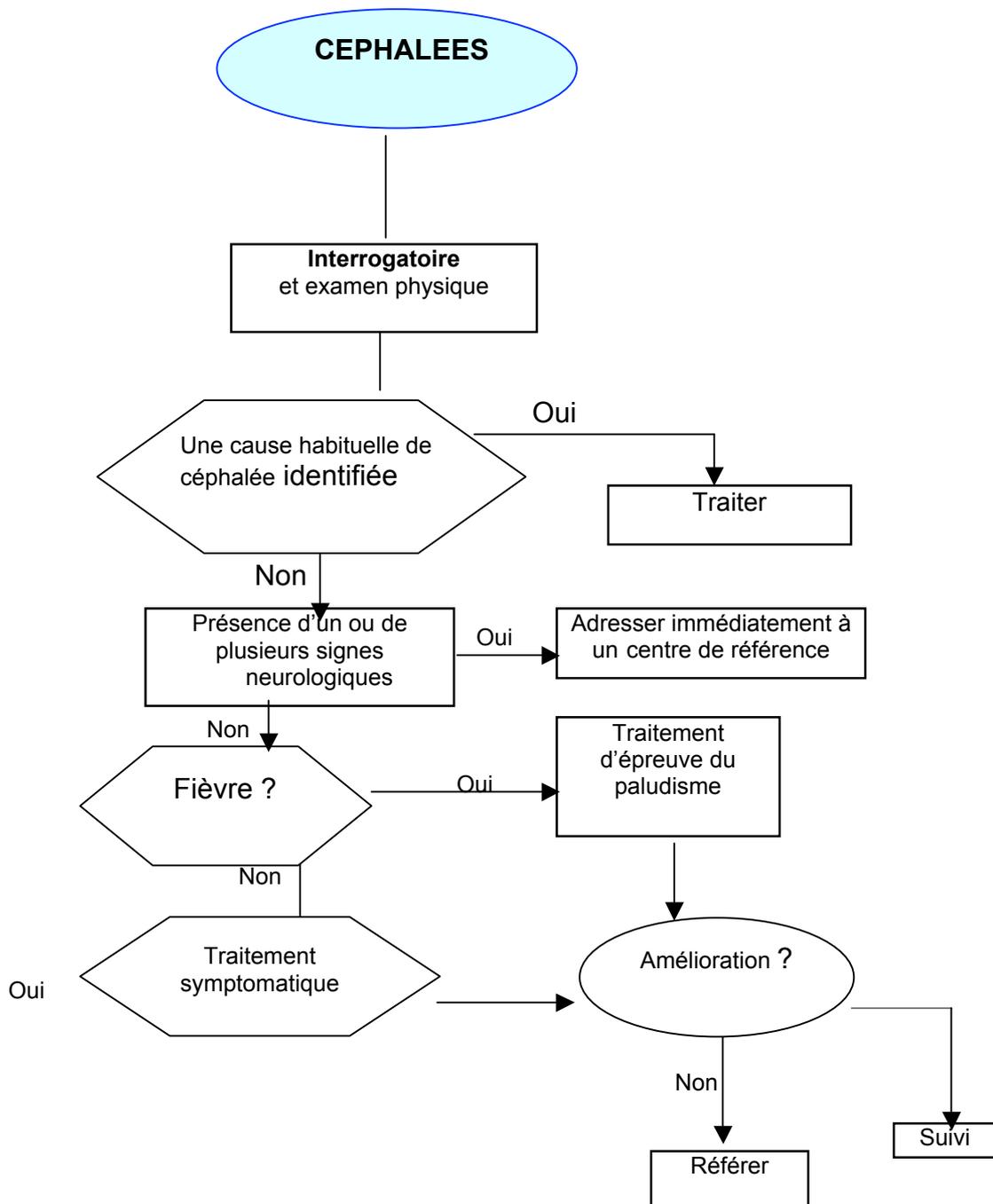


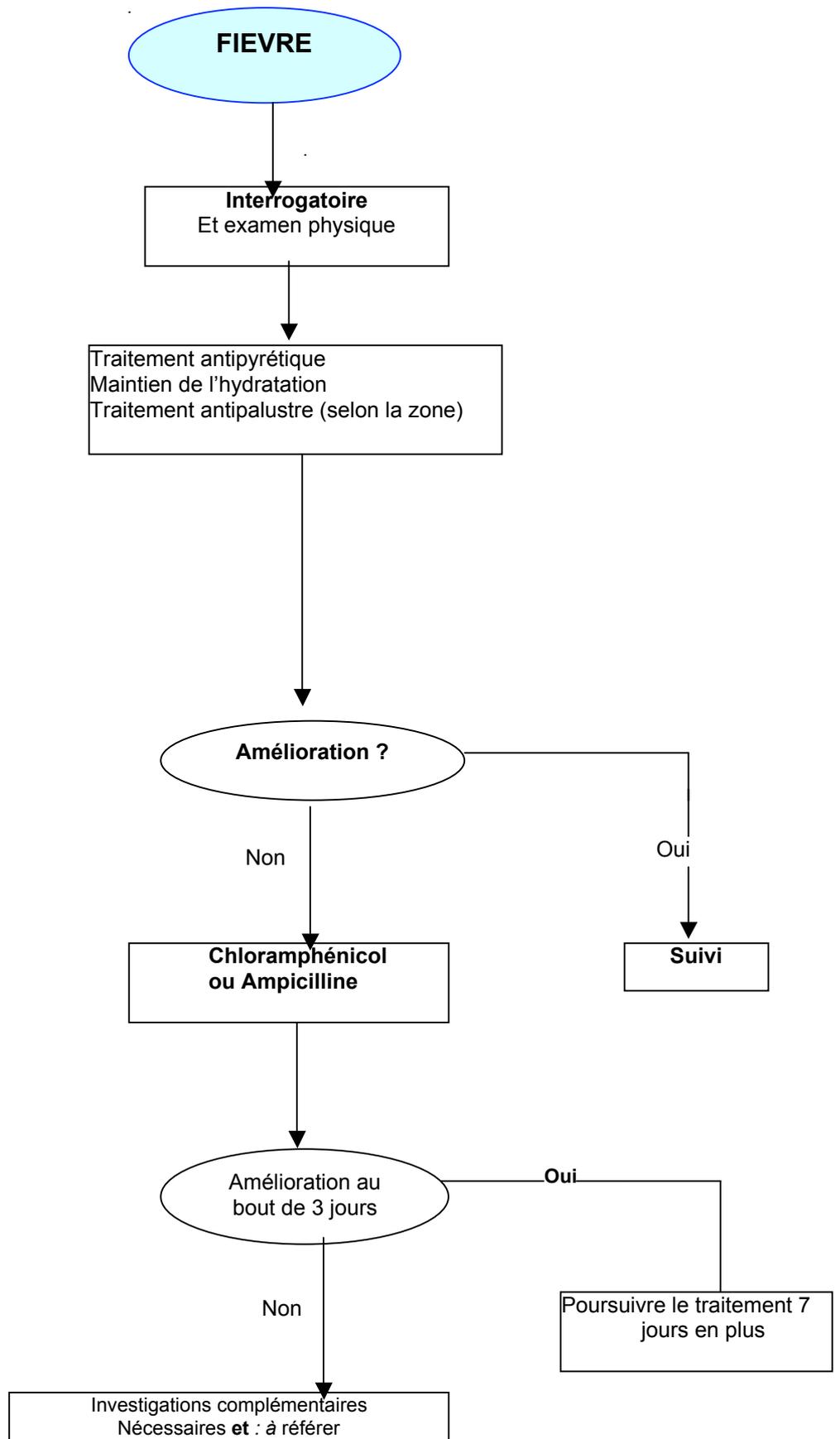


