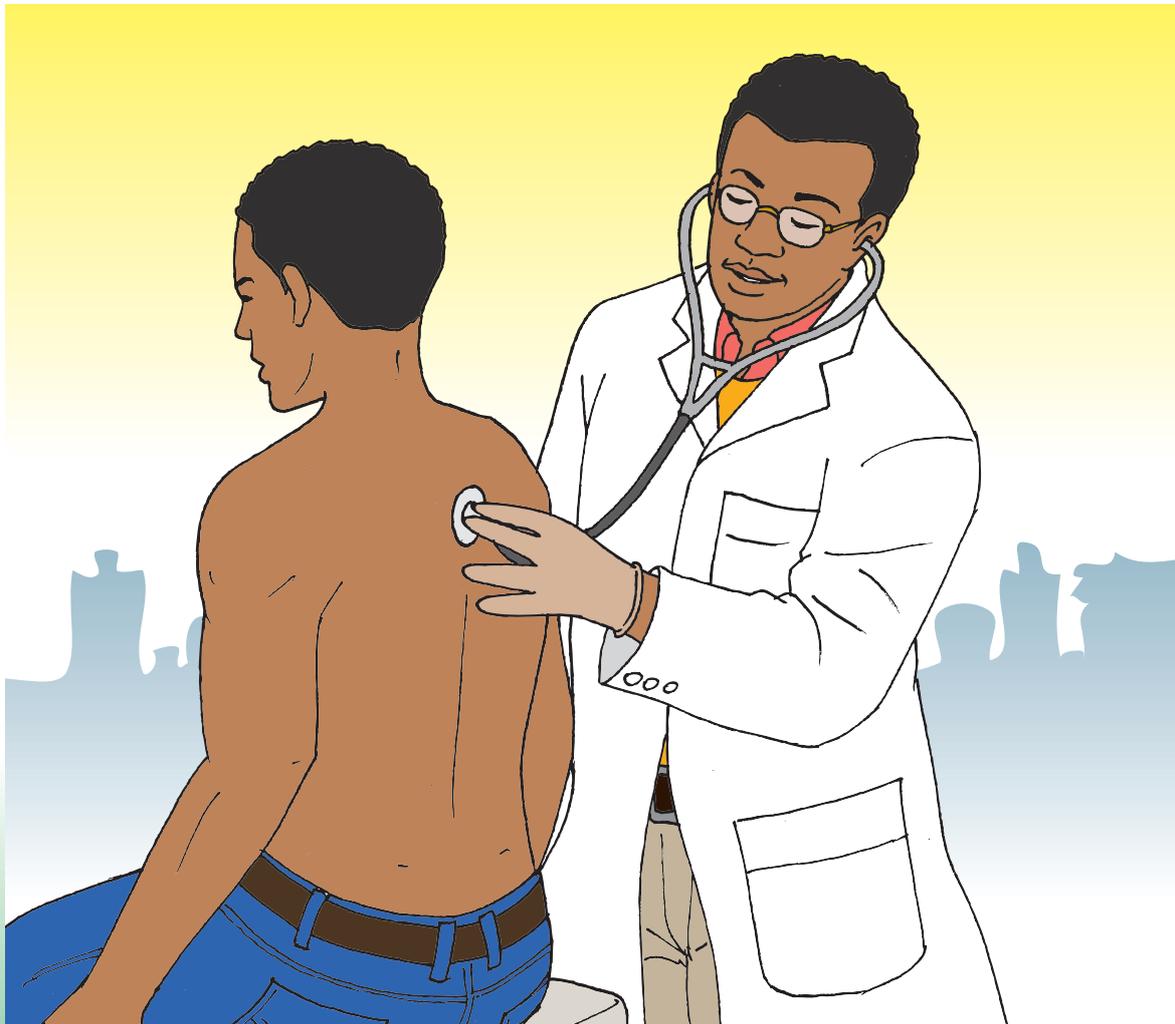




GUIDE DE PRISE EN CHARGE MEDICALE DES IST/VIH/SIDA CHEZ LES HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC D'AUTRES HOMMES



A L'INTENTION DES PRESTATAIRES DE SANTE

Septembre 2013

S O M M A I R E

ACRONYMES	04
PREFACE	06
REMERCIEMENTS	07
INTRODUCTION	08
CHAPITRE I : GENERALITES SUR LES IST ET LE VIH/SIDA	09
CHAPITRE II : PRESENTATION DE L'HOMOSEXUALITE	19
CHAPITRE III : RELATIONS PRESTATAIRES DE SANTE - PATIENTS	23
CHAPITRE IV : LA PRATIQUE AU QUOTIDIEN	24
ANNEXES : ALGORITHME DE PRISE EN CHARGE SYNDROMIQUE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST) EN COTE D'IVOIRE CHEZ LES HOMMES	35
BIBLIOGRAPHIE	36

A C R O N Y M E S

AC	Agent Communautaire
AGR	Activités Génératrices de Revenus
ANS-CI	Alliance Nationale contre le sida en Côte d'Ivoire (ou Alliance Côte d'Ivoire)
ARV	Anti rétroviral
ASAPSU	Association de soutien à l'Auto-Promotion Sanitaire Urbaine
CAMES	Centre Chrétien d'Assistance Médicale et Sociale
CC	Changement de Comportement
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CdeC	Clinique de Confiance
CD	Conseil Dépistage
CDIP	Conseil Dépistage Initié par le Prestataire
CDV	Conseil Dépistage Volontaire
CIP	Côte d'Ivoire-Prospérité
CHU-T	Centre Hospitalier et Universitaire de Treichville
COSCI	Conseil des Organisations de Lutte contre le Sida
CS	Centre de Santé
DGLS	Direction Générale de la Lutte contre le sida
DPS	Direction de la prévention du Sida
EDS	Enquête Démographique de Santé
EP	Educateur de pairs
ET	Educateur terrain
eTME	élimination de la Transmission Mère Enfant
FHI360	Family Health International 360
FM	Fonds Mondial
HAI	Heartland Alliance International
HSB	Homme ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes
HSBVIH	Homme ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes vivant avec le VIH/sida
IEC	Information Education Communication
IO	Infections Opportunistes
IST	Infection Sexuellement Transmissible
JHU	John Hopkins University

IMT	Institut de Médecine Tropical d'Anvers (Belgique)
LGBTi	Lesbienne Gay Bisexuel Transgenre intersex
MARPs	Most At Risk Populations / Les Populations les plus à Risque
MSHP	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
MSLS	Ministère de la Santé et de la Lutte contre le sida
MST	Maladie Sexuellement Transmissible
OBC	Organisation à Base Communautaire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PAPO-HV	Projet d'Assistance aux Populations Hautement Vulnérables
PEC	Prise en Charge
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief
PLS-PHV	Programme de Lutte contre le Sida chez les Populations Hautement Vulnérables
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNPEC	Programme National de Prise En Charge des personnes vivant avec le VIH
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PSM	Professionnel du Sexe Masculin
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PVVIH	Personne(s) vivant avec le VIH
RIP+	Réseau Ivoirien des organisations des personnes vivant avec le VIH
SHARM-CI	Survey HIV and Associated Risk factors among Men who have sex with men - Côte d'Ivoire
SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SMIT	Service des Maladies Infectieuses et Tropicales
TARV	Traitement Antirétroviral
TB	Tuberculose
TTT	Traitement
UD	Usager de Drogue
UDI	Usager de Drogue par Injection(ou utilisateur de drogues injectables)
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

P R E F A C E

Ce guide que nous avons l'honneur de préfacer nous paraît remarquable car il est le fruit d'une importante prise de conscience et d'une collaboration entre les programmes nationaux et internationaux.

La collaboration rédactionnelle de ce document constitue une forte participation de différentes personnalités sans les nommer ; dans leurs différentes fonctions et responsabilités, usant de leur temps, dévouement, talent, expérience et qualification à l'élaboration et au perfectionnement de ce guide.

L'ampleur de la pandémie et ses ravages au sein des populations, en particulier des minorités sexuelles, doivent donner aux prestataires de santé de nouvelles orientations quant à leur prise en charge.

Cependant, il serait utile de noter que la volonté de donner une réponse efficace à la prévalence du VIH devrait passer par la formation, l'acquisition d'informations précises et fiables afin d'offrir des services et soins de qualité à l'attente des bénéficiaires.

Cela ne sera possible que par l'implication de tout le personnel de santé, avec des programmes et des plans stratégiques bien élaborés, en prenant en compte toutes les composantes de la santé et les HSH en particulier.

Si les autres cibles prioritaires ont une prise en charge médicale, il en est moins pour les HSH qui, de par leurs pratiques sexuelles, n'en bénéficient pas dans tous les centres de santé.

C'est pour pallier ces insuffisances que le Programme de Lutte contre le Sida en charge des Populations Hautement Vulnérables (PLS-PHV) a conçu le présent guide afin d'orienter les prestataires de santé dans leurs pratiques quotidiennes, tout en respectant les spécificités de cette cible.

