

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION.....	01

PREMIERE PARTIE : GENERALITES SUR LES IST ET LE SIDA

1. LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES.....	03
1.1. Aperçu général sur les IST.....	03
1.1.1. Les IST d'origine bactérienne.....	03
1.1.1.1. La syphilis vénérienne.....	04
1.1.1.2. Gonococcie.....	05
1.1.1.3. Chlamydioses.....	08
1.1.1.4. Le chancre mou ou chancrelle.....	08
1.1.1.5. Le granulome inguinale ou donovanose.....	09
1.1.1.6. Les mycoplasmoses.....	09
1.1.1.7. Infection à gardnella vaginalis.....	09
1.1.1.8. Infection à streptocoque du groupe β	10
1.1.2. Les IST d'origine virale.....	10
1.1.2.1. L'herpès génital.....	10
1.1.2.2. L'infection à cytomégalovirus ou CMV.....	11
1.1.2.3. Les hépatites virales.....	11
1.1.2.4. L'infection par le VIH.....	11
1.1.2.5. L'infection à HPV.....	11
1.1.3. Parasitoses et mycoses.....	11
1.1.3.1. La trichomonase.....	11
1.1.3.2. Autres protozooses.....	12
1.1.3.3. Les ectoparasites.....	12

	Pages
2. LE SYNDROME D'IMMUNODEFICIENCE ACQUISE OU SIDA	13
2.1. Epidémiologie	13
2.1.1. Agent responsable.....	13
2.1.2. Modes de transmission.....	13
2.2. Prévention de l'infection à VIH.....	14
2.2.1. Prévention de la transmission sexuelle.....	14
2.2.2. Prévention de la transmission sanguine.....	14
2.2.3. Prévention de la transmission mère enfant.....	15
2.2.4. Historique.....	15
2.2.5. Modalités épidémiologiques.....	16
 DEUXIEME PARTIE : EVALUATION DES ACTIVITES IST/SIDA AU CSB₂ DE MAHAMASINA	
1. CADRE D'ETUDE.....	18
1.1. Le CSB ₂ de Mahamasina.....	18
1.1.1. Les locaux du CSB ₂	18
1.1.2. Le personnel.....	18
1.2. Le secteur sanitaire.....	19
1.2.1. Les fokontany.....	19
1.2.2. Démographie.....	20
2. METHODOLOGIE.....	21
1.1. Méthode d'étude.....	21
1.2. Paramètres d'étude.....	22
3. RESULTATS.....	22
	Pages

3.1. Les séances d'IEC.....	22
3.2. Nombre de contacts IEC réalisés.....	24
3.3. Nombre de cas d'IST.....	26
3.4. Répartition des cas.....	28
3.5. Les malades venus avec leur partenaires.....	36

TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES, DISCUSSIONS ET SUGGESTIONS

1. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	37
1.1. Evaluation des activités de lutte contre l'IST/SIDA.....	37
1.1.1. Activités d'IEC.....	37
1.1.2. Les activités curatives des IST.....	38
1.2. Caractéristiques des malades d'IST.....	38
2. SUGGESTIONS.....	39
2.1. Une réadaptation de la délimitation du secteur sanitaire.....	39
2.2. Renforcement du personnels du CSB ₂	42
2.3. Un développement des activités d'IEC.....	43
2.3.1. IEC en stratégie fixe.....	43
2.3.2. IEC en stratégie mobile.....	45
CONCLUSION	51

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES TABLEAUX

N° D'ORDRE	INTITULE	PAGES
<i>Tableau n° 1 :</i>	Modèle de scheirer : éléments organisationnels.....	05
<i>Tableau n° 2 :</i>	Traitement de la gonococcie.....	07
<i>Tableau n° 3 :</i>	Répartition de la population selon les fokontany.....	20
<i>Tableau n° 4 :</i>	Nombre de séances individuelles ou par couple d'IEC.....	23
<i>Tableau n° 5 :</i>	Nombre de contacts IEC.....	24
<i>Tableau n° 6 :</i>	Nombre de cas d'IST enregistrés et traités.....	26
<i>Tableau n° 7 :</i>	Répartition des cas selon d'IST les tranches d'âge.....	28
<i>Tableau n° 8 :</i>	Répartition des patients selon la situation matrimoniale.....	30
<i>Tableau n° 9 :</i>	Répartition des cas d'IST selon le sexe.....	31
<i>Tableau n° 10 :</i>	Répartition des cas d'IST selon le domicile.....	32
<i>Tableau n° 11 :</i>	Répartition des IST selon leur types.....	35
<i>Tableau n° 12 :</i>	Les malades venus avec leurs partenaires.....	36

LISTE DES FIGURES

N° D'ORDRE	INTITULE	PAGES
<i>Figure n° 1 :</i>	Secteur sanitaire du CSB ₂ de Mahamasina.....	19
<i>Figure n° 2 :</i>	Diagramme du nombre de contacts individuels.....	25
<i>Figure n° 3 :</i>	Diagramme du nombre de cas d'IST Enregistrés et	
<i>Figure n° 4 :</i>	traités.	27
<i>Figure n° 5 :</i>	Diagramme de la répartitions des cas selon les	
	tranches d'âge.....	29
<i>Figure n° 6 :</i>	Diagramme de la répartition des patients selon la	
	situation matrimoniale.....	30
<i>Figure n° 7 :</i>	Diagramme de la répartition des cas selon le sexe.....	31
<i>Figure n° 8 :</i>	Diagramme de la répartition des cas d'IST selon le	
	domicile.	33
<i>Figure n° 9 :</i>	Répartition schématique des Fokontany utilisateurs	
	du CSB ₂ de Mahamasina dans le domaine des IST....	34
<i>Figure n° 10 :</i>	Diagramme de la répartition des cas selon le type	
	d'IST.....	35
<i>Figure n° 11 :</i>	Nouvelle délimitation proposée pour le secteur	
	sanitaire de Mahamasina Atsimo.....	41
<i>Figure n° 12 :</i>	Organisation des activités d'IEC en stratégie fixe.....	44
<i>Figure n° 13 :</i>	Organisation des activités d'IEC en stratégie mobile..	46
<i>Figure n° 14 :</i>	Modèle d'apprentissage du comportement.....	48
<i>Figure n° 15 :</i>	Les actions pour les intrants et extrants du modèle	
	d'apprentissage du comportement.....	50

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ADN	: Adéno ribonucléase
AZT	: Azidothymidine
CCC	: Communication pour le Changement de Comportement
CDC	: Centres de lutte Contre les Maladies
CMV	: cytomégalovirus
HPV	: Human Papilloma Virus
IST	: Infections Sexuellement Transmissible
IEC	: Information – Education – Communication
IM	: Intra-Musculaire
PF	: Planification Familiale
PO	: Prise Orale
SIDA	: Syndrome d’Immunodéficience Acquise
VIH	: Virus de l’Immunodéficience Humaine

Rapport-Gratuit.com

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Les infections sexuellement transmissibles ou IST figurent parmi les problèmes majeurs de santé publique à Madagascar du fait de leur fréquence et de leur impact socio-économique. D'après les données du Ministère chargé de la santé en 1997, la blennorragie et la syphilis présentent une prévalence respective de 450 et de 350 pour 100.000 habitants. L'infection au VIH existe aussi à Madagascar. Actuellement 54 cas de sida avéré ont été détectés. Le sida touche apparemment toutes les régions, rurales ou urbaines. Si sa prévalence est encore faible (autour de 1%), la maladie continue à gagner du terrain. Elle semble se trouver au début d'une phase de croissance exponentielle. (1)

La transmission s'effectue essentiellement par la voie sexuelle. Madagascar présente quelques facteurs susceptibles de précipiter l'évolution de l'infection vers l'état d'hyperendémicité. Parmi ces facteurs, les principaux sont : la haute prévalence des Infections Sexuellement Transmissible ou IST, la paupérisation, la combinaison de la liberté sexuelle avec le caractère tabou de la sexualité.

Le souci de prévenir l'explosion et l'évolution naturelle de l'infection au VIH a amené la présidence de la république à prendre en main la conduite de la lutte contre le sida au niveau national.

Mais cette nouvelle disposition implique toujours les formations sanitaires dans le dépistage et la lutte contre les IST/SIDA.

« IST et lutte contre le sida au CSB₂ de Mahamasina », est une étude qui a pour objectif d'évaluer les activités contre l'IST/SIDA au CSB₂ concerné afin de suggérer des éléments d'amélioration stratégique.

Le plan de l'étude comporte :

- Une introduction.
- Une première partie appelée « Généralités sur les IST et le SIDA ».
- Une deuxième partie intitulée « Evaluation des activités IST/SIDA au CSB₂ de Mahamasina ».
- Une troisième partie qui se rapporte aux « Commentaires, discussions et suggestions ».
- Et enfin la conclusion.

GENERALITES SUR LES IST ET LE SIDA

1. LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

1.1. Aperçu général sur les IST

On peut diviser les IST en trois groupes selon l'agent pathogène :

- Les IST d'origine bactérienne ;
- Les IST d'origine virale ;
- Les IST d'origine parasitaire et mycosique.

1.1.1. *Les IST d'origine bactérienne (2)(3)(4)*

Les IST d'origine bactérienne sont constituées essentiellement par :

- La syphilis vénérienne ;
- La gonococcie ;
- Les chlamydioses ;
- Le chancre mou ou chancrelle ;
- Le granulome inguinal ou donovanose ;
- Les mycoplasmoses ;
- L'infection à *Gardnerella vaginalis* ;
- L'infection à streptocoque du groupe B.

1.1.1.1. La syphilis vénérienne

La syphilis vénérienne est due à *tréponema pallidum*. Elle est cosmopolite mais particulièrement répandue sous les tropiques.