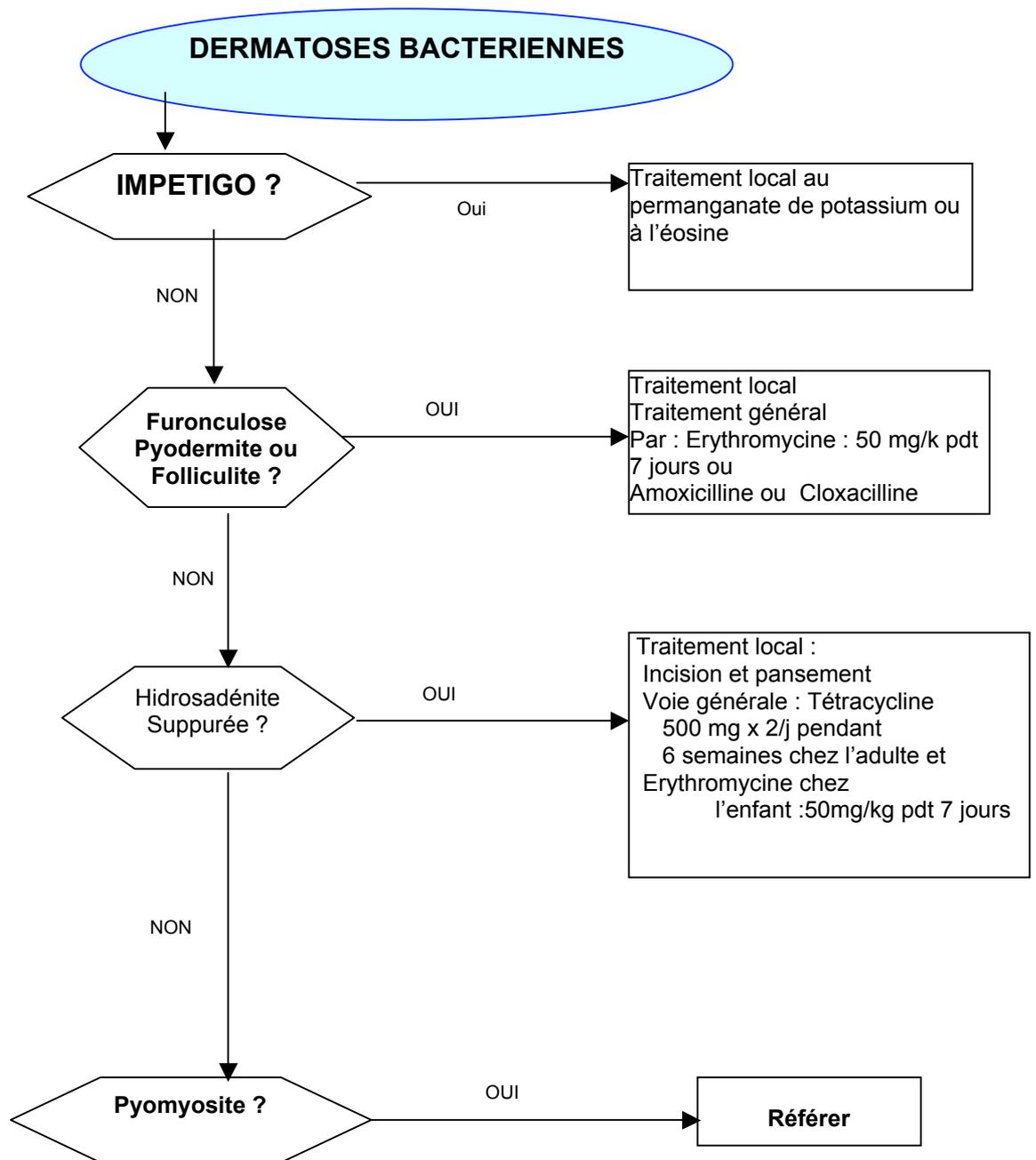


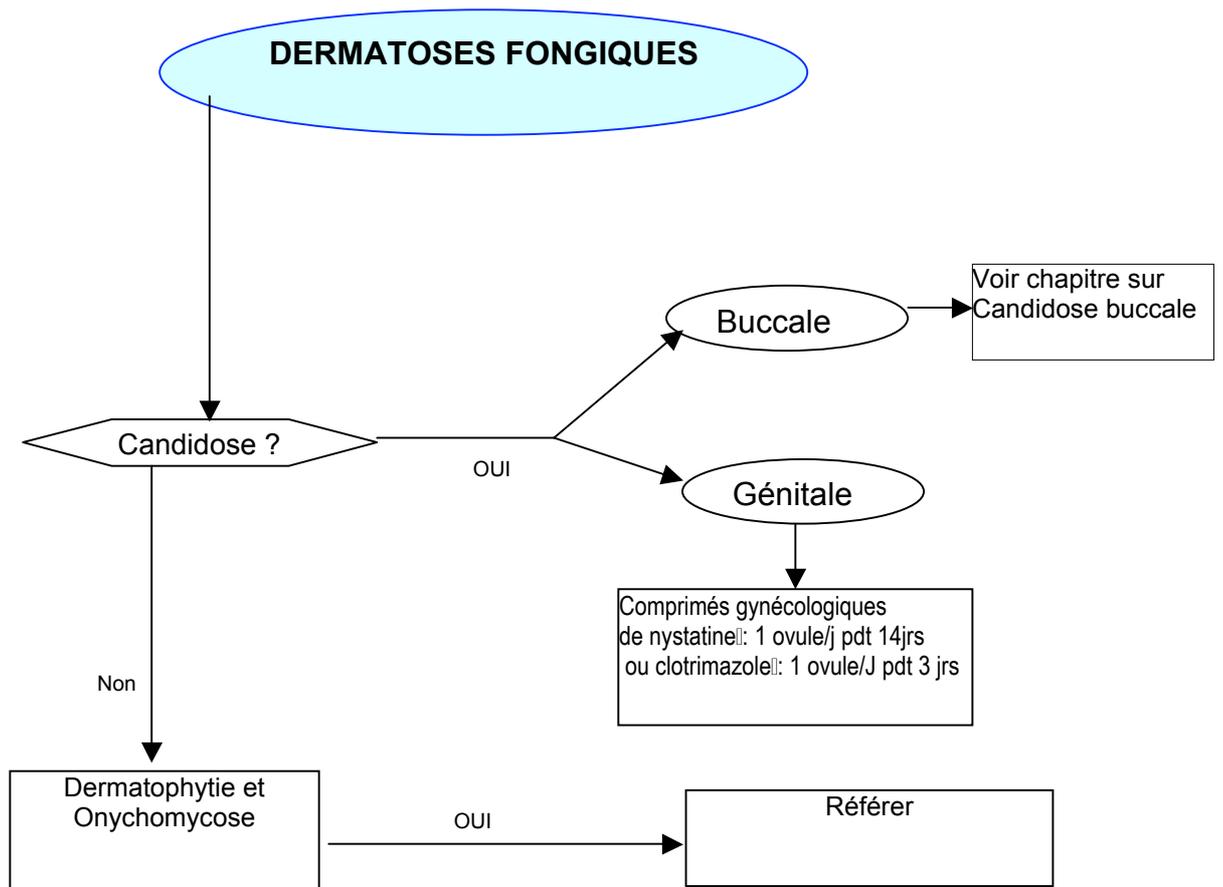
N.B : en cas d'allergie à la pénicilline donner la tétracycline 500 mg : 1 cp 4 fois par jour pendant 15 jours (sauf pour les femmes enceintes).