Les bonnes pratiques contenues dans ce guide permettront à chaque prestataire de santé d'améliorer ses services afin de **permettre à chaque HSH de vivre en bonne santé dans la perspective d'une société sans discrimination ni stigmatisation.**

R E M E R C I E M E N T S

Le PLS-PHV remercie tous ceux et toutes celles qui ont contribué à l'élaboration de ce manuel, notamment, Mme le Ministre de la santé et de la lutte contre le sida, Dr Raymonde Goudou Coffi, Monsieur le Directeur Exécutif d'Alliance Côte d'Ivoire pour l'appui technique et financier à travers le FONDS MONDIAL, et les personnes dont les noms suivent :

- Dr THIAM-Niangoin Marguerite, Directeur Coordonnateur du PLS-PHV
- Dr TRAORE Salamata, Chef de service PS/HSB au PLS-PHV
- BIEKOUA Yadjoro Josué, Assistant suivi et évaluation PLS-PHV
- DASSE Marie Ange, Gestionnaire des Intrants PLS-PHV
- KOIDIO Krouwa Adèle Larissa, Sociologue PLS-PHV
- Mme HOKOU Patricia, Chargée de Communication PLS-PHV
- Dr N'GUESSAN Kouakou Bernard, Chargé de Suivi et évaluation PLS-PHV
- Dr WOGNIN Venance, Chef de service suivi et évaluation PLS-PHV
- Dr KOUASSI Joelle, Chef de service PC-UD-M-R au PLS-PHV
- Dr TIMI Kouakou Alain, Consultant médecin clinique espace confiance
- Dr ANOMA Camille, Directeur Exécutif d'Espace Confiance
- KRA Yao Alain, Membre du Conseil Administratif, Chargé de formation COSCI
- Dr KONAN Kouakou Germain, Médecin ASAPSU
- TOURE Ningwele Claver, Coordonnateur de projet ALTERNATIVE CI
- GNAO Elvis, Directeur Exécutif ARC EN CIEL PLUS
- GNIZAKO Lago Lucien, Président SECOURS SOCIAL
- KOUASSI Née Kouman Abenan Yolande, Chargée de l'appui technique/conseil des ONG/OBC DPS
- Dr YUÉ Innocent, Médecin CIP
- GLE Tia Benoit, Chargé du service Suivi-Evaluation DGLS
- DOUTI Raymonde Yolande, Consultante /Formatrice
- TOA Lambert Doua, Assistant de programmes Alliance Côte d'Ivoire
- KONAN Lucile, Chargée de programme Alliance Côte d'Ivoire
- Mme KOUAKOU Catherine Formatrice, Responsable activités terrain Clinique Espace Confiance
- Dr OUELLE Flavienne, Directrice des programmes Heartland Alliance Internationale
- AVIT Eny Bertrand, Coordonnateur de projets RUBAN ROUGE
- ADJE Noelle, Assistante technique PNPEC
- Dr KOUADIO Kouassi Blaise, Conseiller Technique FHI360
- MELEDJE Simon Stéphane, Heartland Alliance Internationale.



I N T R O D U C T I O N

L'infection à VIH constitue depuis plus d'une décennie un problème majeur de santé publique dans le monde.

L'Afrique subsaharienne demeure l'une des régions les plus touchées avec 22,9 millions de personnes infectées contre 340 millions dans le monde dont une prévalence de 67% (Rapport ONUSIDA 2009).

La Côte d'Ivoire est l'un des pays de l'Afrique de l'Ouest le plus durement frappé par l'infection à VIH avec une prévalence de 3.7% selon le rapport EDS III.

Ce taux est inégalement réparti au sein de la population générale. En effet, il existe des populations clés dont les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les usagers de drogues, les professionnels de sexe, les routiers, les migrants, ... où l'infection reste fortement élevée.

L'étude bio comportementale, SHARM CI sur les HSH, réalisée en 2011 à Abidjan, a relevé une séroprévalence de 18% au sein de cette population.

Les Infections Sexuellement Transmissibles, bien que leur prévalence ait connu une régression au sein de la population générale, suscitent encore un regain d'intérêt avec l'apparition du VIH.

En effet, il est clairement démontré par les études épidémiologiques que les IST, qu'elles soient ulcéraives ou non, favorisent la transmission du VIH, ce qui modifie le cours naturel de certaines IST. L'existence d'une IST multiplierait par 10 le risque de transmission du VIH.

Notons que les HSH représentent une population au sein de laquelle le lien étroit, qui existe entre les IST et le VIH, est fortement mis en évidence. D'où l'association du diagnostic et du traitement des IST à la lutte contre l'infection à VIH.

La vulnérabilité des HSH aux IST/VIH/sida résulte de plusieurs facteurs bio comportementaux. En Côte d'Ivoire, l'étude SHARM CI montre que presque tous les HSH (90,3%) ont eu à la fois des rapports sexuels oraux et anaux avec un homme dans la dernière année.

L'existence d'autres déterminants de la vulnérabilité des HSH à l'infection à VIH, telles que la stigmatisation et la discrimination, viennent réduire l'accès de cette population aux services de prévention et de prise en charge. Cette marginalité crée des obstacles dans l'accès au dépistage du VIH, à l'information, aux moyens de prévention, soins, traitements et services d'appui, ce qui, par conséquent, augmente les risques de transmission du VIH.

Aussi, les prestataires de santé ne sont-ils pas toujours formés à la prise en charge des IST/VIH/sida chez les HSH. Ce fait contribue fortement aux attitudes stigmatisantes et discriminantes de certains prestataires de santé à leur endroit, ce qui a été signifié à travers des rapports écrits par les associations des défenses des droits des HSH en Côte d'Ivoire.

Pour pallier cette situation et contribuer à la réduction de la prévalence des IST et du VIH au sein de cette population clé, la Côte d'Ivoire a décidé de développer des stratégies de lutte contre l'infection à VIH. Ces stratégies, basées sur les recommandations de l'ONUSIDA et incluses dans le PNS 2011-2015, ont pour une de leurs composantes essentielles, la prise en charge des IST/VIH et sida au sein des centres de santé.

Vu la problématique médicale de cette prise en charge et la prévalence élevée au sein de cette population, il est essentiel de former les prestataires de santé à la prise en charge de cette population ; d'où l'élaboration de ce guide qui, s'appuyant sur les normes et directives nationales, intègre toutes les spécificités des HSH.

CHAPITRE I : GENERALITES SUR LES IST ET LE VIH/SIDA

I - INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST)

1.1- Définition des IST

Une infection sexuellement transmissible (IST) est une affection contagieuse due à des microorganismes multiples et variés, liés entre eux par un mode de transmission : les rapports sexuels.

1.2- Classification des IST

Les infections sexuellement transmissibles sont dues à plus d'une trentaine de bactéries, virus ou parasites.

Dans les pays en développement, ce groupe d'infections et leurs complications sont l'un des cinq premiers motifs de consultation des adultes. Elles peuvent provoquer des maladies chroniques ou aiguës, ou peuvent ne pas s'accompagner de signes notamment chez la femme, mais les personnes infectées peuvent contaminer leurs partenaires.

Les IST se classent en deux groupes :

- Les IST à expression locale
- Les IST à diffusion systémique

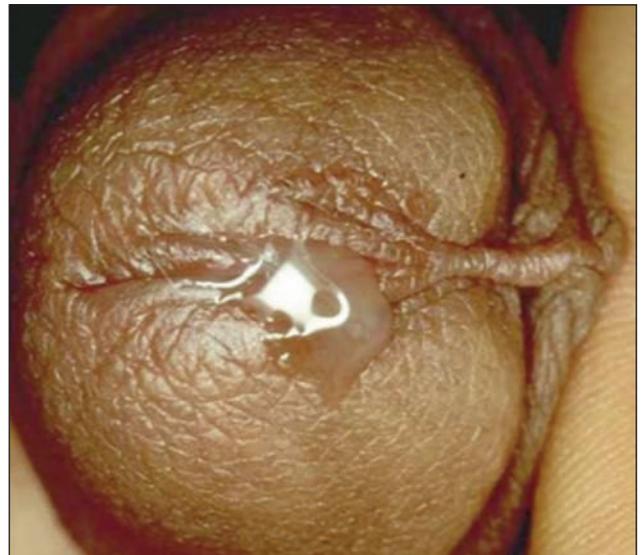
a) IST A EXPRESSION LOCALE

Infection	Types	Localisations	Transmission	Signes
Gonococcie	Ecoulement/ Pertes	Urètre Gorge Anus	Génito-buccal (fellation) Génito-anal Anulingus	<ul style="list-style-type: none"> • Urétrite: sécrétion anormale jaune purulente +/- brûlure à la miction ou à l'éjaculation • prurit ou douleur au méat urétral • Pharyngite: gorge sèche, douleur pharyngée et toux évoquant une infection respiratoire virale • Anite: sécrétion anormale jaune ou saignement +/- douleur et saignements lors de la défécation ou des rapports anaux
Chlamydie	Ecoulement/ Pertes	Urètre Anus Scrotum	Génito-buccal (fellation) Génito-anal Anulingus	<ul style="list-style-type: none"> • Urétrite: sécrétion anormale jaune purulente +/- brûlure à la miction ou à l'éjaculation +/- prurit ou douleur au méat urétral • Anite: sécrétion anormale jaune ou saignement +/- douleur et saignements lors de la défécation ou des rapports anaux • Infection du scrotum: inflammation et douleur autour des testicules
Syphilis	Plaies Vésicules (boutons)	Peau ou muqueuse de la bouche et des organes génitaux externes	fellation) Génito- anal Anulingus	<p>3 stades de l'infection:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Syphilis primaire: ulcération (chancre) indolore, indurée, à l'endroit de l'inoculation; • Syphilis secondaire: éruption cutanée, atteinte neurologique (méningite), atteinte ophtalmologique; • Syphilis tertiaire: atteinte neurologique (paralysie générale, tabès).
Chancre Mou	Plaies Vésicules (boutons)	Peau ou muqueuse des organes génitaux externes Ganglions inguinaux	Génito-buccal (fellation) Génito- anal Anulingus	Ulcération inflammatoire, douloureuse, profonde, non indurée, prurit Adénopathie satellite (ganglions)
Herpès	Plaies Vésicules (boutons)	Peau ou muqueuse des organes génitaux externes et bouche	Baiser, Génito-buccal (fellation) Génito-anal Anulingus	Vésicules puis ulcérations douloureuses uniques ou multiples
Condylomes ou crêtes de coq	Boutons Végétations	Région génito-anales (+Urètre)	Génito-anal	Végétations vénériennes: excroissances cutanéomuqueuses Augmentent le risque de cancer anal

b. IST A DIFFUSION SYSTEMIQUE

INFECTION	Germes	TRANSMISSION
VIH et Sida	Virus de l'Immuno-déficience Humaine	Tous rapports sexuels non protégés, Injection de drogue Transfusion sanguine à risques Transmission mère-enfant
Hépatite A	Virus de l'hépatite A –VHA	Sexe oro-anal Echange de sex toys
Hépatite B	Virus de l'hépatite B –VHB	Tous rapports sexuels non protégés, Injection de drogue Transfusions sanguines à risques
Hépatite C	Virus de l'hépatite C –VHC	Sexe anal (notamment fist-fucking) Injection de drogue