Le chancre génital ou anal est classiquement une exulcération superficielle, unique, indolore, propre, à bords nets, reposant sur une base indurée, accompagnée d'adénopathies inguinales fermes, indolores.

Les lésions cutanéo-muqueuses de la phase secondaire sont polymorphes. L'atteinte méningée existe dans environ un tiers des syphilis précoces, mais ceci est sans conséquence pratique, sauf chez l'immunodéprimé.

Les accidents tertiaires sont fréquents : cutanés, osseux (gommes) et surtout cardio-vasculaires (aortite, anévrysme de la crosse) et neurologiques (la paralysie générale beaucoup plus que le tabès).

La syphilis congénitale existe mais semble, en Afrique du moins, relativement rare.

La mise en évidence des tréponèmes par l'examen microscopique direct sur fond noir ou la lecture de frottis colorés par la méthode de Papanicolaou, suppose un appareillage approprié et des techniciens expérimentés. L'interprétation des réactions sérologiques est délicate : les tests réaginniques ne constituent que des examens d'orientation ; les tests scientifiques (immunofluorescence indirecte) ne permettent pas de différencier la syphilis vénérienne des tréponématoses endémiques.

Le traitement de la syphilis vénérienne est résumé dans le tableau n° 1. Au niveau des formations sanitaires de base, les syphilis « latentes » purement sérologiques ne peuvent pas être détectées, faute de moyen diagnostique approprié. De plus, une sérologie syphilitique positive est souvent due à une vieille tréponématose endémique.

Tableau n° 1 : Modèle de schéirer : éléments organisationnels. (4)

Dénominations	Médicaments et présentation	Posologie
Syphilis récente Syphilis primosecondaire ou latente de moins d'un an	Benzathine pénicilline ou Extencilline® 2.400.000 UI par flacon	2 injections de de 2.400.000 UI à une semaine d'intervalle
	Cas d'allergie à la pénicilline	
	Cycline (tétracycline gélule à 250mg) ou Doxycycline comprimé à 100mg	2g/ jour pendant 15 jours 200mg/ jour pendant 15 jours
Syphilis tardive sans atteinte neurologique : syphilis tertiaire ou latente de plus d'un an	Benzathine pénicilline à 2.400.000 UI	3 injections de 2.400.000 UI à une semaine d'intervalle

1.1.1.2. Gonococcie (5)(6)(7)

La gonococcie est l'ensemble des manifestations morbides engendrées par le gonocoque ou *Neisseria gonorrhoeae*.

i). Chez l'homme

L'urétrite aiguë ou blennorragie est la manifestation la plus courante. Elle se traduit classiquement par des brûlures à la miction et la présence d'une goutte de pus au méat.

ii). Chez la femme

La gonococcie est souvent latente. Il faut la rechercher de parti pris chez la partenaire d'un sujet atteint d'urétrite. Elle est souvent plurifocale : uréthro – skénite (avec dysurie, pollakiurie), bartholinite, cervicite (leucorrhées purulentes).

iii). Chez l'enfant

La contamination lors de l'accouchement aboutit à la conjonctivite du nouveau-né. La vulvo-vaginite des petites filles peut résulter d'une contamination indirecte (linges de toilette souillés) mais fait rechercher un abus sexuel.

iv). Le diagnostic biologique

Il est facile chez l'homme : l'étalement d'une goutte de pus urétral, colorée par le bleu de méthylène ou le Gram, met en évidence de nombreux gonocoques.

Il est difficile chez la femme : il faut recourir à la culture, délicate, sur milieux spéciaux pour identifier formellement les gonocoques.

v). Traitement

Le traitement est résumé dans le tableau n° 2.

• **Tableau n° 2 : Traitement de la gonococcie. (7)**

Dénominations	Médicaments et présentation	Posologie
<p>Urétrite gonococcique non compliquée chez l'homme</p> <ul style="list-style-type: none"> Régions où les souches productives de β lactamase ont une incidence < 1p. 100 	<ul style="list-style-type: none"> - Amoxicilline gélule à 500mg (PO) (Prise Orale) Probénicide 1g (PO) - Procaïne benzylpénicilline aqueuse 4,8 millions UI + Probénicide 1g (PO) 	<ul style="list-style-type: none"> - 2 gélules matin, midi et soir - Sachet 1g - 1 Flacon à 2,4 millions en IM par semaine - Sachet 1g
<ul style="list-style-type: none"> Régions où les souches productives de β lactamase ont une incidence > 1p. 100 	<p>Ceftriaxone 250mg (IM)</p> <p>Ciprofloxacin 500mg (PO)</p> <p>Spectinomycine 2mg (IM)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 1 injection - 1 comprimé à 250mg matin et soir - 1 injection
<ul style="list-style-type: none"> Régions démunies à forte prévalence de souches productives de β lactamase en fonction de la prévalence des souches résistantes de gonocoques. 	<p>Kanamycine 2g (IM)</p> <p>Triméthoprim 80mg</p> <p>Sulfaméthoxazole 400mg 10 comprimés pendant 3 jours (PO)</p> <p>Thiamphénicol 250mg 10 comprimés (PO) pendant 2 jours</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 1 injection <p>(4 jours, 3/jours 3 jours)</p> <p>5 comprimés / jour</p>

PO : Prise Orale

IM : Intra-Musculaire

1.1.1.3. Chlamydioses

- ✓ Les chlamydioses urogénitales et néonatales sont cosmopolites. Les formes asymptomatiques, fréquentes contribuent à la dissémination de l'infection. Chez l'homme, chlamydia trachomatis est responsable de la majorité des urétrites non gonococciques et post gonococciques. Chez la femme l'infection est souvent silencieuse. Elle se complique à bas bruit de salpingite chronique, cause majeure de stérilité et de grossesse extra-utérine. Le diagnostic est délicat ; l'isolement de chlamydia trachomatis sur culture de tissu donne d'excellents résultats mais nécessite un laboratoire bien équipé. Le traitement repose sur les cyclines, constamment efficaces. On prescrit habituellement 2g de tétracycline ou 200mg de doxycycline par jour pendant 7 à 21 jours selon l'existence de complications.
- ✓ Le lymphogranulome vénérien ou maladie de Nicolas Favre est dûe à des sérotypes particuliers de chlamydia trachomatis. Elle s'observe surtout chez les homosexuels masculins et dans certains pays tropicaux (Inde, Afrique noire). Le chancre d'inoculation passe inaperçu dans 50% des cas. C'est une ulcération herpétiforme des organes génitaux ou de l'anus. Le bubon inguinal qui lui succède s'observe surtout chez l'homme. Il est fait de plusieurs adénopathies plus ou moins coalescentes : d'abord mobiles, elles adhèrent ensuite à la peau se ramollissent et se fistulisent. Le diagnostic est clinique. Le traitement repose sur les sulfamides et surtout les cyclines, qui seront prescrits en cours prolongé d'au moins 15 jours, souvent plus en cas de traitement tardif.

1.1.1.4. Le chancre mou ou chancrelle

Le chancre mou, dû au bacille de Ducrey ou *Haemophilus ducreyi* est endémique en Asie et en Afrique où il constitue un problème majeur de santé publique.

Le chancre mou s'observe surtout chez l'homme. Parfois multiple, il siège au niveau des organes génitaux externes ou autour de l'orifice anal. Il est douloureux. Il s'accompagne d'adénopathies satellites susceptibles de se ramollir et de se fistuliser. Seule la culture est un argument formel pour le diagnostic. Le traitement général repose sur les sulfamides, l'association sulfaméthoxazole, triméthoprime, et les macrolides (érythromycine 2g par jour). Il sera poursuivi pendant 7 jours.

1.1.1.5. Le granulome inguinal ou donovanose (8)(9)(10)

Le granulome inguinal ne s'observe que dans certaines régions tropicales (Antilles, Amérique du Sud, Inde...). Il est dû à une bactérie proche des *Klebsiella*, *Calymmatobacterium granulomatis* et n'est pas toujours transmis par contact vénérien. La donovanose se rencontre dans les deux sexes, mais plus souvent chez l'homme. C'est une ulcération génitale chronique, granulomateuse, irrégulière, surélevée par endroits et toujours indolore. Le diagnostic est généralement clinique en zone endémique. Le traitement utilise des cures alternées de streptomycine, de cyclines et de chloramphénicol. Il doit être poursuivi au moins 3 semaines.

1.1.1.6. Les mycoplasmoses

- *Ureaplasma urealyticum* est la deuxième cause des urétrites non gonococciques et post gonococciques chez l'homme, mais son rôle pathogène est discuté chez la femme.
- *Mycoplasma hominis* peut être responsable d'urétrites, de salpingites et de fièvre post-partum ou post-abortion chez la femme mais son rôle pathogène n'est pas démontré chez l'homme.

1.1.1.7. Infection à *Gardnerella vaginalis*

Elle est responsable de vaginites s'accompagnant de leucorrhées malodorantes sensibles au métronidazole.

1.1.1.8. Infection à streptocoque du groupe β

La contamination lors de l'accouchement est responsable de méningites et de septicémies néonatales graves, particulièrement fréquentes en Afrique noire.

1.1.2. *Les IST d'origine virale (11)(12)(13)*

Elle sont constituées par :

- * l'herpès génital ;
- * l'infection à cytomégalovirus ;
- * les hépatites virales ;
- * l'infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine ou VIH ;
- * l'infection à Human Papilloma Virus HPV.