Chez un patient asymptomatique, aucune autre investigation ou traitement n'est nécessaire.









Annexes

Annexe 1 : Conditions et principes d'une causerie

- ✓ **Les conditions de réussite d'une causerie éducative**
 Pour qu'une causerie réussisse il faut que le groupe soit :
 - homogène : les membres qui le composent doivent avoir les mêmes caractéristiques (sexe, âge, appartenance socioculturelle).
 - restreint : un groupe composé de 10 à 15 participants facilite l'interaction au sein du groupe.

- ✓ **Les principes de la causerie éducative :**
 - avoir confiance en soi
 - éviter de juger ou d'évaluer trop rapidement
 - éviter de s'en tenir à la première impression
 - écouter attentivement de façon continue même si la personne qui parle ou ce qu'elle dit nous déplaît
 - apprendre à centrer son attention sur celui qui parle
 - reformuler pour vérifier si on a bien compris ce que dit notre interlocuteur et si on raisonne bien sur les mêmes données
 - bien étudier les questions avant de les poser
 - savoir contrôler ses émotions, voire sa colère
 - reconnaître et assurer ses responsabilités
 - éviter d'imposer son point de vue
 - accepter de négocier

Annexe 2 : Qualités d'un bon animateur

- 1. Les attitudes :**
 - Accueillant,
 - Respectueux, poli, courtois
 - Attentif aux réactions du public
 - Patient,
 - Disponible,
 - Tenue adaptée au milieu,
 - Langage clair et simple (parler posément et à haute voix).

- 2. Les compétences de base**
 - maîtriser le sujet,
 - faire des synthèses,
 - adopter un langage simple,
 - faire participer l'auditoire,
 - écouter attentivement.

Annexe 3 : Certificat de viol.

**1. Adresse complète
du Médecin requis**

**1. Service où exerce
le médecin requis**

Différentes parties

3. Description succincte et précise des circonstances du viol en engageant sa propre responsabilité et celle de la plaignante.

4. L'examen du jour doit se faire en présence d'une tierce personne et comporter :

- Un examen vestimentaire portant sur la tenue de la patiente si elle est reçue le jour même du viol.
- Un examen général à la recherche de lésions traumatiques corporelles.
- Un examen gynécologique complet :
 - ✓ Inspection et palpation de la région pelvienne
 - ✓ Examen des seins
 - ✓ Examen au spéculum et toucher vaginal combiné au palper abdominal.
- Un examen buccal, anal, neurologique et l'examen des autres appareils en décrivant en détail tout ce qui paraît insolite et lésionnel.

5. Le retentissement psychoaffectif de l'agression.

6. La datation de l'acte par rapport aux dernières règles de la patiente.

7. Les examens complémentaires :

- Prélèvement des sécrétions dans le cul de sac postérieur du vagin à la recherche des spermatozoïdes si la victime est vue le jour même de l'agression.
- Examens complémentaires : à faire le jour même de l'observation.
 - ✓ Test de grossesse
 - ✓ Sérologie VIH
 - ✓ VDRL – TPHA
 - ✓ Prélèvement endocervical.

Pour la sérologie VIH, VDRL – TPHA, les refaire 3 mois après.

8. L'estimation chiffrée de l'incapacité temporaire totale.

9. Prescription d'une contraception d'urgence au besoin.

10. Conclusion.

11. Justification du certificat : Certificat établi sur demande de l'intéressée ? Ou d'un Officier de Police ?

12. Date de l'établissement du certificat.

13. Signature lisible du Médecin requis.

14. Copies (04 exemplaires) à remettre en main propre à l'intéressée ou à envoyer à l'Officier de Police.

15. Le Médecin requis doit toujours garder un double du certificat.

Annexe 4 : Liste des médicaments proposés pour le traitement des affections opportunistes pulmonaires

Traitements anti-tuberculeux

- 1.1 Rifamycine 10mg/kg/j
- 1.2. Isoniazide 5mg/kg/j
- 1.3. Ethambutol 20 - 25mg/kg/j
- 1.4. Streptomycine 15mg/kg/j
- 1.5. Thiacétazone 2,5mg/kg/j
- 1.6. Pyrazinamide 30 - 40mg/kg/j

Traitements anti-bactériens

- 2.1. Ampicilline 500mg 250mg
- 2.2. Chloramphénicol 250mg, 1g
- 2.3. Amoxicilline 250mg, 500mg
- 2.4. Tétracycline 250mg
- 2.5. Benzathine-benzylpénicilline 2,4 M
- 2.6. Benzylpénicilline 1M et 500000
- 2.7. Phénoxylméthylpénicilline 125mg, 250mg
- 2.8. Gentamycine 10, 40, 80, 160mg

Antimycosiques

- 3.1. Amphotéricine B 250mg
- 3.2. Nystatine **100000 UI**
- 3.3. Griséofulvine 250, 500mg

Antiamibiens et trichomonacides

- 4.1. Métronidazole 250, 500mg
 - 4.2. Tinidazole 500mg
- Antihelminthiques
- 5.1. Mébendazole 250mg
 - 5.2. Albendazole 400mg
 - 5.3. Thiabendazole 500mg
 - 5.4. Pamoate de pyrantel 125mg