Écoulements





Plaies, ulcérations





Boutons,



Végétations





Localisation buccale



Localisation Anal



1.3- Les modes de transmission des IST

a. La transmission sexuelle

- Hétérosexuelle
- homosexuelle

b. La transmission sanguine

- Transfusion de sang ou dérivés contaminés : syphilis, VIH
- Instruments non stérilisés

c. La transmission mère-enfant

- Transplacentaire mère/enfant (syphilis, VIH)
- Intra partum (gonorrhée, chlamydia, herpès)
- Au cours de l'allaitement (syphilis, VIH, chancre mou)

d. La transmission accidentelle

- Directe : gale, attentat à la pudeur (impubère), lèvre, langue, doigt, sein : syphilis, chancre mou, gonococcie.
- Indirecte : objets souillés, œil, laboratoire (ex : test de Nelson), gonococcie, syphilis, hépatite B, VIH.

Une IST non ou mal soignée peut entraîner des complications graves aussi bien chez la femme que chez l'homme.

NB : Les IST constituent une porte d'entrée du VIH

1.4 - Les complications courantes des IST

La complication la plus grave est la mort.

a. Complications des IST chez l'homme

- Le gonflement des testicules ;
- Les douleurs dans les testicules ;
- Les atteintes testiculaires à type d'orchite ou orchi-épididymite (inflammation aiguë des testicules avec gonflement, douleur et fièvre) ;
- Le rétrécissement du canal urinaire (difficulté pour uriner) ;
- La syphilis secondaire et tertiaire ;
- La stérilité ;
- L'augmentation du risque de cancer ano-rectal lié au virus HPV et la fréquence des récurrences des IST ;
- LGV= Lymphogranulomateuse vénérienne;
- La Sclérose ou rétrécissement du rectum (suite à une inflammation prolongée).

b. Complications des IST chez la femme

- Grossesse extra-utérine ;
- Cancer du col de l'utérus ;
- Avortement spontané ;
- Accouchement prématuré ;
- Atteinte des trompes et des ovaires (salpingite, ovarite) ;
- Syphilis secondaire et tertiaire ;
- Stérilité ;

- Paralysie ;
- Infection à VIH ;
- LGV= Lymphogranulomateuse vénérienne.

c. Complications de IST chez l'enfant et le nouveau né

- Malformation néo-natale (à la naissance) ;
- Petit poids à la naissance ;
- Cécité ;
- Prématuré ;
- Infection pulmonaire ;
- Conjonctivité purulente ;
- Infection à VIH.

1.5 - Stratégies de prévention et de lutte contre les IST (contrôle des IST)

Elles visent la réduction des risques d'infection (ou contagiosité), du nombre des partenaires et contacts sexuels à risque. Elles sont principalement primaire et secondaire.

a. La prévention primaire

Elle comporte :

- Le changement de comportement, c'est-à-dire la réduction du nombre de partenaires et l'utilisation des préservatifs ;
- L'amélioration de la disponibilité des préservatifs.

b. La prévention secondaire

C'est la prise en charge précoce et efficace des IST. Elle permet d'éviter les complications d'IST. Elle vise non seulement à diminuer la durée de contagiosité mais aussi à éliminer les nouveaux cas. La prise en charge précoce et efficace des IST permet l'interruption de la chaîne de transmission des IST et empêche l'apparition de complications et de séquelles (sauf le sida). Le diagnostic des IST courantes se fait selon l'algorithme national.

D'autres stratégies de prévention permettent aussi le contrôle des IST. Ce sont :

▶ La prise en charge des partenaires

Elle constitue un volet important dans la prise en charge des IST car elle permet d'interrompre la chaîne de transmission en évitant une réinfection.

▶ Les interventions ciblées auprès des groupes vulnérables tels que les HSH

▶ Le suivi et évaluation

▶ La recherche opérationnelle

II - VIH/sida

2.1 - Définitions

a. le **VIH** est le virus de l'immuno-déficience humaine. C'est le microbe qui est responsable de l'infection.

Il existe deux types de VIH : VIH 1 et VIH 2. Une personne peut être porteuse des deux types de virus (VIH1 et VIH2 autrement dit VIH dual).

b. le sida est le syndrome de l'immunodéficience acquise ou Syndrome Immunodéficientaire acquis. Le sida est la phase avancée de l'infection à VIH.

2.2- Modes de transmission

a. Localisation du virus du sida

Le virus du sida se trouve dans :

- le sperme ;
- le liquide séminal ;
- les sécrétions vaginales ;
- le sang ;
- le lait maternel;
- les autres liquides biologiques (liquide céphalo-rachidien : le liquide où baigne le cerveau et la moelle épinière, le liquide amniotique, ...).

b. Les différents modes de transmission du VIH

Il y a 3 modes de transmission du VIH :

▶ Transmission par la voie sexuelle

Les rapports sexuels (heterosexuel et homosexuel) non protégés sont tous dangereux. cependant le rapport genito-anal est le plus risqué dans la transmission sexuelle du VIH.

Le mode de transmission le plus courant est la transmission sexuelle

▶ Transmission par la voie sanguine

La transmission par le sang peut se faire :

- Par la transfusion de sang contaminé et ses dérivés ;
- Par l'utilisation d'objets piquants (aiguilles d'injection, de tatouages, de tissage) ou d'objets coupants (lame d'épilation, de rasage) souillés par le sang contaminé ;
- Partage d'aiguilles par les usagers de drogue.

▶ Transmission de la mère à l'enfant

La mère infectée peut transmettre le VIH à son enfant :

- Pendant la grossesse (transmission transplacentaire) ;
- A l'accouchement (transmission intra-partum) ;
- Pendant l'allaitement (présence du virus dans le lait maternel).

2.3 - L'évolution de l'infection à VIH

L'infection à VIH évolue en 3 stades :

Premier stade : la primo infection

De 0 à 3 mois après la contamination, la personne infectée ne présente en général aucun signe d'infection. Elle peut cependant contaminer ses partenaires sexuels.

L'examen de sang ne peut pas montrer la présence d'anticorps anti-VIH : c'est la phase de seroconversion.

Deuxième stade : infection asymptomatique

Il n'y a pas de manifestation clinique mais la sérologie est positive.

Après trois (3) mois, l'examen de sang montre la présence du virus, le test de dépistage du VIH est positif.

La personne est apparemment en bonne santé mais peut contaminer ses partenaires sexuels. Cette personne devient fragile et s'expose à certaines maladies dites opportunistes.

Le deuxième stade dure plusieurs années. Si la personne prend des médicaments contre le VIH (les ARV) correctement, la personne peut rester à ce stade pensant très longtemps.

Troisième stade : sida

Sans prise en charge, une personne infectée peut arriver vite au stade 3. A ce stade, la personne a des infections opportunistes de façon continue (pneumonie, tuberculose, candidose oesophagienne, ...) associées à des signes majeurs (amaigrissement, diarrhée chronique, fièvre au long cours, altération de l'état général). Ce stade correspond à la maladie Sida.

Cet état peut entraîner la mort si la prise en charge n'est pas instituée à temps.

2.4 - Liens entre les IST et le VIH

L'infection à VIH est « aussi » une IST. Les liens entre le VIH et l'IST sont :

- ▶ Voie de transmission commune. Le VIH a le même mode de transmission sexuelle que les autres IST qui sont d'ailleurs une porte d'entrée pour le VIH ;
- ▶ Moyens préventifs communs ;
- ▶ Forte association entre la présence d'une IST et l'infection à VIH : les IST accroissent le risque d'acquisition et de transmission des IST/VIH/sida. C'est le cas des ulcérations, des plaies des muqueuses et des inflammations et écoulements ano-génitaux. Les IST favorisent l'entrée du VIH par les plaies au niveau des muqueuses, les ulcérations.
Par exemple : **l'anorectite à Chlamydia trachomatis** (LGV) et **la syphilis** accroissent significativement le risque de transmission du VIH ;
- ▶ Modification des manifestations cliniques et de la réponse thérapeutique de certaines IST en rapport avec le VIH ;
- ▶ Aggravation des signes cliniques des IST;
- ▶ Augmentation de la durée de traitement nécessaire et des échecs au traitement.

CHAPITRE II : PRESENTATION DE L'HOMOSEXUALITE

I - L'HOMOSEXUALITE DANS LA CONSULTATION MEDICALE



Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, **"la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité"**.

L'orientation sexuelle fait partie des déterminants de santé qui concourent à ce bien-être.

Prendre soin de sa santé suppose avoir une existence sociale en tant qu'HSH dans son milieu de vie, dans son lieu de travail, dans sa famille et dans les structures de santé.