1.1.2.1. L'herpès génital

Dû à l'herpès simplex virus type II, il semble moins répandu sous les tropiques que dans les pays industrialisés. La primo-infection réalise habituellement une vulvovaginite, une balanite et/ou une urétrite. Les lésions vésiculeuses multiples se transforment en vastes ulcérations qui se recouvrent d'une croûte avant de cicatriser en 15 à 20 jours. Douleur et prurit sont habituels ; les adénopathies satellites, la fièvre sont fréquentes. Des récurrences surviennent sans raison apparente pendant des années. Le diagnostic repose sur la mise en évidence au niveau des inclusions caractéristiques. L'aciclovir (zovirax ® par voie orale, à la dose de 200mg cinq fois par jour pendant 5 jours, accélère la cicatrisation mais n'empêche pas les récurrences, sauf cas d'administration continue.

1.1.2.2. L'infection à cytomégalovirus ou CMV

L'isolement de CMV dans les urines ou au niveau du col est banal. Mais l'importance de la transmission par voie sexuelle reste à préciser.

1.1.2.3. Les hépatites virales

L'hépatites B et probablement l'hépatite C peuvent se transmettre sexuellement. Toutefois, ce mode de contamination ne joue qu'un rôle limité en zone tropicale où les sujets sont habituellement infectés tôt dans la petite enfance.

1.1.2.4. L'infection par le VIH

La transmission hétérosexuelle ou homosexuelle joue un rôle fondamental dans la diffusion de cette redoutable infection responsable du Syndrome d'Immunodéficience Acquise ou SIDA.

1.1.2.5. L'infection à HPV

Les HPV sont des virus à ADN de famille des papoviridae. Certains induisent des végétations vénériennes (synonyme : crêtes de coq, condylomes, verrues génitales).

1.1.3. *Parasitoses et mycoses* (14)(15)(16)

On distingue essentiellement :

1.1.3.1. La trichomonase

La trichomonase est une maladie urogénitale cosmopolite, fréquente à transmission vénérienne, due à trichomonas vaginalis. Ce protozoaire vit à la surface des muqueuses urogénitales de l'homme et de la femme où il se multiplie par

scissiparité. La fragilité de la forme végétative du parasite et son incapacité à s'enkyster ne permettent qu'une transmission directe et vénérienne.

Chez les femmes, le trichomonas détermine une vaginite subaiguë ou chronique, avec des leucorrhées plus ou moins abondantes, blanchâtres et spumeuses, parfois glaireuses et verdâtres. Il existe un prurit vulvaire ou une sensation de brûlures et une dyspareunie. L'association d'une infection à candida albicans ou à pyogènes banales n'est pas rare.

Chez l'homme, la trichomonase est souvent latente. Elle peut cependant déterminer une urétrite subaiguë.

Le diagnostic repose sur la mise en évidence des trichomonas dans les sécrétions vaginales ou urétrales. Le traitement se fait à base de métronidazole (Flagyl ®) administré per os à la dose de 2 comprimés à 0,250g par jour pendant 10 jours. Chez la femme, on associe un traitement local : un comprimé gynécologique chaque soir, pendant la cure de métronidazole il est indispensable de traiter simultanément le ou les partenaires.

1.1.3.2. Autres protozooses

L'amibiase est courante chez les homosexuels mais il s'agit en règle de zymodèmes non pathogènes. On trouve en outre chez ces sujets des Lamblia et de nombreux protozoaires pathogènes.

1.1.3.3. Les ectoparasites

Le pou du pubis (Phtirius inguinalis) et le sarcopte de la gale (sarcoptes scabiei) se transmettent souvent à l'occasion de rapports internes.

2. LE SYNDROME D'IMMUNODEFICIENCE ACQUISE OU SIDA

2.1. Epidémiologie (17)

Le sida est un ensemble de manifestations infectieuses et/ou tumorales, secondaires à une immunodépression cellulaire profonde, elle-même en rapport avec l'atteinte des lymphocytes T auxiliaires par les rétrovirus (VIH).

2.1.1. *Agent responsable* (18)

Le VIH I identifié en 1983 et le VIH II identifié en 1986 chez des patients originaires de l'Afrique de l'Ouest, responsables du SIDA appartiennent à la famille des rétrovirus. Ces rétrovirus comportent trois sous-familles :

- les lentivirus qui contiennent les VIH I et VIH II ;
- les oncornavirus qui sont des virus oncogènes induisant des leucémies, des lymphomes, et des sarcomes ;
- les spumavirus qui ont encore été rendus responsables d'aucune pathologie.

2.1.2. *Modes de transmission* (19)

Le VIH est présent dans les sécrétions génitales (spermes, sécrétions cervico-vaginales) ce qui explique sa transmission sexuelle quel que soit le sujet infecté au sein du couple, et que ce dernier soit hétéro ou homosexuel. Le virus est également présent dans le sang et peut donc être transmis par transfusion et par échange de seringue chez les toxicomanes.

Une mère infectée peut transmettre le VIH à son enfant et ce pendant la grossesse, le virus pouvant passer dans le lait maternel. Bien que le virus soit présent dans la plupart des humeurs, aucun autre mode de transmission, y compris les moustiques n'a pu être clairement démontré.

2.2. Prévention de l'infection à VIH (20)

2.2.1. *Prévention de la transmission sexuelle*

Elle est la plus importante, mais aussi la plus difficile à mettre en œuvre. Théoriquement simple, la prévention repose sur l'utilisation de préservatif. Mais le préservatif est un produit nouveau et aussi mal accepté en zone tropicale qu'ailleurs.

Il est actuellement peu accessible financièrement et son usage régulier ne peut en aucun cas être le fait de la majorité.

La lutte contre le sida ne saurait donc se fonder exclusivement sur la promotion et l'utilisation du préservatif. Le deuxième message à diffuser est celui de la diminution du nombre de partenaires sexuels. Il est hors de question de prôner dans des sociétés traditionnellement (et souvent institutionnellement) polygamiques, la monogamie stricte.

Le message doit encourager la fidélité vis-à-vis des partenaires sexuels habituels, sans « vagabondage sexuel ». La stratégie considérée comme efficace consiste à promouvoir la notion de cercle au sein duquel se trouvent les partenaires sexuels habituels et dont aucun ne doit sortir sinon en utilisant le préservatif.

2.2.2. Prévention de la transmission sanguine

i). Prévention de la transmission par transfusion

Si le dépistage en banque de sang a pu être mis en place dans les grands centres, tous les problèmes n'ont pas pour autant été résolus (rupture de stock de réactifs, transfusion d'urgence).

De plus, le dépistage est encore techniquement et financièrement difficile dans les petites unités sanitaires. L'accent doit donc être mis sur la réduction du nombre de transfusions.

ii). Prévention de la transmission nosocomiale

Même si le rôle des infections, dans la transmission du VIH est négligeable ou nul, l'occasion doit être saisie pour rappeler les règles d'hygiène de base et pour diminuer le nombre de traitements administrés par voie parentérale.

iii). Prévention de la transmission par toxicomanie intraveineuse

Cette toxicomanie est encore rare en zone tropicale. Il est pourtant nécessaire de la prévenir dès maintenant par des campagnes d'informations dirigées vers la jeunesse des villes.

2.2.3. Prévention de la transmission mère enfant

- L'administration d'AZT dès le début de la grossesse chez la femme enceinte séropositive réduit le risque de transmission du VIH à l'enfant de plus de 50p. 100. Le taux de transmission naturellement constaté varie de 17 à 20P. 100 suivant les régions.
- Malgré les cas rapportés de transmission par le lait maternel, cette modalité épidémiologique semble marginale. Les bénéfices de ce type d'alimentation en zone tropicale doivent être mis en balance avec le risque de transmission du VIH.

2.2.4. Historique (21)

Les premiers cas d'infection à VIH, diagnostiqués rétrospectivement remontent au début des années 60, mais l'histoire du sida débute en juin 1981. A cette date, les épidémiologistes des centres de lutte contre les maladies (CDC) basés à Atlanta, aux Etats-Unis, inquiets d'une demande anormalement élevée de pentamidine, médicament qu'ils sont les seuls à pouvoir délivrer, enquêtent et découvrent une épidémie de pneumopathie à *Pneumocystis Carinii* chez des adultes antérieurement sains et n'ayant comme trait commun que l'homosexualité. Peu de temps après, la survenue d'autres manifestations d'immunodéficience, ainsi que de sarcomes de Kaposi, est décrite dans la même population, un déficit de l'immunité cellulaire est mis en évidence chez ces patients et la maladie prend son nom définitif de SIDA.

L'affection est ensuite reconnue en Europe et d'autres groupes à risques ont été identifiés : transfusés et toxicomanes par voie veineuse. Elle est par la suite rapportée en Haïti et en Afrique Centrale. Parallèlement en 1983, un virus est identifié par les virologistes américains, virus qui après quelques avatars, prend le nom de virus de l'immunodéficience humaine ou VIH.

2.2.5. Modalités épidémiologiques

Aucun pays n'est plus épargné actuellement par l'infection à VIH, mais les caractéristiques épidémiologiques varient selon les régions. Cependant, une caractéristique est commune, il s'agit essentiellement d'une maladie urbaine.

En Afrique subsaharienne, le VIH atteint l'ensemble de la population adulte hétérosexuelle, comme le prouve notamment le sex-ratio égal environ à un homme pour une femme contre 10 à 15 hommes pour une femme dans les pays industrialisés.

L'étude du taux de prévalence selon les tranches d'âge montre que la population la plus atteinte est celle des adultes en pleine période d'activité sexuelle, avec une atteinte tardive des hommes par rapport aux femmes.

L'atteinte des jeunes femmes explique le pic de séroprévalence chez les enfants entre 0 à 5 ans, traduisant la transmission mère enfant. Au sein de la population générale existent des groupes à risques ; il s'agit des prostituées et d'autres sujets ayant des partenaires sexuels multiples.