Sulfamides

- Cotrimoxazole (TMP-SMX) 240 et 480mg
(Ebauche 8/7/01)

Annexe 5 : Le Concept de Genre et sa Signification pour la Santé de la Reproduction

Introduction

Le Ministère de la Santé vise des programmes de formation et de prestation de services qui sont sensibles au genre. La sensibilité au genre est la "capacité de se rendre compte de l'existence de différences, d'inégalités et de questions liées au genre et d'incorporer ces considérations dans les stratégies et les activités" (DFID, 1999). Une formation sensible au genre prépare les prestataires à analyser leurs propres comportements et les services fournis

sous l'optique de sensibilité au genre, afin d'offrir des services qui répondent aux besoins des client(e) s hommes et femmes, dans le domaine de santé de la reproduction. Ceci résulte en des services plus acceptables, plus accessibles et plus efficaces.

Le Concept de Genre

Le terme "sexe" se réfère aux différences biologiques entre les hommes et les femmes. Par contraste, le terme "genre" se réfère aux caractéristiques des hommes et des femmes qui sont socialement et culturellement déterminées. Ceci veut dire que les hommes et les femmes apprennent pendant leur vie des comportements, des rôles et des responsabilités liés à son genre dans le contexte de leurs sociétés.

Par exemple, l'idée que la place de la femme est dans la maison ou que le travail domestique est la responsabilité seule des femmes est une idée créée par une société. L'idée que l'homme est toujours fort est également une idée créée ou sanctionnée par la société. Puisque toute société est différente, et puisque toute société se développe et se transforme dans ses pratiques, croyances, coutumes et normes de comportement au fil du temps, les rôles et les relations liés au genre ne sont pas fixes ou universels.

Universels.

Le genre est un phénomène lié aux rapports entre les hommes et les femmes. Ceci veut dire que les rôles, responsabilités et les caractéristiques liées au genre sont définies à travers les rapports entre les hommes et les femmes. Les croyances et valeurs liées au genre influencent la vie quotidienne des hommes et des femmes, par exemple, dans les critères de beauté, les vêtements portés, l'éducation reçue, le travail alloué.

Les rapports liés au genre sont souvent inégaux et hiérarchiques. Ceci entraîne souvent une inégalité dans l'accès aux ressources telles que l'information, le pouvoir de décision, l'argent et les services.

Genre et la Santé

Le genre est pertinent à la santé car les différences liées au genre, surtout les différences dans l'accès aux ressources pour les hommes et les femmes, aboutissent souvent à un déséquilibre dans :

- La vulnérabilité aux maladies;
- L'état général de santé, surtout l'état de santé de la reproduction;
- La morbidité et la mortalité ;
- La qualité des soins reçus et ;
- L'accès aux soins de santé.

Il est évident que les femmes constituent un groupe vulnérable, parce que leur statut socio-économique, ainsi que les croyances et coutumes traditionnelles associées aux femmes, limitent leur capacité à maîtriser les conditions de leur vie (Cohen et Burger, 2000). Par exemple, puisque les femmes ont moins d'accès aux ressources comme l'argent, elles sont moins capables de prendre des mesures pour se protéger contre les maladies telles

que le SIDA ou le paludisme. Et, puisque les femmes ont moins d'accès à l'information, elles ne cherchent pas des soins pour une infection du système reproductif ou une complication de l'excision.

Le genre est donc pertinent à la santé car il influence la santé et l'équité en accès aux soins de santé.

La Pratique de l'Excision, la Santé de la Reproduction et les Droits Reproductifs

Les attentes, les pratiques et les comportements liés au genre influencent fortement la santé de la reproduction des femmes. Par exemple, l'excision est une pratique liée au genre. C'est une pratique sociale et traditionnelle qui exprime des valeurs associées au rôle de la femme et à l'identité désirable d'une femme. Les raisons traditionnelles pour la pratique sont: la fidélité; la chasteté; la virginité; la fécondité; et l'état d'hygiène d'une femme. Néanmoins, aucune de ces raisons n'est valable (ASDAP, 1998). Au contraire, la pratique est néfaste à la santé des femmes car elle entraîne des complications médicales (physiques et psychologiques) nuisibles à la santé de la reproduction et au bien-être des femmes et des couples.

L'excision consiste de "l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme" (ASDAP, 1998), pratiquée pour des raisons culturelles ou traditionnelles et non pour des raisons thérapeutiques. 94% des femmes maliennes sont excisées. Quant à la Lettre du Ministère de la Santé (No. 0019), "29% des femmes ayant subi l'excision ont des difficultés à l'accouchement", compare à 7% seulement chez les femmes non excisées (Population Council, 1998). Ces complications sont, entre autres, les hémorragies et les déchirures de périnée, les douleurs, les infections, le tétanos, la rétention ou l'incontinence d'urine, et parfois, la mort. (Voir Chapitre II du curriculum pour une liste exhaustive des complications). Ces complications affectent la capacité d'une fille ou une femme de vivre normalement, de se marier, de se procréer.