Les HSH en Côte d'Ivoire ont accès aux soins, mais ne reçoivent pas toujours des services adaptés. Cette situation s'explique par le fait que :

- connaître l'orientation sexuelle d'un client n'est pas une préoccupation dans la pratique routinière des prestataires de santé ;
- les patients n'osent pas évoquer leurs pratiques sexuelles par peur de jugements ;
- les prestataires de santé ont parfois des attitudes qui stigmatisent et qui sont discriminantes ;
- l'auto stigmatisation des HSH les empêche de fréquenter les centres de santé pour leur PEC médicale ;
- en Afrique, nombreux sont ceux qui pensent que la sexualité ne doit pas être discutée ouvertement et que les relations sexuelles entre hommes ne peuvent être tolérées que tant qu'elles ne sont pas visibles ;
- vu les pathologies occasionnées par les pratiques sexuelles des HSH, les prestataires de santé sont souvent dans l'incapacité de répondre à leurs besoins, d'où la nécessité de ce guide de santé.

Une étude, menée en France par AIDES et la Fédération Française des Centres LGBTi, a permis d'observer que la grande majorité des personnes interrogées (93%) déclaraient avoir été bien

accueillies par les soignants, 30% des femmes et 27% des hommes déclaraient avoir eu peur de dire qu'ils étaient HSH ou bisexuels.

Connaître les problématiques médicales liées à l'orientation sexuelle et avoir une certaine aisance dans la relation avec les patients HSH peut limiter l'éventuel embarras du patient comme celui du médecin.

Il est mondialement reconnu aujourd'hui qu'être HSH c'est aussi être potentiellement amené à rencontrer, aimer, vivre avec un partenaire séropositif au VIH/sida et/ou au virus de l'hépatite. L'étude SHARM CI, réalisée en 2011 à Abidjan, a montré :

- une prévalence du VIH de 18% chez les HSH enquêtés ;
- la non utilisation des préservatifs lors du dernier rapport anal chez 30% des répondants.

II - QUELQUES DEFINITIONS

a. les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH)

Les HSH, ou «Branchés» en Côte d'Ivoire, sont des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes.

Cette catégorisation de population se situe plutôt du côté du comportement sexuel que de l'identité sexuelle.

Le terme HSH englobe également les hommes qui ont des rapports sexuels à la fois avec des hommes et des femmes et les hommes qui ont des rapports avec des hommes, selon les circonstances ou les périodes de leur de vie.

Les HSH peuvent s'auto-identifier en tant que **HSH**, **bisexuels**, ou **gays**, mais peuvent également s'auto-identifier comme étant hétérosexuels.

L'étude SHARM-CI a montré que 54% des participants HSH se déclaraient bisexuels. Parmi la population de l'étude, 79% reconnaissaient avoir eu des rapports sexuels avec au moins une femme dans les 12 derniers mois.

b. les hommes gays

Plus spécifiquement, ce terme identifie les gens qui reconnaissent et assument une orientation affective et sexuelle en direction des personnes du même sexe.

Le terme gay peut également être rapporté aux événements et aux thématiques liés à une orientation affective et sexuelle en direction des personnes du même sexe.

Tous les HSH ne s'auto-identifient pas comme étant «gays», en dépit de leurs relations sexuelles, parfois même exclusives avec d'autres hommes.

Cela s'explique par le fait que l'identité et le comportement sexuel ne sont pas nécessairement liés. L'identité «gay» est considérée par certains comme trop visible, trop stigmatisant.

c. les HSH transgenres (transsexuels, travestis)

Ce terme identifie les gens qui ont une identité de genre différente du sexe biologique. Une personne transgenre a l'impression d'être née dans un corps qui ne lui correspond pas, c'est-à-dire qu'elle habite un corps d'homme alors qu'elle se sent femme ou inversement. Certains parlent de troisième genre.

d. Les HSH «situationnels» ou «de circonstance»

Certaines circonstances peuvent occasionner des relations sexuelles entre hommes comme c'est les cas dans les :

- prisons ;
- casernements militaires ;
- hébergements ou environnements non mixtes (internats scolaires) ;
- etc.

D'autres circonstances, telles que la pauvreté ou la précarité socio-économique, peuvent être propices à l'échange de services sexuels entre hommes, contre de l'argent ou des biens, un logement, de la nourriture, etc.

Enfin, toute pratique sexuelle entre hommes n'est pas forcément volontaire, les hommes pouvant être victimes de violences sexuelles.

III - APERÇU SUR LES HSH ET LEURS PRATIQUES SEXUELLES

C'est un mythe de croire que tous les HSH ont des relations sexuelles avec pénétration anale. A contrario, il est parfaitement établi que le rapport génito-anal est également pratiqué entre hommes et femmes.

Les HSH peuvent avoir des rapports sexuels seulement avec des hommes, avec des hommes et des femmes, selon les circonstances ou les périodes de leur vie.

Les rôles sexuels n'étant pas définis en fonction des rôles biologiques et fondés sur le sexe, les rapports sexuels entre hommes peuvent inclure une gamme plus complexe et plus variée de comportements. Un homme peut choisir d'être soit actif ou passif pendant les rapports génito-oraux ou anaux, ou peut choisir les deux rôles à la fois. Il existe de nombreuses variantes et préférences en matière d'activité sexuelle parmi les HSH qui sont :

- la pénétration anale ;
- le rapport génito-oral ;
- l'anulingus ;
- les relations crurales (entre les cuisses) ;
- le doigté ;
- la masturbation mutuelle ;
- La partouze ;
- L'insertion d'objets (godemichets et autres jouets sexuels) de la main (fist-funking) dans l'anus et le rectum ;
- etc.

IV - HSH ET UTILISATION DES PRODUITS PSYCHO ACTIFS

L'Enquête Presse Gay de 2004 en France, fait apparaître que la consommation de substances psycho-actives serait 4 fois supérieure chez les gays que dans la population générale.

En outre, l'étude SHARM CI 2011, laisse apparaître une consommation d'alcool chez 40% des répondants. La consommation d'alcool s'est révélée être fréquente et plus excessive en prélude aux activités sexuelles.

La même étude fait apparaître que 1 HSH sur 10 reconnaît consommer des drogues non injectables, en majorité du cannabis et de la marijuana.

On peut affirmer que la problématique de la consommation des substances psycho actives existe chez les HSH, même si c'est, sans nul doute, un problème plus vaste de santé.

V - LES MALADIES INFECTIEUSES

En 2008 en France, 37% des nouvelles contaminations au VIH/sida ont été contractées lors de rapports HSH, et le risque de transmission du VIH/sida est plus important en cas d'IST (Infection Sexuellement Transmissible).

Dans le même pays, l'Enquête Presse Gay a révélé que 40% des HSH interrogés déclaraient avoir contracté une IST au cours de leur vie.

Dans l'étude SHARM CI 2011, à Abidjan, 19% des répondants ont déclaré avoir eu des antécédents d'IST au cours des douze derniers mois.

Nous aborderons les IST de manière plus approfondie dans la rubrique "conseils et réflexes cliniques".

De manière plus générale, il est important pour le praticien d'avoir à l'esprit que devant tout symptôme d'IST (fièvre, éruption cutanée, adénopathies, ...) il est indispensable de prescrire des tests de dépistage incluant bien sûr le VIH/sida.

VI - LA SANTE PSYCHIQUE CHEZ LES HSH

D'après Abraham Maslow, le célèbre psychologue, les 3 strates supérieures des besoins fondamentaux de l'être humain se décrivent de la façon suivante :

- Besoin d'appartenance, soit le besoin social qui reflète le besoin d'appartenir à un groupe, une famille, une tribu ;
- Besoin d'estime de soi, soit confiance et respect de soi, reconnaissance et appréciation des autres ;
- Besoin d'auto-accomplissement.

Le mal-être qu'engendre l'impossibilité de vivre sa sexualité de façon épanouie pour les HSH a pour résultante une prédisposition accrue aux pathologies dépressives.

Ainsi, l'homophobie devrait être considérée comme un déterminant de santé. En effet, quoi de plus difficile que d'aller vers la satisfaction de ces besoins fondamentaux lorsqu'on ne peut révéler aux autres et même à ses proches la nature réelle de sa personnalité.

L'Enquête Presse Gay met en lumière les points suivants concernant les HSH :

- ont vécu un épisode dépressif au cours de leur vie : 49% ;
- ont consommé des anxiolytiques et/ou des antidépresseurs au cours des 12 derniers mois : 27% ;
- ont fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie : 19% ;
- ont pensé au suicide : 51%.

Une vigilance toute particulière devrait donc être apportée aux divers signes évocateurs de pathologie dépressive.

CHAPITRE III : RELATIONS PRESTATAIRES DE SANTE - PATIENTS

Le client HSH a-t-il des attentes particulières ?

Marina Castaneda, dans son livre "Comprendre l'homosexualité", écrivait : « **Nous devons néanmoins nous demander pourquoi il est si important de connaître les raisons de l'homosexualité** ».

Après tout, les hétérosexuels ne se demandent jamais pourquoi ils sont hétérosexuels.

Cette question devient pertinente seulement quand l'orientation sexuelle est perçue comme anormale, ou comme un déficit. Dévoiler son homosexualité est toujours un moment d'angoisse tant la peur du rejet et de la stigmatisation reste présente à l'esprit. Chez le patient HSH, la crainte de révélation, même involontaire, reste forte.

Ainsi, le prestataire de santé doit accepter ou recevoir tout patient, peu importe son orientation sexuelle.

Lorsque le patient fait partie d'un groupe spécifique tels que les HSH, la relation prestataire de santé et patient HSH est plus complexe à développer. Des obstacles peuvent survenir du côté des prestataires de santé comme du côté des patients HSH.