Il semble en outre, que la transmission du VIH soit favorisée par la coexistence d'une maladie sexuellement transmissible surtout celles provoquant une ulcération génitale, mais également par les autres. La transfusion sanguine, pratiquée plus fréquemment qu'il n'y paraît ne serait ce que du fait de son relatif faible coût par rapport à un flacon de sérum physiologiques, joue un rôle important mais difficile à apprécier.

Enfin, les injections utilisant les mêmes seringues et les mêmes aiguilles ont une importance négligeable ou nulle.

EVALUATION DES ACTIVITES IST/SIDA AU CSB₂ DE MAHAMASINA

1. CADRE D'ETUDE

L'étude a été réalisée au Centre de Santé de Base du niveau 2 ou CSB₂ de Mahamasina.

1.1. Le CSB₂ de Mahamasina

Le CSB₂ de Mahamasina est une formation sanitaire de base rattachée au Service de Santé de District d'Antananarivo-ville.

1.1.1. Les locaux du CSB₂

Le CSB₂ comporte :

- Un bureau du médecin Chef.
- Un bureau du médecin traitant.
- Un service de santé maternelle et infantile.
- Un service de Planification Familiale (PF).
- Une salle de soins.
- Un service de pharmacie.
- Un service de surveillance de la croissance des enfants.

1.1.2. Le personnel

- ◆ 2 médecins,
- ◆ 4 sages-femmes,
- ◆ 1 assistant de santé,
- ◆ 2 agents administratifs,
- ◆ 1 employé de service,
- ◆ 2 agents communautaires.

1.2. Le secteur sanitaire

1.2.1. Les fokontany

Le secteur sanitaire du CSB₂ de Mahamasina est composé de 21 fokontany numérotés de 1 à 21 dans la figure n° 1.

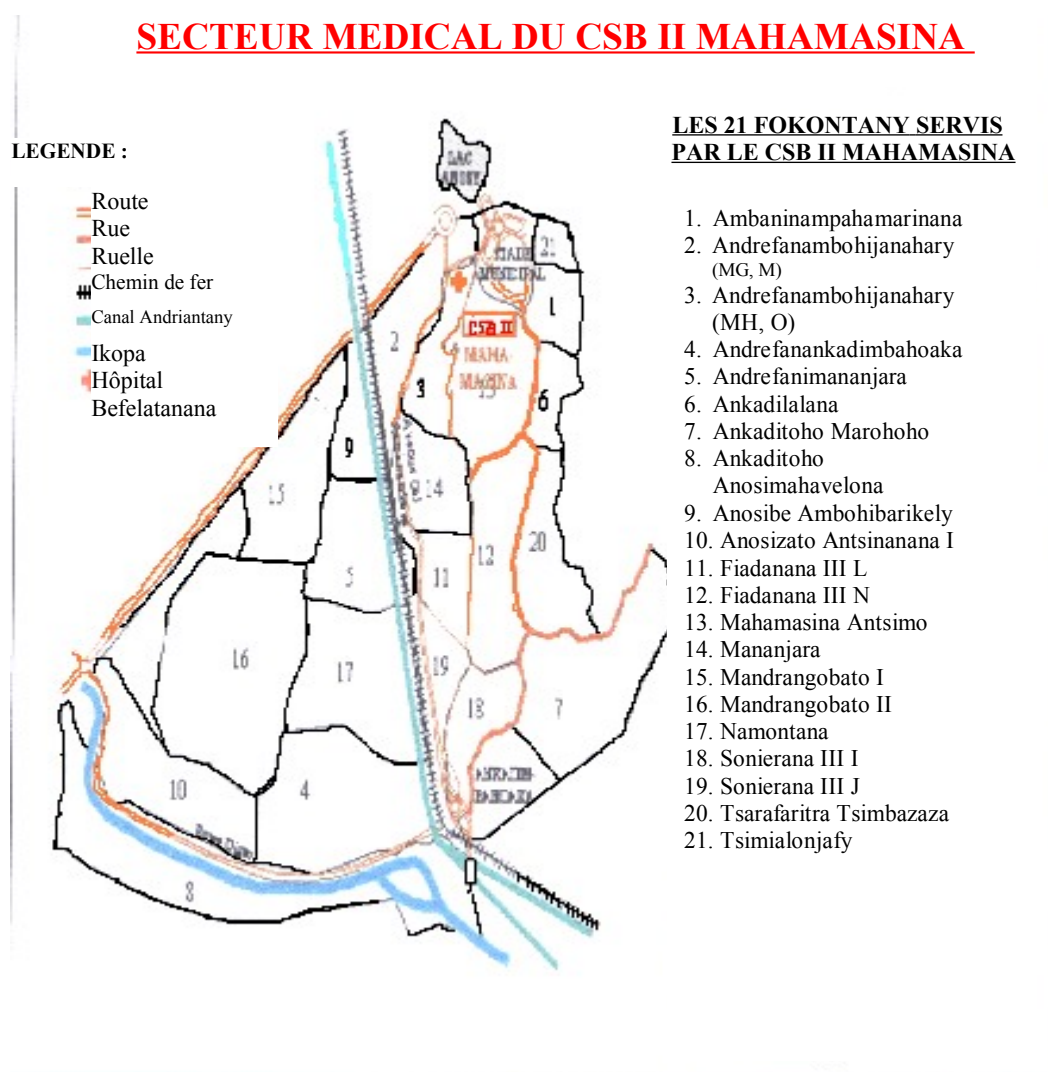


Figure n° 1 : Secteur sanitaire du CSB₂ de Mahamasina.

Source : CSB₂ Mahamasina.

1.2.2. Démographie

Le secteur sanitaire compte 109 477 habitants répartis au niveau de 21 fokontany (tableau n° 3).

- **Tableau n° 3 : Répartition de la population selon les fokontany.**

N°	Fokontany	Population
1	Tsimialonjafy	4513
2	Ambanimpamarinana	3729
3	Ankadilalana	2920
4	Tsarafaritra-Tsimbazaza	4061
5	Ankaditoho	8855
6	Soanierana III – I	2695
7	Soanierana III – J	2685
8	Fiadanana III – L	2957
9	Fiadanana III – N	3682
10	Mananjara	4199
11	Atsimon'I Mahamasina	8416
12	Andrefan'Ambohijanahary III H	3209
13	Andrefan'Ambohijanahary III G	9305
14	Anosibe Ambohibarikely	7674
15	Andrefan'i Mananjara	5772
16	Madera Namontana	6926
17	Andrefan'Ankadimbahoaka	4221
18	Anosizato Antsinana I	6212
19	Ankazotoho Anosimahavelona	5785
20	Mandrangobato II	5705
21	Mandrangobato I	5956
	TOTAL	109 477

2. METHODOLOGIE

2.1. Méthode d'étude (22)(23)(24)

L'objectif est d'évaluer les activités de lutte contre le sida à travers les activités effectuées contre les IST d'une part et d'évaluer les activités d'IEC (Information – Education – Communication) qui renforcent la stratégie de lutte (Figure n° 2).

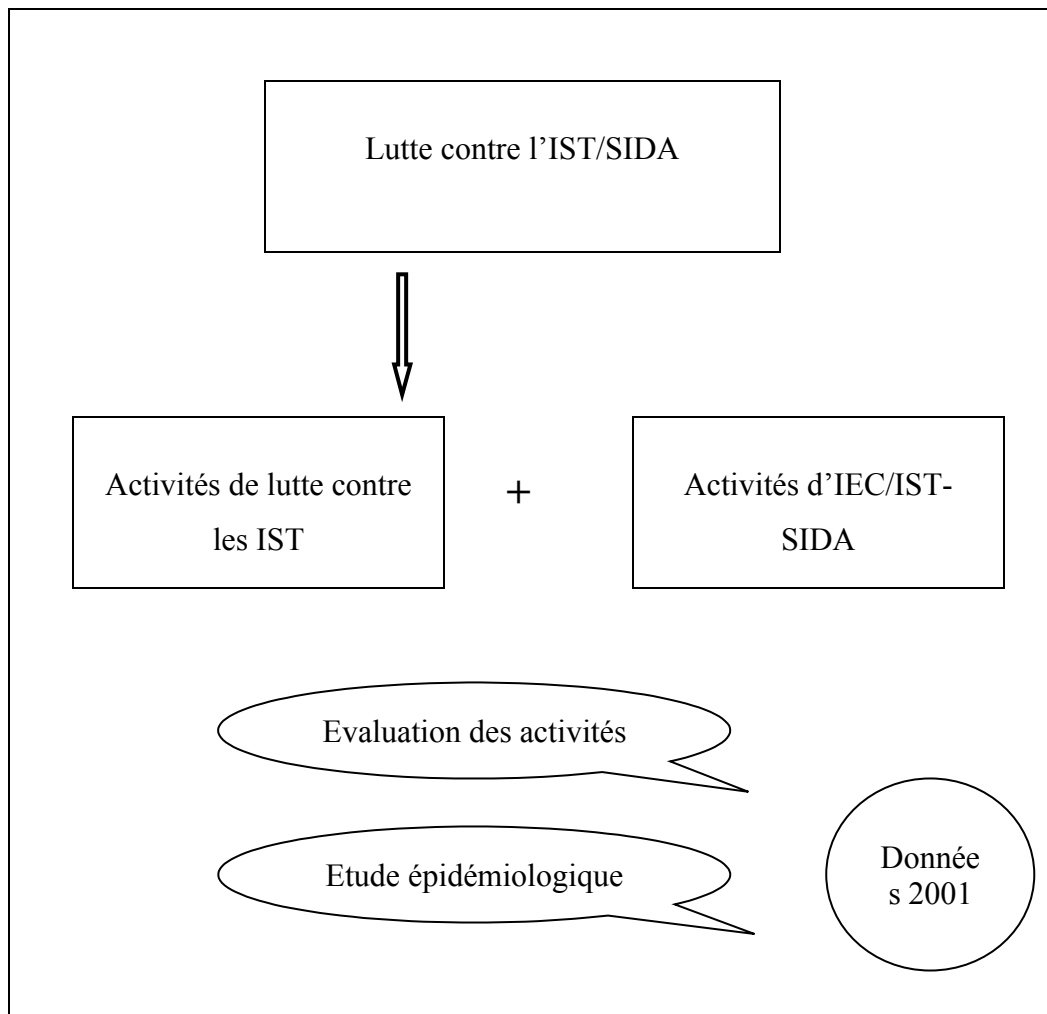


Figure n° 2 : Schéma méthodologique de l'étude.