C'est à cause du lien entre le genre et la santé de la reproduction que la politique de services du Ministère de la Santé a adopté le concept de "Genre et Santé" (Ministère de la Santé, Mars 2000), qui "regroupe un ensemble de mesures visant à promouvoir l'épanouissement de l'homme et de la femme en tenant compte les paramètres suivants :

- Prise de décision de façon responsable en matière de la sexualité et de procréation;
- Accès aux informations et aux services de santé de la reproduction à ceux ou celles qui le désirent et ;
- Le droit de disposer de son corps.

Cette politique inclut la lutte contre les pratiques néfastes à la santé de la femme, y compris la lutte pour l'abandon de l'excision, car de toutes les pratiques ayant des effets néfastes sur la santé, l'excision est le plus fréquent (Ministère de la Santé, Juin 2000).

L'Excision dans le Contexte de Santé et des Droits Reproductifs

Par santé de la reproduction, on entend “le bien-être général tant physique que mental et social de la personne humaine pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement, et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités “ (CIPD, 1994). Cette définition de la santé est carrément différente d'une définition biomédicale; voire, elle est orientée vers et la santé et aux droits humains qui sont reconnus dans divers instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme et dans d'autres documents qui sont le fruit d'un consensus international. Les droits de la reproduction sont basées sur les principes de la dignité humaine, la liberté et l'égalité.

Il s'est avéré que la pratique de l'excision nuit sérieusement la santé de la reproduction de la femme. De plus, la pratique de l'excision mine certains droits reproductifs de la femme et de la fille (Ministère de la Santé, Juin 2000 et autres), à savoir:

- Le droit a la liberté et a la sécurité de la personne :
 - Tout individu a droit a la liberté et la sécurité de la personne et, en conséquence, s'engage a ce qui suit ;
 - Toute personne a le droit d'être libre de jouir de sa vie sexuelle et de la reproduction et d'en avoir la maîtrise, tout en respectant les droits des autres ;
 - Toute personne a le droit de ne pas subir d'intervention médicale relative à sa santé sexuelle et de la reproduction, sans son plein consentement libre et informé ;
 - Toutes les femmes ont le droit d'être libres de toute forme de mutilations génitales ;
- Le droit a l'égalité et le droit d'être libre de toutes les formes de discrimination :
 - Toutes les femmes et toutes les fillettes ont le droit a une nutrition et a des soins appropriés tout au long de leur vie et ont le droit d'être libres de toutes pratiques nuisibles, coutumières et autres qui reposent sur... une conception stéréotypée du rôle des hommes et des femmes...”
- Le droit aux soins et a la protection de la santé:
 - Toute personne a le droit de jouir du meilleur état de la santé physique et mentale ;
 - Toute personne, et en particulier la fillette et la femme, a le droit d'être protégé contre les pratiques traditionnelles qui sont nuisibles pour la santé”

Glossaire

| | | |
|------------------------|---|--|
| Aménorrhé | : | Absence de menstruations. |
| Anémie | : | Etat clinique dû a un nombre de globules rouges inférieur à la normale. |
| Antalgique | : | Se dit d'un produit qui agit en diminuant la douleur. |
| Antiseptique | : | Se dit d'un produit qui inhibe la croissance des micro-organismes. |
| Aseptique | : | Exempt de toute contamination par des organismes vivants nuisibles. |
| Avortement | : | Expulsion prématurée hors de l'utérus de l'œuf ou du fœtus non viable ou mort, du placenta et des membranes. |
| Canal déférent | : | Canal anatomique passant dans le cordon inguinal et qui conduit le sperme de l'épididyme à la prostate. |
| Cervicite | : | Inflammation du col utérin. |
| Choc vagal | : | Choc provoqué par l'excitation du nerf vague |
| Counseling | : | Visite pendant laquelle un éducateur ou un prestataire de service discute avec un (e) client (e) de ses besoins ou problèmes dans le but de faciliter le ou la client (e) à prendre une décision. |
| Cycle menstruel | : | Enchaînement de phénomènes physiologiques se produisant de façon à une périodique, et en général chaque mois, chez une femme et préparant grossesse éventuelle. |
| Dysménorrhée | : | Menstruations ou règles douloureuses. |
| Dyspareunie | : | Douleurs provoquées par les rapports sexuels |
| Endocervical | : | Zone interne du col utérin (canal cervical) qui sécrète la glaire cervicale. |
| Hémorragie | : | Saignement ou effusion de sang en dehors du corps. |
| Hépatite | : | Inflammation du foie provoquée par une infection ou des substances toxiques. |
| Hypospadias | : | Malformation congénitale masculine caractérisée par la situation anormale du méat urétral sur la face inférieure de la verge. |
| Hystéromètre | : | Instrument servant à mesurer la profondeur de la cavité utérine. |
| Ictère | : | Coloration jaune de la peau et des muqueuses due à la présence d'un pigment biliaire qui n'a pas été éliminé de façon normale. |