Prestataire de santé	Patient HSH
Manque de formation sur l'orientation sexuelle et la prise en charge médicale des HSH	Gêne ou honte d'aborder les questions intimes, notamment celles concernant les pratiques sexuelles
Manque de confiance en sa capacité et ses compétences spécifiques pour fournir ce service	
Gêne occasionnée par les discussions portant sur la sexualité du patient, Il n'est pas si évident de parler de sexualité dans le cadre de l'investigation médicale (plus marquée lorsqu'il s'agit de rapports sexuels entre hommes et pratiques connexes)	Peur de dévoiler son orientation et ses pratiques sexuelles du fait du risque de rejet et de refus de soins (stigmatisation et de discrimination), voire d'humiliations et de violences La peur du jugement ou de l'incompréhension pourra aussi pousser une personne à s'enfermer dans un certain mutisme par rapport à ses pratiques sexuelles
Croyances et opinions propres au prestataire de santé sur les rapports sexuels entre hommes, l'homosexualité (déviance, perversion, etc...)	Auto-stigmatisation des patients qui projettent leurs angoisses de rejet sur les soignants, sans savoir quelles sont leurs opinions et attitudes (différences entre les croyances, la religion, la culture ou l'orientation sexuelle des soignants et des patients)
Peur des prestataires de santé vis-à-vis du retentissement que leurs activités professionnelles auprès des HSH pourraient avoir (stigmatisation au sein de leur corporation s'ils parlent ouvertement de sexualité et de rapports sexuels entre les hommes.)	

Briser tous ces obstacles permettra une prise en charge efficace du patient HSH.

Ces difficultés sont volontiers renforcées par celles qui surviennent dans le contexte du VIH (Stigmatisation, discrimination, peur des soignants, etc.).

La personne en consultation attendra du praticien plusieurs choses :

- bon accueil ;
- respect de sa vie privée ;
- respect de son droit à la santé ;
- respect de la confidentialité ;
- pas de jugement ;
- prise en compte de ses besoins spécifiques en matière de santé.



CHAPITRE IV : LA PRATIQUE AU QUOTIDIEN

I - GUIDE POUR LA CONDUITE D'UNE CONSULTATION

Le début de la consultation doit être consacré à développer un rapport de confiance avec le client. Chez les HSH, la stigmatisation entraîne beaucoup d'autres problèmes de santé.

1.1 - Accueil

Pouvoir créer une atmosphère où le client se sent en confiance, notamment au calme et face à un professionnel à l'écoute, peut lui donner envie de se confier.

Cela peut enrichir la relation pour l'un ou pour l'autre et optimiser l'autonomie du client HSH. Accueil avec respect, courtoisie, sans jugement ni préjugé.

1.2 - Interrogatoire

- Rassurer le client sur le caractère confidentiel de l'entretien ;
- Rassurer le client et l'aider à se confier ;
- Garantir la neutralité face aux déclarations sur les pratiques sexuelles qui est l'un des éléments fondamentaux de la mise en confiance. Ainsi, les convictions personnelles des acteurs de santé et psycho-sociaux ne doivent pas interférer dans la relation soignant-soigné, au risque de compromettre la qualité des soins ;
- Adapter le niveau de langage.

L'anamnèse doit comporter le recueil d'informations habituelles :

- ▶ Caractéristiques sociodémographiques ;
- ▶ Antécédents médicaux ;
- ▶ Antécédents chirurgicaux et psychopathologiques ;
- ▶ Mode de vie (la biographie sexuelle du client) ;
- ▶ Déterminer les facteurs sociaux.

Les facteurs sociaux sont devenus un sujet d'intérêt depuis l'avancée de l'épidémie à VIH.

Il existe des liens évidents entre la santé sexuelle, la maladie et les facteurs sociaux qui influencent la santé sexuelle :

- Consommation de la drogue ;
- Alcool ;
- Réseaux sexuels ;
- Prostitution ;
- Tourisme sexuel.

▶ Déterminer les risques d'IST

- Les infections sexuellement transmissibles contractées précédemment peuvent être utiles dans la conversation. Ils peuvent donner un aperçu sur les expériences sexuelles passées ;
- Peuvent faire apparaître des comportements à risques ;
- Nombre de partenaires ;
- Rapports sexuels non protégés ;
- Des rapports sexuels avec un partenaire qui a eu une IST peut indiquer la nécessité d'un test, la nécessité du traitement présomptif ;



- Comment (Types de rapport sexuel : oral, pénétration anale, vaginale) ?
- Combien de fois ?
- Avec qui ?
- Clarifier ce que vous entendez par "rapport sexuel" si nécessaire ; à savoir les contacts intimes ou contacts sexuels.

► **Identifier les autres problèmes de santé**

- Se renseigner sur les allergies et les récentes prises de médicaments par voie orale ou topique, allergies aux antibiotiques ou réactions précédentes ;
- L'utilisation de médicaments par voie orale et topique peut supprimer des symptômes de problèmes de santé sexuelle (Antibiotiques, ARV, Antifongiques, médicaments homéopathiques) ;
- Poser des questions sur l'usage de produits illicites ou de médicaments non usagés.

► **Obtenir le plus de détails sur les rapports sexuels les plus récents avec les points suivants :**

- Régulier ou occasionnel
- Protégé/non-protégé
- Préservatifs (quand, combien de fois, difficultés techniques, situationnelles)
- D'autres mesures pour réduire les risques (gel lubrifiant)
- Alcool ou drogues utilisés
- Avec qui ? (des hommes, des femmes)
- Violence/consentement ?
- Plaisir ?
- Evaluer la capacité du client à négocier des moyens de prévention pour leur protection lors des situations sexuelles:
 - Connaissance de base de la transmission des IST et du VIH ;
 - Habitué à l'utilisation du préservatif, et se sentir confortable en demandant au partenaire d'en utiliser (verbalement ou non) ;
 - Demander le statut sérologique du partenaire ?

► **Poser des questions sur le fonctionnement sexuel**

- Le dysfonctionnement érectile ;
- Des rapports sexuels douloureux ;
- L'éjaculation précoce.

Ces questions peuvent révéler des points importants au niveau de la santé :

- L'utilisation du sildénafil citrate ou d'autres produits pour faire durer le rapport sexuel augmente le risque de traumatismes ano-rectaux ;
- Ne pas prétexter que l'utilisation des préservatifs fasse durer l'érection et diminue la performance sexuelle.

Le prestataire doit garder à l'esprit que les rapports sexuels en échange d'argent, de drogue, de nourriture, etc. sont des formes de prostitution (non-affichée), qui ne sont pas toujours considérées par le client comme telle.

► **Pour les symptômes, poser directement des questions précises :**

- Fièvre ?
- Écoulement : urètre, rectale ?
- Quantité de l'écoulement ?
- Nature : référence à la viscosité, à la couleur et à l'odeur

- Saignement : urètre ou rectale ?
- Eruptions cutanées génitales, abcès, plaies ?
- Démangeaisons ou gêne dans le périnée, région péri-anale, région pubienne ?
- Douleurs pelviennes et sexe douloureux ?
- Difficultés au niveau de la miction ou la défécation ?

► **Poser des questions sur d'autres symptômes moins visibles :**

- Malaises ?
- Se rappeler que de nombreuses IST sont asymptomatiques ;
- Allez au-delà des symptômes décrits pour relever les problèmes.

Lorsqu'un client parle de sa sexualité ou si le médecin suggère d'en discuter, c'est l'occasion de savoir quels sont les besoins du client, en termes de prévention notamment. Souvent devant n'importe quel symptôme, le client HSH se demande s'il est lié à sa sexualité ou à une IST.

1.3 - Examen physique

L'examen physique est le même que celui de tout client, il devra mettre l'accent et respecter les éléments suivants :

- Expliquez au client les raisons pour réaliser un examen physique de la santé sexuelle ;
- Expliquez qu'il existe plusieurs IST qui ne présentent aucun symptôme ;
- mettre le client en confiance :
 - Expliquer chaque étape que vous allez effectuer ;
 - Montrer au client chaque équipement que vous utiliserez (tampons, écouvillons, lampe, anoscope, ...).

a. Examen général de routine

L'examen général de routine (avant l'examen génital) doit comprendre :



- Prise du pouls, de la tension artérielle, de la température, de la taille, du poids, de l'incidence de masse corporelle
- Examen des conjonctives (anémie et ictère)
- Inspection des mains du client, des avant-bras et des plis du coude. Notez les éruptions cutanées, les adénopathies, les anomalies dans l'aspect des ongles
- Examen de la peau, recherche de lésions de grattage d'éruptions cutanées de papules ombiliquées (molluscum)
- Inspection du cou, du visage et du cuir chevelu :
 - Recherche d'adénopathie cervicale ;
 - Présence d'alopecie.