La méthodologie utilise dans un premier temps les techniques de l'évaluation de processus et dans un deuxième temps les techniques de l'épidémiologie descriptive.

Les données sont celles de l'année 2001.

2.2. Paramètres d'étude

Les paramètres d'étude sont :

- Le nombre de séance individuelle d'IEC/IST/SIDA.
- Les nombre de séances d'IEC/IST - SIDA menées en groupe.
- Le nombre de contacts réalisés en IEC.
- Nombre de cas d'IST traités.
- Répartitions des cas selon :
 - les tranches d'âge ;
 - la situation matrimoniale ;
 - le sexe ;
 - le domicile ;
 - le type d'IST.
- Les malades venus avec leurs partenaires.

3. RESULTATS

3.1. Les séances d'IEC

- Au CSB₂ de Mahamasina, les séances d'IEC sont données :
 - sous forme de conseils lors des consultations externes,
 - sous forme de CCC (Communication pour le Changement de Comportement) et d'éducation sanitaire lors des réunions en groupe des utilisateurs du CSB₂.

- **Tableau n° 4** : Nombre de séances d'IEC individuelles ou par couple.

Dénominations	Nombre de séances d'IEC
---------------	-------------------------

Janvier	9
Février	11
Mars	13
Avril	15
Mai	7
Juin	22
Juillet	31
Août	47
Septembre	26
Octobre	16
Novembre	10
Décembre	12
TOTAL	219

- Le nombre de séances d’IEC en groupe est de 12
(1 séance par mois).

3.2. Nombre de contacts IEC réalisés

- Tableau n° 5 : Nombre de contacts IEC.**

Dénomination		IEC individus	IEC en groupe	TOTAL
Nombre de contacts	Janvier	9	12	21
	Février	14	15	29
	Mars	13	14	27
	Avril	17	20	37
	Mai	7	22	29
	Juin	22	13	35
	Juillet	36	12	48
	Août	51	25	76
	Septembre	28	20	48
	Octobre	16	12	28
	Novembre	10	13	23
	Décembre	12	15	27
TOTAL		235	193	428

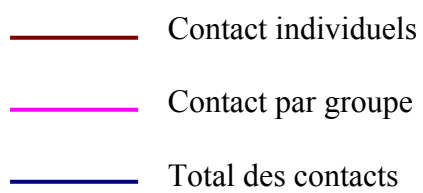
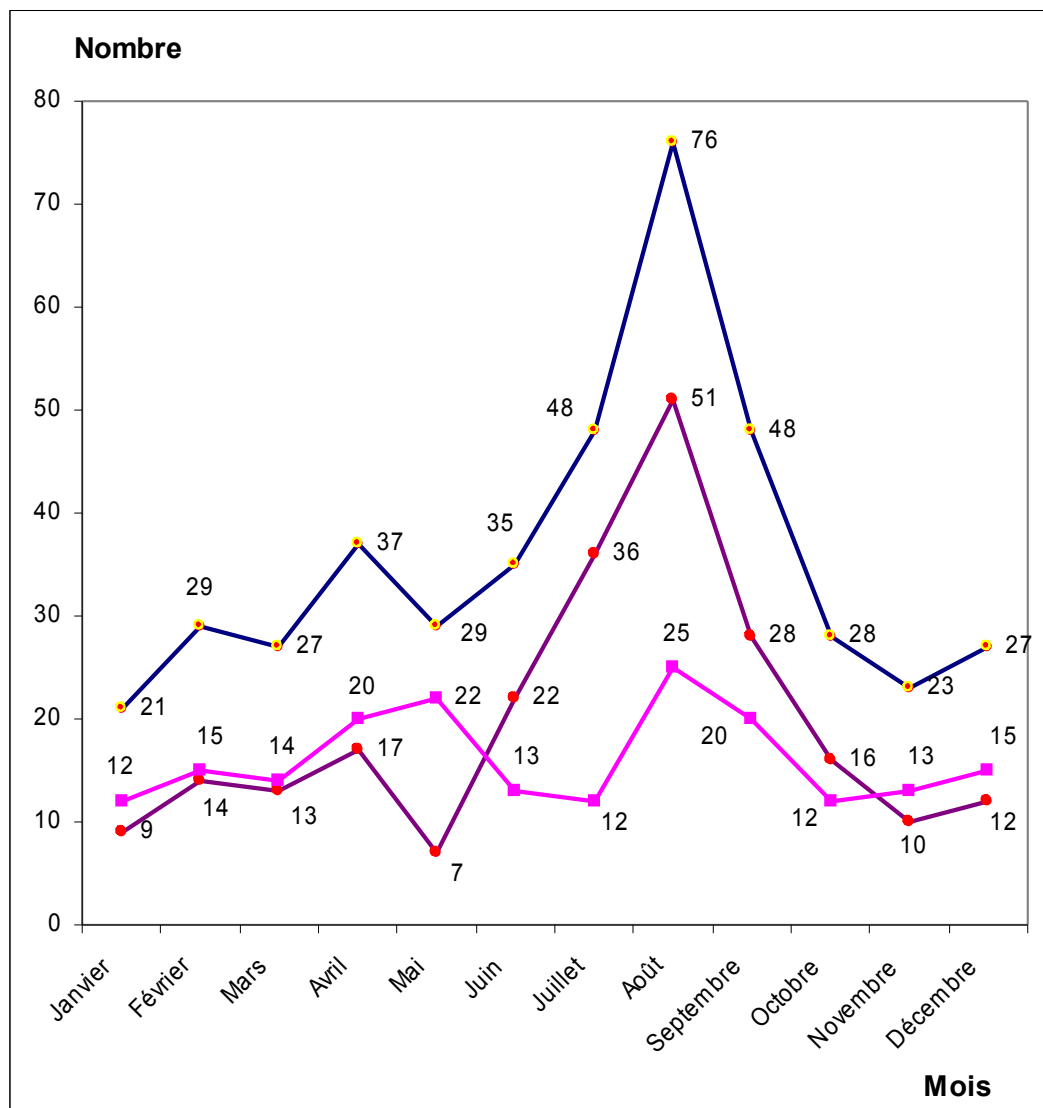


Figure n° 3 : Diagramme du nombre de contacts individuels.
ou par groupe réalisés.

3.3. Nombre de cas d'IST

- **Tableau n° 6 :** Nombre de cas d'IST enregistrés et traités.

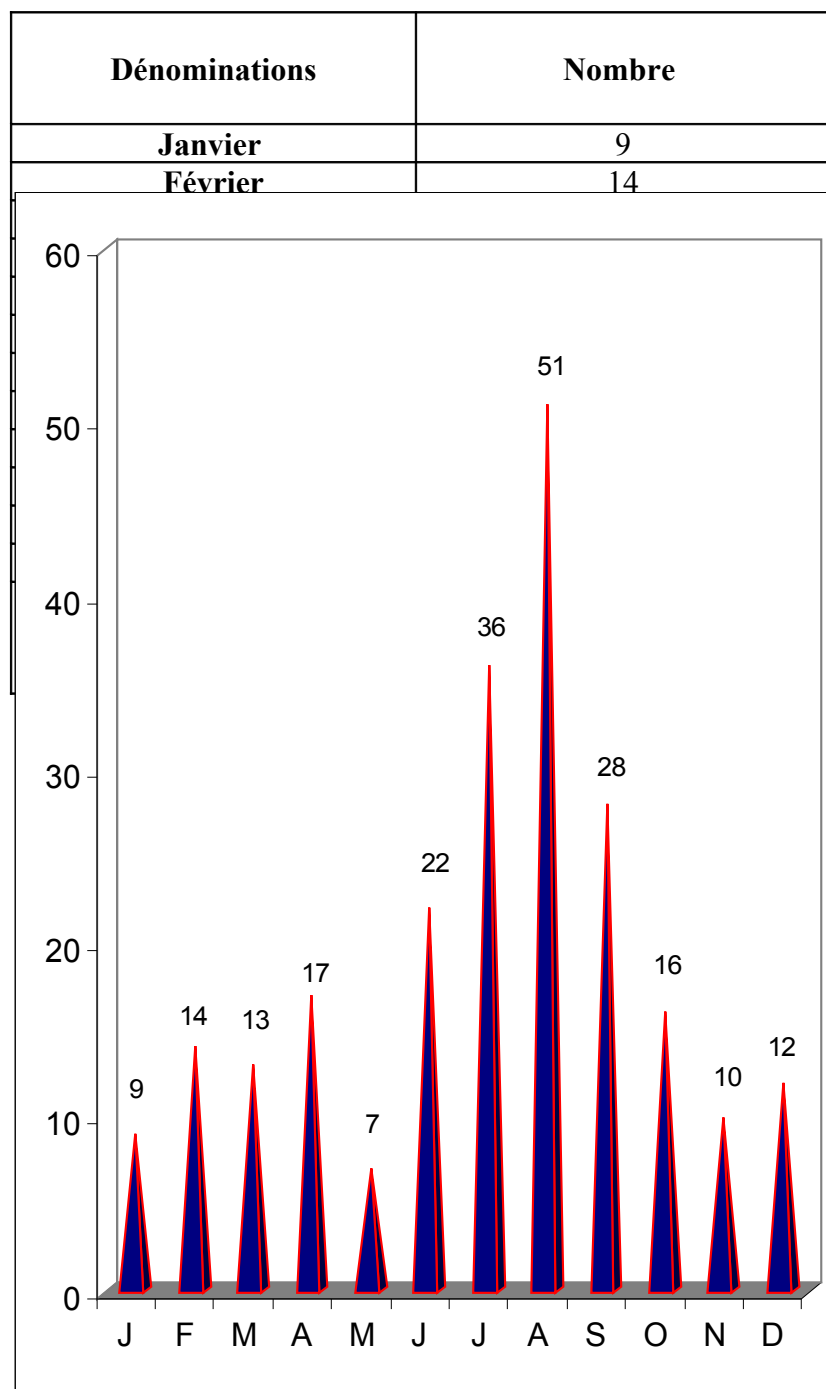


Figure n° 4 : Diagramme du nombre de cas d'IST
Enregistrés et traités en 2001.