| | | |
|----------------------------|-------------------------|--|
| Leucorrhée : | petite quantité | Écoulement vaginal le plus souvent blanc ou jaunâtre, dont une est considérée comme normale. |
| Ménorragie : | | Saignement anormal prolongeant les règles |
| Menstruations : | débris muqueuse d'un | Ou règles, c'est un écoulement vaginal périodique de sang mêlé de tissulaires, résultat de la chute d'une partie ou de la totalité de la utérus non gravide. |
| Métrorragie : | | Saignement génital survenant en dehors des règles. |
| Migraine : | une «[aura]» | Type spécifique de mal de tête douloureux et intense annoncé par et accompagné typiquement de nausée et de vomissements. |
| Nullipare : | | Femme n'ayant pas eu de grossesse dépassant 20 semaines. |
| Ovulation : | maturité. | Processus physiologique pendant lequel un ovaire libère un ovule à |
| Pédophilie : | | Attraction sexuelle pour les enfants |
| Plastie : | | Acte chirurgicale consistant à la réparation des tissus |
| Sphinctéroplastie : | | Réparation de sphincter par acte chirurgical |
| Spotting : | | Saignement génital de petite quantité, irrégulier qui tâche le slip. |
| Suivi : | ou de | Action prise en vue de contrôler, mesurer, vérifier les résultats d'un plusieurs traitements prescrits antérieurement. |
| Thrombose : | du cœur. | Formation de caillots sanguins dans un vaisseau ou dans les cavités |
| Vaginite : | | Inflammation du vagin, souvent étendue à la vulve (vulvo-vaginite). |
| Varices : | souvent | Veines superficielles des membres inférieurs dilatées enflées et tortueuses, non liées aux thromboses veineuses profondes. |

Fiche de suivi des procédures des services de santé de la reproduction

Afin d'améliorer l'application sur le terrain et l'utilisation de ce document de procédures des services de santé de la reproduction, tous les utilisateurs sont invités à remplir cette

fiche et à l'envoyer à la Division Santé Familiale et Communautaire/Ministère de la Santé Bamako, après une période d'utilisation ayant permis de couvrir les procédés contenus dans ce document.

Renseignements vous concernant (facultatif):

Noms: _____

Titre professionnel: _____

Lieu d'exercice: _____

Vos principales fonctions: _____

Vos appréciations sur les procédures des services de santé de la reproduction:

Date de réception des procédures de santé de la reproduction: _____

Indiquer les circonstances d'obtention de ce document:

a. Séminaire de dissémination: **Oui/Non**

b. Supervision des services: **Oui/Non**

c. Formation du personnel: **Oui/Non**

d. Formation d'élèves/étudiants: **Oui/Non**

e. Autres:

Avant ces documents, avez-vous déjà utilisé des documents de procédures des services?

Oui/Non

Si **Oui**, quand et où? _____

Quelles sont les sections de ces procédures que vous avez utilisées depuis que vous êtes en possession de ce document? _____

Pour les procédures de santé de la reproduction que vous avez utilisés, veuillez indiquer ceux qui sont incomplets ou non réalisés:

de
Quels sont les éléments qui rendent **difficiles** l'utilisation de ces procédures de santé de la reproduction?

Y a-t-il des imprécisions ou erreur de fond que vous avez relevées dans ces procédures de santé de la reproduction?

Pensez-vous que la présentation de ce document facilite son utilisation?

Si **Non**, que suggérez-vous? _____

Pensez-vous que ce document vous aide dans votre travail quotidien?

Oui/Non

Si **Non**, que suggérez-vous? _____

Quelles sont les autres suggestions que vous formulez pour améliorer
l'utilisation de ces procédures?

Merci de vos suggestions utiles pour l'amélioration de ces procédures de
santé de la reproduction.