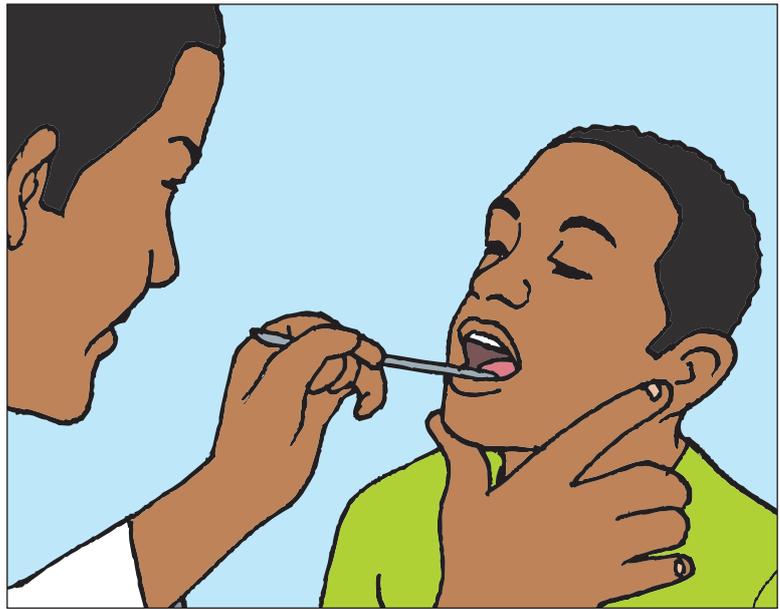
Bouche

L'examen de la bouche comprend :

- l'examen de la langue ;
- du plancher buccal ;
- des gencives ;
- des muqueuses (jugales, du voile du palais) ;
- des amygdales ;

Inspecter la bouche avec une lumière assez éclairante et une spatule en bois :

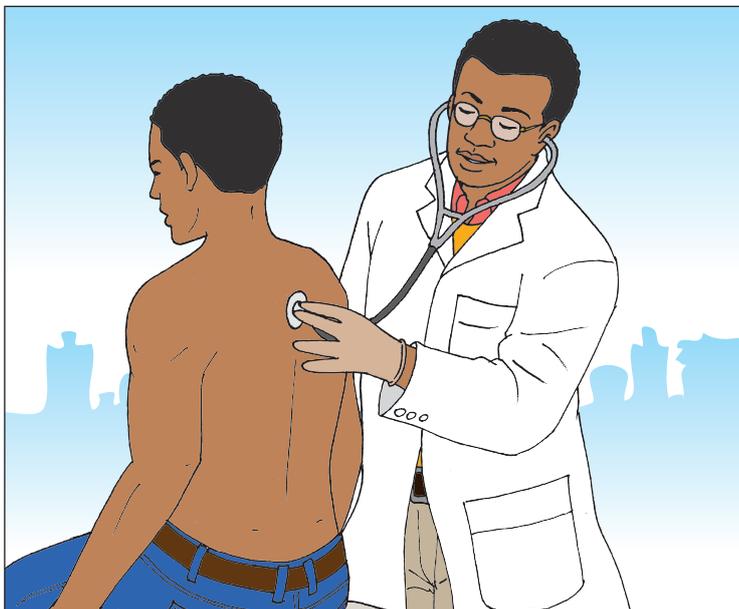
- Rechercher des signes de la syphilis et de candidose orale ;
- Lèvres: lésions herpétiques (herpès labial) ;
- Inspecter le pharynx ;
- Exsudats, érythème.



b. Examen des autres appareils en fonction du signe d'appel

Cœur et Poumons

- Faire l'auscultation du client



Abdomen

- Faire coucher le client sur le dos, genoux fléchis ;
- Demander au client d'exposer son abdomen, idéalement, poitrine jusqu'aux genoux :
 - Inspecter la peau
 - Rechercher des signes de maladie chronique du foie, éruptions cutanées de la syphilis
- Palper le foie et la rate.

c. Examen des appareils génital et ano-rectal

► Région pelvienne – inguinale

- Rechercher des adénopathies inguinales ;
- Inspecter le bas de l'abdomen, le pubis et les poils ;
- Rechercher des lésions de grattage (poux du pubis, gale) du molluscum, les verrues, les cicatrices, les lésions de traumatismes ;
- Inspecter la peau des parties ayant fait des plis ;

- Inspecter l'intérieur de la cuisse, sous le scrotum ;
- Rechercher des éruptions cutanées, des papules.

► Scrotum

- Inspecter la peau, tenir le scrotum d'une main et noter les changements ;
- Vérifiez chacun des testicules :
 - Rouler doucement les testicules entre les doigts et le pouce ;
 - Résultats normaux des testicules
- Variations normales - un testicule peut être plus grand que l'autre et le testicule gauche peut résider plus bas que celui de la droite ;
- Normalement de forme ovale ;
- Consistance ferme, lisse et caoutchouteuse.
 - Résultats anormaux des testicules
- Identifiez des mottes ou des bosses sur le testicule
- Examiner l'épididyme (à côté du testicule)
 - Mou et mobile;
 - Peut être légèrement sensible ;
- Examiner le canal déférent (cordon spermatique) ;
- Contigu à l'épididyme ;
- souple et mobile.

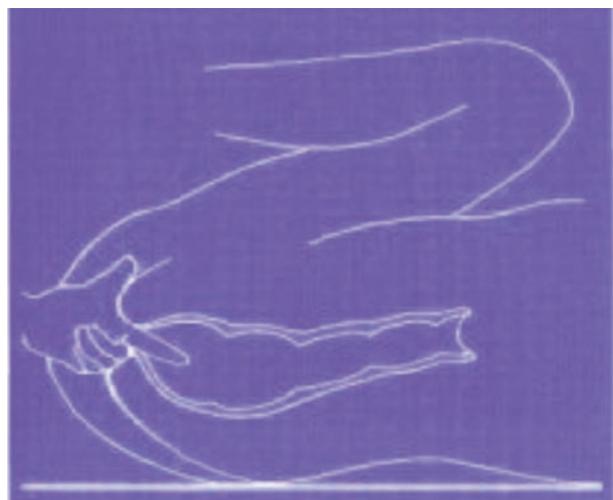
► Pénis

- Inspecter la base du pénis (près des poils pubiens) et le long du pénis : Rechercher des verrues, ulcères, éruptions cutanées
- Rétracter et inspecter sous le prépuce : Rechercher des verrues, ulcères, éruptions cutanées, des problèmes hygiéniques
- Partie urétrale :
 - Rechercher des verrues, ulcères ;
 - Réaliser une pression au niveau du prépuce ;
 - Faire un prélèvement urétral si nécessaire ;

► Périnée et rectum (Position genou pectoral ou décubitus latéral gauche genou fléchi)



Toucher anal en genu-pectorale.



Toucher rectal profond en décubitus dorsal

- Périnée et rectum

Position genou-pectoral ou décubitus latéral gauche ou genou fléchi :

- Demander au client de rétracter ses fesses avec les deux mains ;
- Inspecter la région péri anale et la fente anale :
 - ✓ Rechercher des verrues, des ulcères, des éruptions cutanées, des hémorroïdes, des saignements, une décharge, une procidence ;
 - ✓ Demander au client de pousser et réaliser un examen digital du canal anal en premier et du rectum avec un doigt ganté bien lubrifié, vérifier la tonicité du sphincter anal et la présence de masse.

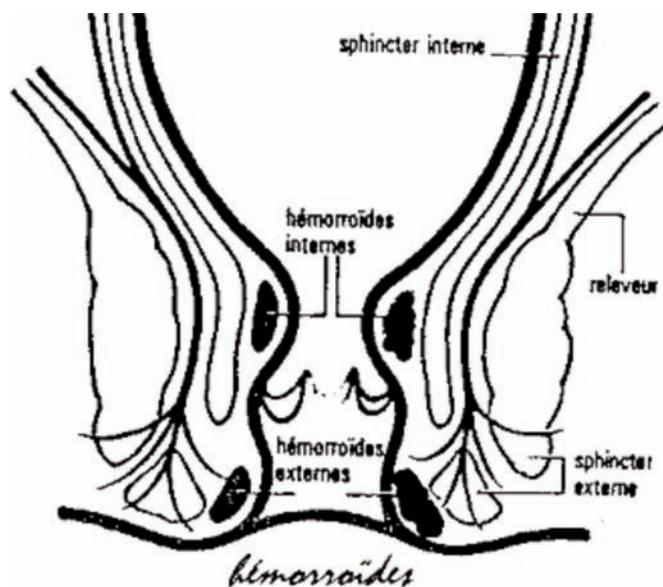


Schéma de l'anus

Pour les centres qui disposent d'anuscopie, faire une anuscopie.

- Il se réalise avec un anoscope qui peut être à usage unique en plastique (recommandé) ou en métal à usage multiple.
- Un anoscope a les caractéristiques suivantes :



- ✓ instrument rigide, creux, tubulaire ;
- ✓ 10 cm de long, 2 - 4 cm de large ;
- ✓ Introducteur central amovible (trocard).

TECHNIQUE D'UTILISATION DE L'ANUSCOPIE

- Tenir l'anuscope en marge de l'anus ;
- Appliquez une légère pression pour faciliter une relaxation du sphincter et insérer l'anuscope lubrifié lentement ;
- Demander au client de se détendre, de respirer profondément ;
- Suivez la ligne de moindre résistance vers le nombril ;
- Retirer le trocart ;
- Inspectez la muqueuse du canal anal et rectal avec une forte lumière (lumière froide adaptée à l'anuscope).

INTERET DE L'ANUSCOPIE

L'anuscope permet de visualiser :

- les condylomes intra-rectaux ;
- les saignements, les écoulements, les suintements et leurs origines ;
- Les hémorroïdes, les thromboses hémorroïdaires ;
- Les procidences, les prolapsus ;
- les fissures, les fistules, les suppurations et ou les abcès ;
- les ulcères ;
- les proctites ;
- les tumeurs ;
- et nombre d'affections proctologiques (hémorroïdes, sténoses...).

De façon générale, celle-ci ne devrait pas être réalisée en présence de lésions herpétiques externes importantes.

1.4 - Fin de l'examen

- Fournir des serviettes au client pour qu'il s'essuie
- Poursuivre la consultation de santé sexuelle :
 - ✓ Administrer un traitement;
 - ✓ Donner des conseils;
 - ✓ Remettre des préservatifs ;
 - ✓ Faire le suivi et donner un rendez-vous.

1.5 - Examen paraclinique

Faire le test du VIH après le consling
Faire des prélèvements de gorge et anal,

Faire des prélèvement de sang a la recherche DE LA SIPHILIS,de l'Hépatite,
Les examens paracliniques seront demandés en fonction des hypothèses diagnostiques

II - REFLEXES CLINIQUES

1. En cas d'urgence

Au cours d'un rapport sexuel à risque de transmission du VIH (rupture du préservatif, violence sexuelle), un traitement d'urgence doit être administré dans les services de santé (au mieux dans les 4 heures et au maximum dans les 48 premières heures qui suivent la prise de risque).