3.4. Répartition des cas

- **Tableau n° 7 : Répartition des cas d'IST selon les tranches d'âge.**

Dénomination	Nombre	Pourcentage
< 15 ans	2	0,85
15 – 24 ans	55	23,4
25 - 34 ans	81	34,5
35 – 44 ans	42	17,9
45 – 54 ans	34	14,5
55 – 64 ans	21	8,9
65 ans et plus	0	0,0
TOTAL	235	100%

75,8%

- 75,8 des patients sont âgés de 15 à 44 ans.

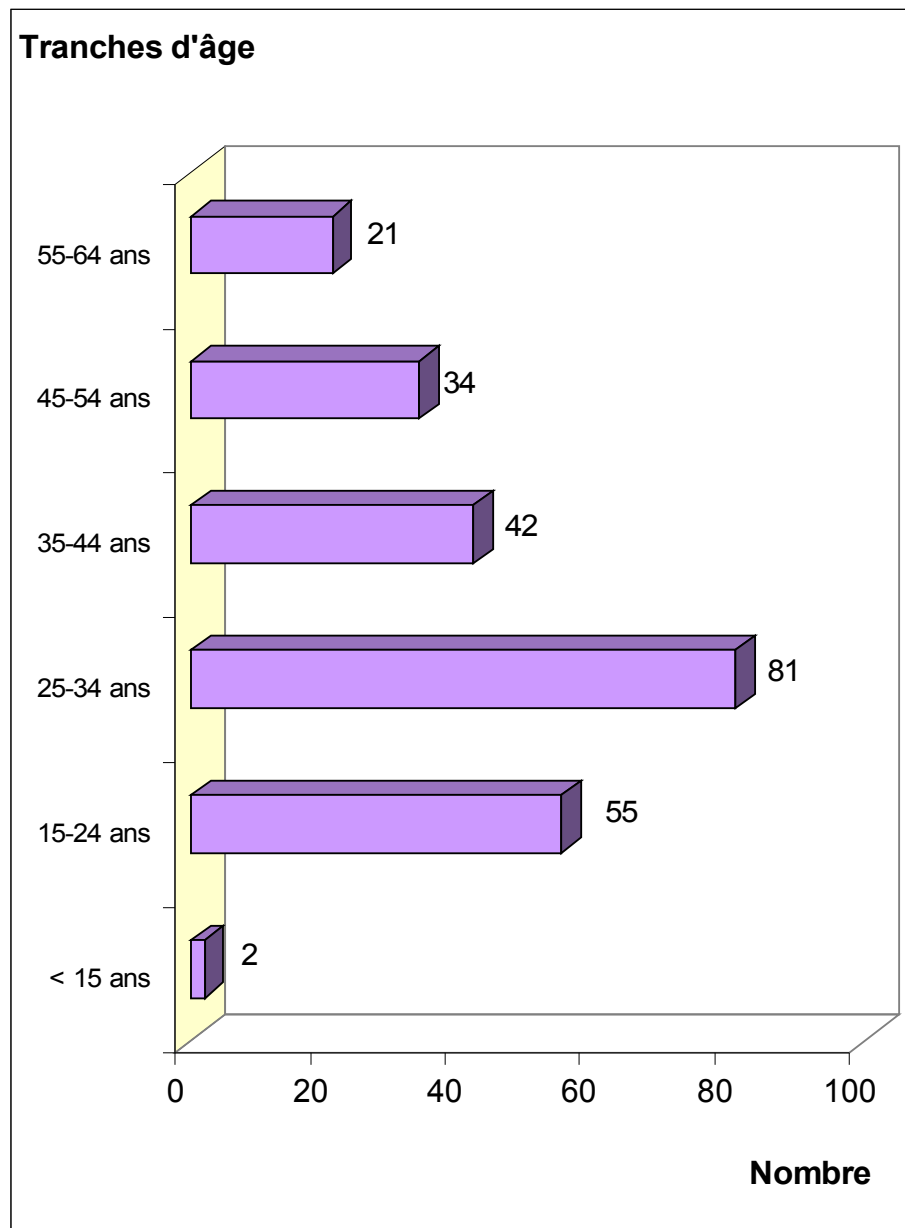


Figure n° 5 : Diagramme de la répartition des cas selon les tranches d'âge.

- **Tableau n° 8 :** Répartition des patients selon la situation matrimoniale.

Dénomination	Nombre	Pourcentage
Mariés ou vivent en couple	155	66,2
Célibataires	71	30,2
Veufs ou divorcés	9	3,8
TOTAL	235	100%

- 66,2 % des patients sont mariés ou vivent en couple.

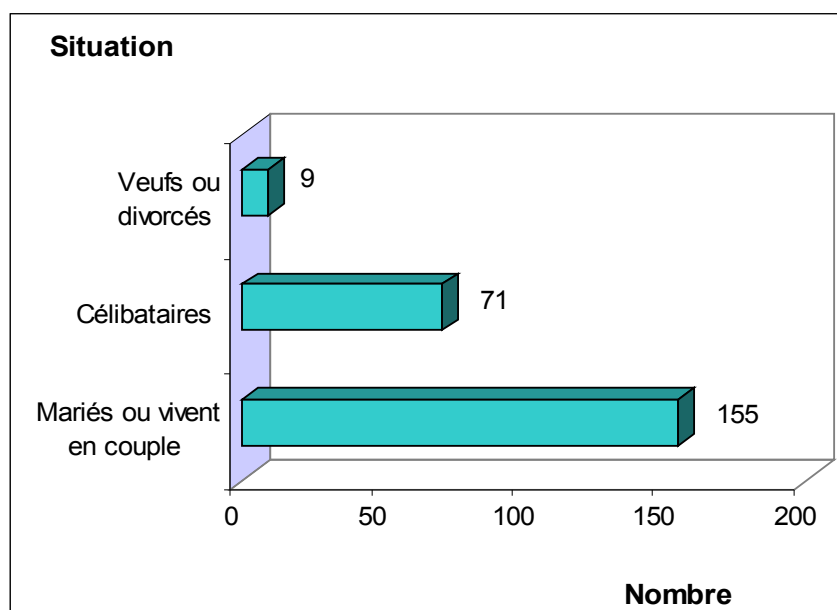


Figure n° 6 : Diagramme de la répartition des patients selon la situation matrimoniale.

- **Tableau n° 9** : Répartition des cas d'IST selon le sexe.

Dénomination	Sexe		TOTAL
	Masculin	Féminin	
Nombre	137	98	235
Pourcentage	58,3	41,7	100%

- 58,3% des patients sont du sexe masculin.

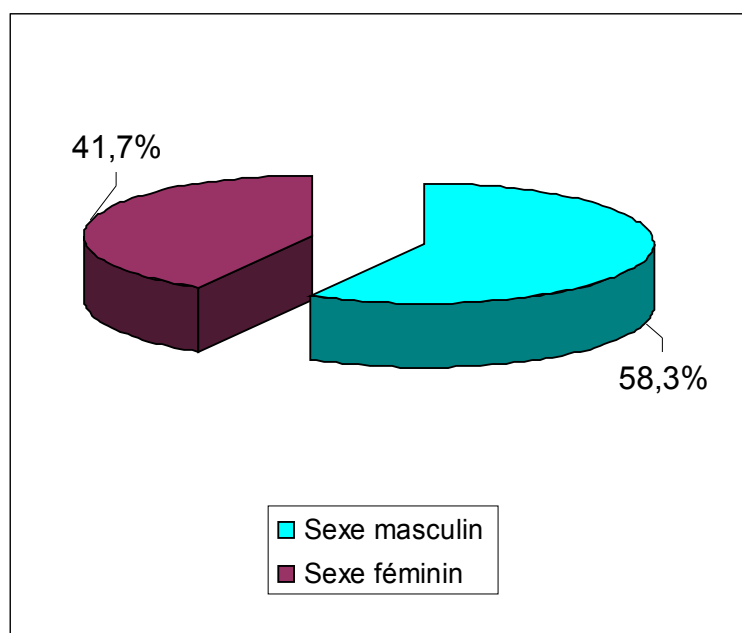


Figure n° 7 : Diagramme de la répartition des cas selon le sexe.

• **Tableau n° 10** : Répartition des cas d'IST selon le domicile.