Date: _____

Liste des participants

| NOMS & PRENOMS | ADRESSES |
|--|-------------------------------------|
| ✂ D ^r Bakary KONATE | Direction Régionale Santé/Koulikoro |
| ✂ M ^{me} SANOGO, Bintou KONE | Direction Régionale Santé/Koulikoro |
| ✂ D ^r KASSOGUE Djibril | Direction Régionale Santé/Sikasso |
| ✂ M ^{me} DIAMOUTENE, Marie L. | Direction Régionale Santé/Sikasso |
| ✂ D ^r Mahamadou HACHIMI | Direction Régionale Santé/Ségou |
| ✂ M ^{me} SIDIBE, Rokia BENGALY | Direction Régionale Santé/Ségou |
| ✂ D ^r DAKONO Georges | Direction Régionale Santé/Bamako |
| ✂ M ^{me} Fatou B. DIOP | Direction Régionale Santé/ Bamako |
| ✂ M ^{me} TAMBOURA Safiatou | CNIECS |
| ✂ M ^{me} TOURE Nana CISSE | AMPPF |
| ✂ D ^r SANGARE, Oumou FOFANA | PNLS |
| ✂ D ^r KEITA, Assa SIDIBE | CREDOS |
| ✂ D ^r SYLLA, Habibatou DIALLO | ASDAP |
| ✂ Pr Kalilou OUATTARA | Hôpital du Point G |
| ✂ Pr Amadou DOLO | Hôpital Gabriël Touré |
| ✂ D ^r TEGUETE Ibrahima | Hôpital Gabriël Touré |
| ✂ D ^r TRAORE Broulaye | Hôpital Gabriël Touré |
| ✂ M ^{me} CAMARA, N.K. THERA | CSRéf Commune I |
| ✂ D ^r SIMA Mamadou | CSRéf Commune V |
| ✂ D ^r COULIBALY, Youma SALL | CSRéf Commune VI |
| ✂ D ^r KONE, Diahara TRAORE | Division Santé Reproduction/DNS |
| ✂ D ^r COULIBALY, Marguërite DEMBELE | Division Santé Reproduction/DNS |
| ✂ D ^r KALIFA TRAORE | Division Santé Reproduction/DNS |
| ✂ D ^r Dian, Karim SIDIBE | Division Santé Reproduction/DNS |
| ✂ D ^r SISSOKO, Mariam KONANDJI | Division Santé Reproduction/DNS |
| ✂ Haoua DIALLO | Division Santé Reproduction/DNS |
| ✂ M ^{me} BOCOUM, Kadidia BOCOUM | Division Santé Reproduction/DNS |
| ✂ M ^{me} Fanta COULIBALY | Division Santé Reproduction/DNS |
| ✂ M ^{me} KEITA, Oumou KEITA | Division Santé Reproduction/DNS |
| ✂ M ^{me} DAKOOU, Catherine DAKOOU | Division Santé Reproduction/DNS |
| ✂ M ^{me} KONATE, Baryatou CISSE | Division Nutrition/DNS |
| ✂ M ^{me} Mariam K CISSE | PNLP/DNS |
| ✂ D ^r DEMBELE, Sékou Oumar | Direction Pharmacie et Médicament |
| ✂ M. Mamadou DJIRE | Population Council |
| ✂ D ^r WELE Aly dit Agali | Groupe Pivot/Santé Population |
| ✂ D ^r THIERO, Fatoumata | Save the Children/SNL |
| ✂ D ^r DIARRA, Aminata KAYO | Save the Children/EMOC |
| ✂ M ^{me} KONATE, Ramata FOMBA | Projet Kénéya CIWARA/Care |
| ✂ M ^{me} TOURE, Aminata | Projet Kénéya CIWARA/Care |
| ✂ D ^r DOUCOURE, Arkia DIALLO | Assistance Technique Nationale |
| ✂ M ^{me} HAÏDARA Aissata | Personne ressource |
| ✂ M. Saïdou COULIBALY | Informaticien |
| ✂ D ^r SANGARE, Mariam SAKILIBA | Consultante |
| ✂ Dr Boniface SEBIKALI | Intrahealth International |
| ✂ Dr Cheick Oumar TOURE | Intrahealth International |

Bibliographie

1. Politiques et Normes des services de santé de la reproduction - Ministère de la Santé - Mars 2000.
2. Pour un meilleur accès à des soins de qualité en matière de planification familiale - WHO/RHR.OO.02 - Deuxième édition.
3. Procédures des services de santé de la reproduction - Ministère de la Santé - Mars 2000.
4. Protocole des services de santé familiale - Composantes communes/Ministère de la santé publique ; DSF ; Bénin. Novembre 2002.
5. The essentials of contraceptive technology - Johns Hopkins Population Information Program - Edition 2003.
6. "Improving Access to Quality Care in Family Planning." In: Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. 3rd ed. World Health Organization (WHO) Geneva, Switzerland: 2003.
7. "Excision" (Boîte à Images) - Association de Soutien au Développement des Activités de Population (ASDAP), Bamako, 1998.
8. Centre du Droit et de la Politique de la Reproduction (CRLP), "Les Pratiques Néfastes Traditionnelles qui Affectent les Droits de la Reproduction," Les Droits de la Reproduction 2000, 2000
9. Cohen, Sylvie et Burger, Michèle, Le Partenariat: Une Nouvelle Approche à la Santé Sexuelle et de la Reproduction, FNUAP, Rapport Technique No.3, Décembre, 2000
10. DFID, Ecole de Médecine Tropicale de Liverpool et le Groupe de Genre et Santé, Directives pour l'Analyse le Genre et la Santé, Janvier 1999
11. FNUAP, Programme d'Action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD), Caire, Septembre 1994
12. L'Encyclopédie des Droits Humains, Volume One, EDS. Lewis, JR; and Skutsch, C. Sharpe Reference
13. Lettre No. 0019, à Tous Directeurs Régionaux de la Santé Publique et Tous Directeurs des Hôpitaux de Bamako et de Kati,

Ministère de la Santé des Personnes Agies et de la Solidarité,
Bamako, 7 Janvier, 1999

14. Ministère de la Santé, Direction Nationale de la Santé Publique,
Division de Santé Familiale et Communautaire, avec PDY, Manuel
de Référence de Santé de la Reproduction des Jeunes Adultes a
l'Intention des Prestataires de Services, Bamako, Juin 2000

15. Population Council, Division Santé Familiale et Communautaire
et ASDAP, Etude de l'Efficacité de la Formation du Personnel Socio
sanitaire dans l'Education des Clientes sur l'Excision. Projet de
Recherche Opérationnelle et d'Assistance Technique en Afrique,
Décembre 1998