Cet outil est malheureusement encore trop peu connu ou sous utilisé, tant par les clients que par les médecins.

2. Lors du Dépistage

La communauté HSH étant particulièrement touchée par les IST, dont le VIH, le dépistage est d'autant plus important. Proposer au client HSH les tests de dépistage :

- sérologie VIH et TPHA-VDRL (syphilis) une fois par an a minima ;
- sérologie des hépatites A, B et C lors d'un premier dépistage ;
- en cas de sexualité "sanglante" ou de consommation de drogue par voie nasale (poppers ou cocaïne) ou intraveineuse, une sérologie de l'hépatite C annuelle est conseillée.

En fonction des résultats, les vaccinations contre les hépatites A et B, plus fréquentes dans ce groupe, sont vivement recommandées.

3. Face à des signes évocateurs d'une primo infection ou d'une infection à VIH :

- une angine résistante au traitement ;
- un syndrome grippal inexpliqué de plus de 7 jours ;
- une poly-adénopathie et/ou une altération de l'état général ;
- un zona ;
- un psoriasis ou une dermite séborrhéique de novo et étendu ;
- une leuco dysplasie (réseau blanchâtre des bords de la langue).

Réaliser une sérologie VIH accompagnée du TPHA VDRL et des hépatites A, B et C.

RAPPEL :

Un test pour le VIH se positive à 6 semaines après l'infection en cas de prélèvement sanguin (sérologie avec test ELISA de 4^e génération) et seulement après 3 mois pour des tests de dépistage rapide.

Les clients n'ont pas toujours conscience de ces délais et peuvent être trop vite rassurés suite à un test négatif fait juste après une prise de risque.

Le VIH devrait, dans les situations idéales, être systématiquement dépisté en même temps que la syphilis (TPHA VDRL) et les hépatites A, B et C.

L'annonce de la séropositivité VIH peut renvoyer le client à de nombreux éléments de sa vie personnelle. Elle peut avoir un retentissement immédiat ou ultérieur important sur sa santé psychique, morale, physique et sa vie relationnelle.

L'annonce étant un moment difficile pour le client, pouvant aller jusqu'à la sidération, comme lors de l'annonce d'un cancer par exemple, il est nécessaire de lui laisser le temps et la possibilité d'échanges ultérieurs, en lui proposant un autre rendez-vous.

QUESTIONS FREQUENTES :

• La fellation comporte-t-elle un risque de transmission du VIH ?

Le risque existe, surtout dans le cas de pratiques multiples et répétées, et il est plus important en cas d'éjaculation dans la bouche (avec ou sans ingestion).

• **La masturbation mutuelle est-elle un risque de transmission d'IST ?**

Le risque n'est pas nul.

• **La salive constitue-t-elle un mode de transmission des IST ?**

Avec l'hépatite A, le risque de transmission existe.

• **Le baiser profond constitue-t-il un risque d'infection à VIH ?**

Le risque n'est pas nul.

III - REFLEXES CLINIQUES PAR SPECIALITE

3.1 - Dermatologie

- Un prurit, quelle que soit sa localisation ou son évolution, fait évoquer la gale ;
- La syphilis peut être suspectée devant de nombreux signes, un chancre (douloureux ou pas), une éruption cutanée généralisée, voir même une papule isolée au niveau des organes génitaux. Le TPHA VDRL est largement proposé, en association aux autres sérologies de dépistage des IST dont le VIH ;
- Un chancre fait penser à la syphilis mais aussi au Chlamydiae Trachomatis ;
- Une éruption ou des signes de brûlures, notamment du visage ou des organes génitaux, incite à questionner quant à l'utilisation de poppers.

3.2 - Gastro-entérologie

- Le chancre syphilitique peut également se trouver au niveau de l'anus.
- Devant des condylomes anaux, penser à vérifier les organes génitaux et la gorge (et réciproquement) ;
- Ténesme et/ou épreintes, d'autant plus s'il y a de la fièvre et une altération de l'état général, font pratiquer dans les situations idéales une PCR Chlamydiae Trachomatis anale à la recherche d'une lymphogranulomatose vénérienne ;
- Une diarrhée chronique fait rechercher une isosporose (isospora belli).

3.3 - ORL

- Un chancre syphilitique peut exister également dans la gorge ;
- Une angine résistante peut faire évoquer une primo-infection VIH ou une atteinte à gonocoque.

3.4 - Psychiatrie

Les raisons pour lesquelles, à un moment donné de sa vie, un client n'a pour seule issue que la tentative de suicide sont multiples. Il est capital de souligner l'existence d'un taux élevé de suicide chez les adolescents et les jeunes HSH.

3.5 - Rhumatologie

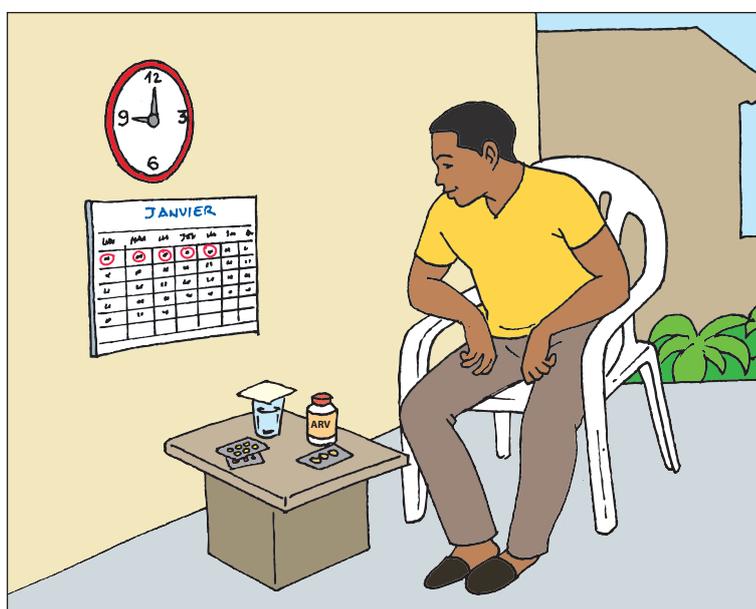
Arthralgie(s), arthrite(s), polyarthrite fébrile font chercher des signes urologiques et cutanés d'une infection à gonocoque et rechercher le germe au prélèvement.

3.6 - Autres

- En cas d'IST, penser à traiter les partenaires et à désinfecter les objets sexuels échangés.
- Si un HSH vous demande une prescription de stimulateurs de l'érection (sildénafil, tadalafil, vardenafil), pensez à le prévenir des interactions éventuelles avec les poppers (risque de malaise hypotensif).
- Si un client HSH est susceptible d'utiliser de la testostérone (pratique du bodybuilding) penser au risque d'infarctus du myocarde, d'hyperlipidémie, de cancer de la prostate et d'hypogonadisme.

IV. EN PRATIQUE

Suivi du Client séropositif sous trithérapie (ARV).



L'idée n'est pas de faire ici un guide de bonnes pratiques de suivi du client séropositif, mais nous souhaitons attirer votre attention sur :

- La surveillance du bilan lipidique et glycémique du client sous trithérapie ;
- Le suivi cardio-vasculaire (sur-risque d'infarctus) ;
- Cancers plus fréquents et plus précoces notamment des poumons, les lymphomes, et cancers anaux (anuscopie annuelle recommandée) ;
- Le dépistage d'une co-infection à l'hépatite B ou C ;
- Le dépistage régulier de la syphilis d'autant plus s'il existe le moindre signe, dont une fièvre par exemple ;
- Le risque dépressif (accru pour les clients sous Sustiva et Atripla) ;
- Les interactions des trithérapies avec le sildénafil, tadalafil ou vardenafil et certaines drogues (effet potentialisateur réciproque).

V. CONSEILS AUX PRATICIENS

- Créer un climat accueillant pour inviter le client à se confier ;
- Evoquer les pratiques sexuelles ;
- Le comportement sexuel n'est pas nécessairement indicatif de l'identité sexuelle ;
- Utiliser le langage et la terminologie des clients et être attentif au langage qu'on utilise pour qu'il soit le plus approprié possible ;
- Certaines personnes ne se définissent pas comme "HSH" même en ayant des rapports sexuels avec des partenaires du même sexe ;
- La population des HSH n'est pas homogène, même si elle constitue une même communauté ;



- Trouver une occasion favorable pour parler avec le client de son état sérologique (VIH et IST) et ainsi aborder avec lui les différentes stratégies de prévention et de réduction des risques ;
- Impliquer le client dans le processus décisionnel et voir avec lui la démarche d'accès aux différents tests ;
- Il est également utile et important de ne pas sous-estimer le conjoint ou les partenaires de la personne, qui ont un impact sur sa vie et son état de santé ;
- S'assurer que le client a ou non des enfants ;
- L'examen physique d'un HSH doit comporter obligatoirement :
 - Un examen général ;
 - Un examen de la gorge ;
 - Un examen de l'appareil génital et/ou ano-rectal.