Dénomination	Nombre	Pourcentage
Anosibe Ambohibarikely	7	3,0
Mahamasina Antsimo	105	44,7
Andrefanambohi- janahary IIIG	91	38,7
Mananjara	12	5,1
Ambaninam- pahamarinana	3	1,3
Andrefanambohi-	10	4,3

83,4%

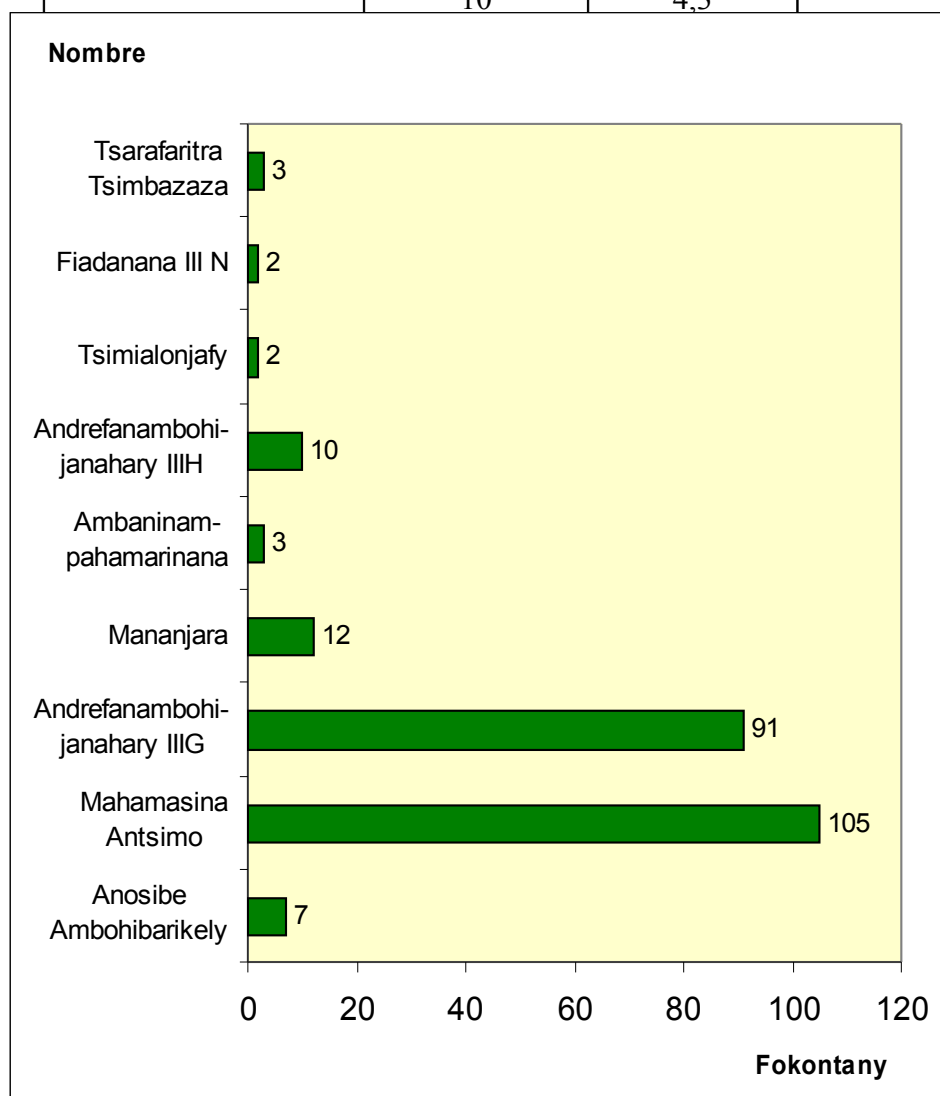


Figure n° 8 : Diagramme de la répartition des cas d'IST
selon le domicile.

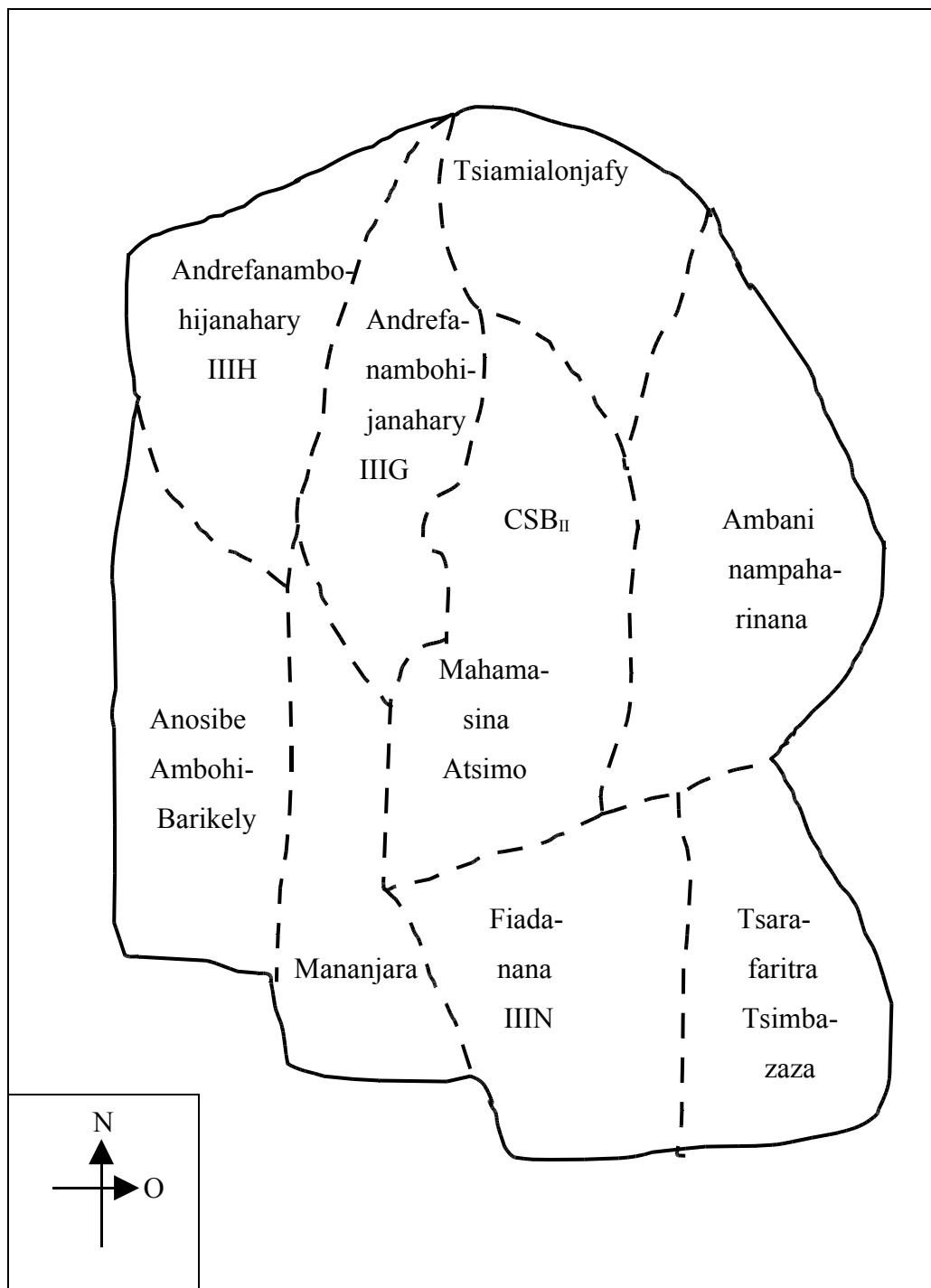


Figure n° 9 : Répartition schématique des Fokontany utilisateurs du CSB₂ de Mahamasina dans le domaine des IST.

- **Tableau n° 11** : Répartition des IST selon leurs types.

Dénomination	Nombre	Pourcentage
Ecoulement génital	147	62,2
Ulcération génitale	88	37,4
TOTAL	235	100%

- 62,6% des patients ont présenté un écoulement génital.

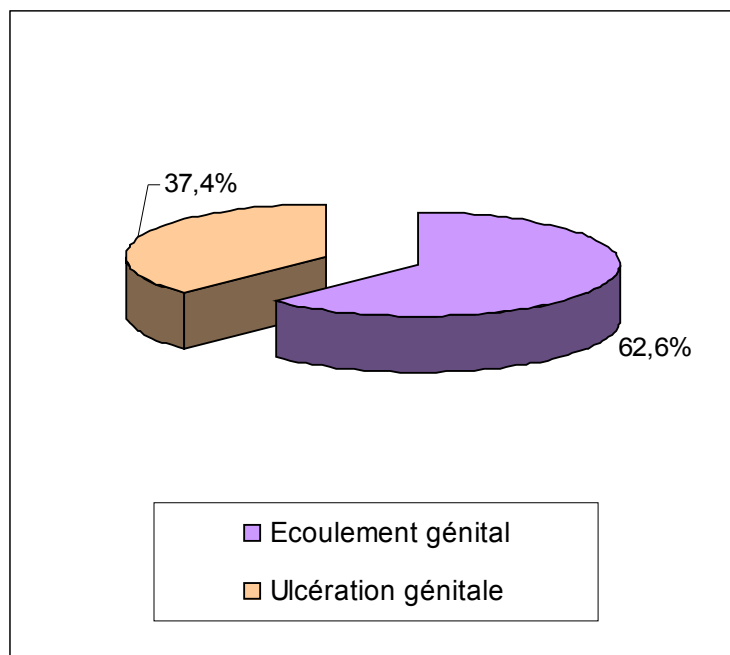


Figure n° 10 : Diagramme de la répartition des cas selon le type d'IST.