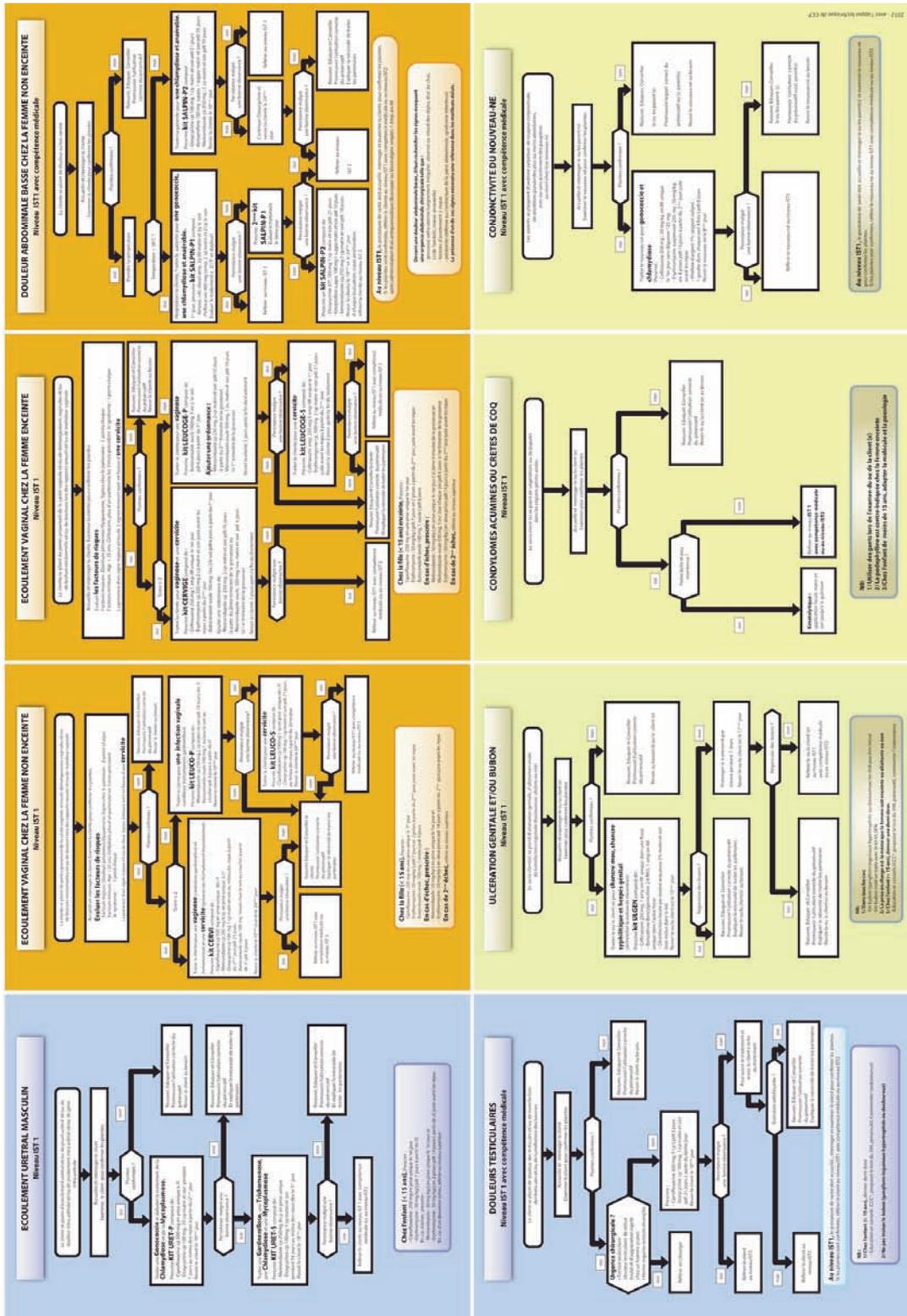
VI. DECONSEILLÉ AUX PRATICIENS DE :

- Supposer que tous les clients HSH en font part à leur médecin ;
- Présumer qu'un comportement sexuel définit l'identité de la personne ;
- Utiliser le terme "HSH" pour décrire un client qui dit avoir des partenaires du même sexe ;
- Faire des généralisations trop simplistes sur les besoins de chacun ;
- Prétendre que son client HSH a les mêmes besoins que les autres ;
- Présumer de l'état sérologique du client ainsi que de la connaissance qu'il a des IST ;
- Oublier de réactualiser les connaissances de la personne ;
- Prescrire systématiquement le test VIH et d'autres tests à un client sous prétexte qu'il est HSH ;
- Présumer que son client se sente à l'aise avec des termes comme "partenaire actif" et "partenaire passif" ;
- Présumer que le client n'a pas d'enfants.

ANNEXES :

ALGORITHME DE PRISE EN CHARGE SYNDROMIQUE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST) EN COTE D'IVOIRE CHEZ LES HOMMES

ALGORITHME DE PRISE EN CHARGE SYNDROMIQUE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST) EN COTE D'IVOIRE



Dans tous les cas (valable pour tous les syndromes) :

- Education et conseils (PCC, proposer le test du VIH, le port correct du préservatif et commenter l'ordonnance)
- Traitement des partenaires
- Si allergie et/ou contre-indication à l'une des molécules, en tenir compte lors de la prise en charge
- Pas de consommation d'alcool pendant le traitement





B I B L I O G R A P H I E

1 - Formation des pairs éducateurs.

Manuel de référence pour les pairs éducateurs en santé de la reproduction.
Centre d'Etude de la famille africaine(CEFA) et Africare.

2 - Leçons des premières lignes.

Réponses efficaces de la communauté à la problématique du VIH et Sida au sein de des populations HSM et transgenres.
AmfAR, la fondation pour la recherche sur le Sida en collaboration avec Le forum mondial sur les HSH et le VIH.

3 - Counseling et dépistage du VIH à Madagascar normes et procédures.

Programme National de Lutte contre le Sida EDITION 2011

4 - La Discrimination sociale à l'encontre des Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH).

Conséquences sur la politique et les programmes de lutte contre le VIH. Mai 2010

5 - Prévention et traitement de l'infection à VIH et des autres infections sexuellement transmissibles chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et chez les personnes transgenres.

programme VIH/sida

Recommandations pour une approche de santé publique. 2011

6 - Manuel de formation en santé de la reproduction

7 - Manuel de formation en counseling IST VIH/sida en COTE D'IVOIRE

Projet IMPACT de Family Health International

PROGRAMME NATIONAL DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA, LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ET LA TUBERCULOSE

8 - Manuel de formation en conseil et dépistage du VIH initié par le prestataire (CIDP)

de structures de santé. Avril 2008

9 - Projet d'assistance aux Populations Hautement Vulnérables (PAPO-HV).

Rapport d'activités 2009 des structures de prévention et de prise en charge des IST/VIH chez les professionnels du sexe et MSM en COTE D'IVOIRE. Validé en Avril 201

10 - Programme national de prise en charge des PVVIH

JHPIEGO, Formation en COUNSELING DU VIH/SIDA .MANUEL DE REFERENCE

Mars 2005

11 - Le VIH et les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, d'une démarche de sensibilisation à une démarche d'engagement

Manuel de la région MENA 2012

12 - Guide National De Prise en Charge Communautaire des Personnes Vivant avec le VIH/sida

13 - The MSM Initiative

CONSULTATION MONDIALE SUR LA RECHERCHE SUR LES MSM ET LE VIH/SIDA,28-29 Septembre, 2008 Washington, D.C.

- 14 - **Formation des prestataires de soins à la prise en charge des PVVIH**
- 15 - **Normes de qualité des services de prévention et de prise en charge des IST/VIH/sida chez les professionnels du sexe en Côte d'Ivoire**, Version de Décembre 2008
- 16 - **Compétences en communication Interpersonnelle dans le domaine de la prise en charge des personnes Affectées et Infectées par le VIH/sida en Cote d'Ivoire**, Guide du formateur Octobre 2007
- 17 - **Manuel de référence pour la formation des agents communautaires prévention des IST/VIH/sida chez les professionnels du sexe**, EDITION 2010
- 18 - **Formation des pairs éducateurs MSM sur les IST/VIH/sida, manuel de référence**
- 19 - **Programme national de prise en charge médicale des PVVIH**, Document de politique Normes et Procédures du conseils et dépistage du VIH en Côte d'Ivoire, 2009
- 20 - **Prévention et prise en charge de l'infection du VIH/SIDA et des autres IST ciblant les professionnels du sexe et leurs partenaires en Cote d'Ivoire**, Rapport technique de la Mission Technique d'Appui OMS 15-17 Octobre 2008.
- 21 - **Etude intégrée de surveillance comportementale et biologique chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes au Cameroun**, Rapport d'Etude : CARE International au Cameroun Mai 2012 HIV/AIDS PREVENTION PROGRAM (HAPP)
- 22 - **Guide de prise en charge médicale, psychologique, et sociale des IST/VIH/sida chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (MSM) au Sénégal** Edition 2006
- 23 - **Comprendre et travailler avec les Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes** : Pour une prévention combinée et une prise en charge globale des IST et du VIH Réseau Africain des Formations sur le VIH-SIDA
- 24 - **[http://www.who.int/health-services-delivery/hivaids/French/Factsheet FR 10.htm](http://www.who.int/health-services-delivery/hivaids/French/Factsheet_FR_10.htm)**
- 25 - **FHI360** : Etude sur le VIH et les facteurs de risques associés parmi les HSH à Abidjan, (SHARM CI 2012)
- 26 - **Rapport Alternatif/ Violations des droits de l'homme sur la base de l'orientation sexuelle et identité de genre en la République de Côte d'Ivoire, 52eme session Africaine des Droits de l'Homme, Yamoussoukro** Octobre 2012.
- 27 - **ONUSIDA 2009** : Rapport ONUSIDA. Rapport mondial : Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2009.Genève, ONUSIDA, 2012
- 28 - **Ministère de la Santé et de la Lutte contre le sida ,institut National de Statistique /MEASURE DHS 2012** : Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSC –III 2011 -2012).
- 29 - **Algorithme de prise en charge syndromique des infections sexuellement transmissibles (IST) en Côte d'Ivoire** (2012)