3.5. Les malades venus avec leur partenaires

- 16 malades sont venus avec leur partenaires.
- **Tableau n° 12 :** Les malades venus avec leurs partenaires.

Dénomination	Nombre
Malades venus avec leur partenaires	16 (32 malades)
Malades venu sans partenaires	203
TOTAL	235

- Les partenaires ont été traités comme des malades atteints d'IST de façon systématique.

COMMENTAIRES, DISCUSSIONS ET SUGGESTIONS

1. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

1.1. Evaluation des activités de lutte contre l'IST/SIDA

Le CSB₂ de Mahamasina est une formation sanitaire urbaine de base qui couvre théoriquement 21 Fokontany avec 109.477 habitants. Il ne dispose que de deux médecins, 4 sages-femmes et 1 assistant de santé comme personnels techniques. Avec 1 médecin pour 54.739 habitants, une sage-femme pour 27.369 habitants et 1 assistant de santé pour tous les habitants du secteur sanitaire, on ne peut pas s'attendre à des activités qui répondent de façon satisfaisante aux besoins de soins de santé primaires des habitants.

1.1.1. Activités d'IEC

Les activités d'Information – Education et Communication ou IEC sont le plus souvent effectuées sous forme de conseils donnés aux malades d'IST qui viennent consulter. Ces activités ne font pas l'objet d'un programme précis. Les conseils sont donnés en fonction des cas et en fonction des malades. Ils concernent généralement des recommandations relatives à l'observance et aux méthodes de protection individuelle contre l'IST – SIDA : l'utilisation de préservatifs à chaque relation sexuelle de façon systématique, la fidélité ou l'abstinence sont les méthodes proposées.

- Les séances d'IEC programmées ont lieu 1 fois par mois. Ces séances regroupent à chaque fois 25 personnes au maximum, et couvrent à peine 0,2% de la population du secteur sanitaire chaque année.
- On peut donc dire que les activités d'IEC menées uniquement en stratégie fixe, au niveau du CSB₂ de Mahamasina sont nettement

insuffisantes pour permettre une lutte efficace contre l'IST et le SIDA dans le domaine de l'information et de l'éducation.

L'utilisation des préservatifs, l'abstinence ou la fidélité nécessitent des contacts fréquents vis à vis des personnes en période d'activité sexuelle pour être adoptées.

1.1.2. *Les activités curatives des IST*

Le CSB₂ de Mahamasina a réalisé en 2001 une prise en charge thérapeutique de 235 cas d'IST. La blennorragie et la syphilis ayant respectivement au niveau national une prévalence de 450 et 350 pour 100.000 habitants, on peut penser que les activités de dépistage et de prise en charge thérapeutique des IST ne sont pas suffisantes au CSB₂.

Or le sida se transmet essentiellement par la voie sexuelle. Madagascar présente plusieurs facteurs susceptibles de précipiter l'évolution de l'infection au VIH vers l'état d'hyper endémicité : parmi ces facteurs les principaux sont la haute prévalence des IST, la paupérisation et la combinaison de la liberté sexuelle avec le caractère tabou de la sexualité.

1.2. Caractéristiques des malades d'IST

Les malades qui présentent les IST vues et traitées au CSB₂ de Mahamasina sont pour la plupart âgés de 15 à 44 ans (75,8%). Les patients du sexe masculin sont plus nombreux que les malades du sexe féminin. L'usage des préservatifs ne semble pas suivi par ces patients et la fidélité des couples peut être sérieusement remise en question. Cette situation suscite beaucoup de questions sur l'efficacité des activités d'information sur le SIDA et les IST à Antananarivo. Beaucoup d'organisations non gouvernementales travaillent pourtant sur la lutte contre les IST/SIDA dans la capitale et les environs et les médias (Radio – Télévision – Journaux) parlent pratiquement tous les jours de la question. Le pourcentage élevé des patients mariés

semble confirmer notre inquiétude sur la vie sexuelle de la population. Les patients qui viennent consulter avec leurs partenaires sont seulement au nombre de 16. Les partenaires qui ne viennent pas au CSB₂ de Mahamasina vont peut être se soigner ailleurs ou pratiquent l'automédication. Il est pourtant difficile d'en avoir la confirmation. Le traitement des patients d'IST qui viennent avec leur partenaires représentent la meilleure des stratégies pour venir à bout des chaînes de transmission et pour avoir une diminution appréciable du taux de prévalence.

Il faut remarquer également que le secteur sanitaire du CSB₂ de Mahamasina est trop vaste et trop peuplé pour une formation sanitaire qui ne dispose que de deux médecins, 4 sages-femmes et un assistant de santé.

2. SUGGESTIONS

Pour une meilleure lutte contre les IST et le SIDA dans le secteur sanitaire de Mahamasina nous suggérons :

- ✓ Une réadaptation de la délimitation de secteur sanitaire.
- ✓ Un renforcement du personnel du CSB₂.
- ✓ Un développement des activités d'IEC.

2.1. Une réadaptation de la délimitation du secteur sanitaire

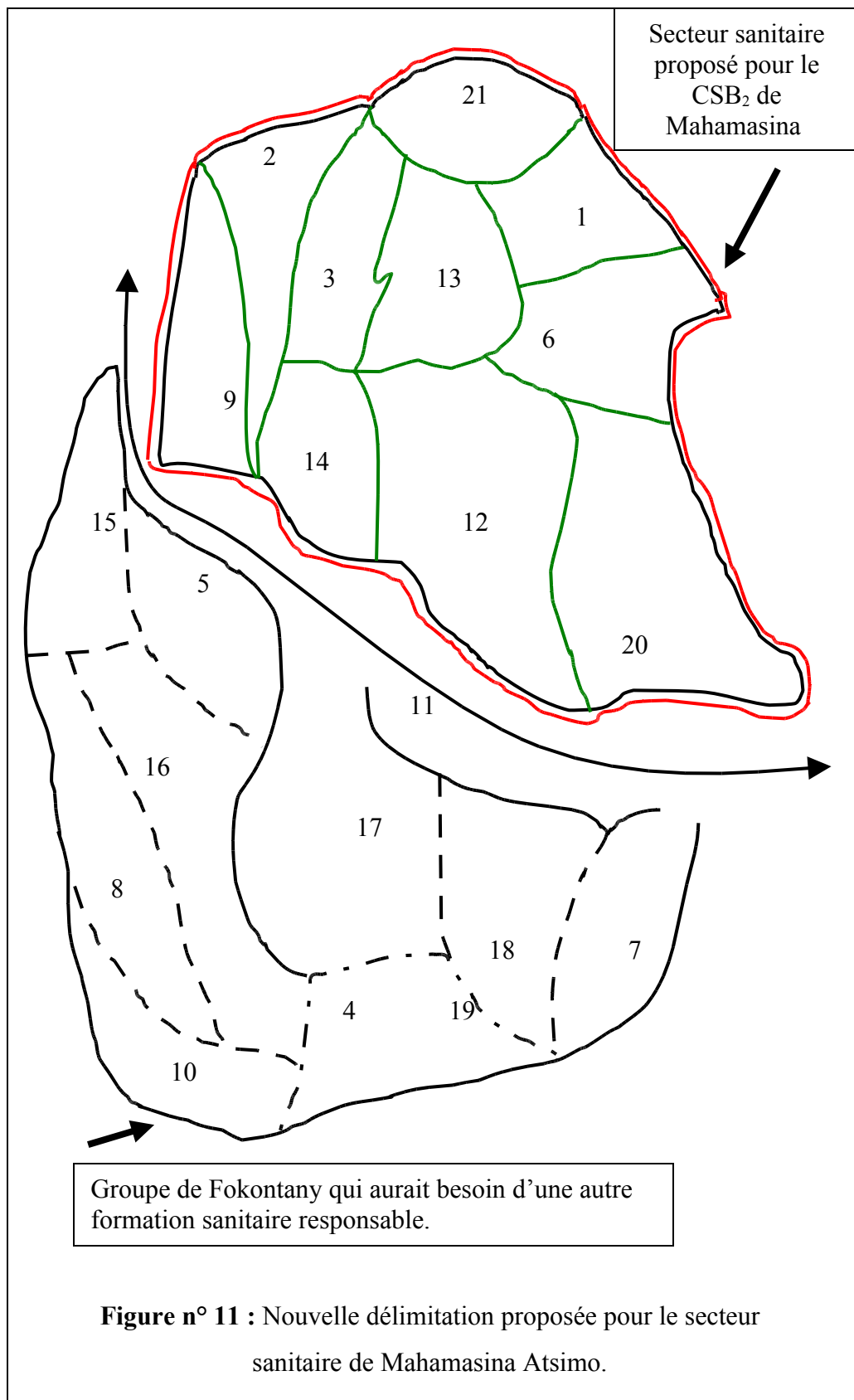
Compte tenu des résultats obtenus par notre étude et afin de réduire les problèmes d'accessibilité et d'utilisation du CSB₂, nous proposons de ne retenir dans le secteur sanitaire de Mahamasina que les Fokontany qui utilisent le CSB₂. Ces Fokontany sont au nombre de 10 (figure n° 11) le Fokontany d'Ankadilalana ayant été retenu pour une raison d'accessibilité géographique :

- Mahamasina Atsimo (8.416 habitants)
- Andrefanambohijanahary IIIG (9.305 habitants)
- Andrefanambohijanahary IIIG (3.209 habitants)
- Mananjara (4.199 habitants)

- Anosibe Ambohibarikely (7.674 habitants)
- Ambaninampahamarinana (3.729 habitants)
- Tsimialonjafy (4.513 habitants)
- Fiadanana III N (3.682 habitants)
- Trarafaritra Tsimbazaza (4.061 habitants)
- Ankadilalana (2.920 habitants).

Le secteur sanitaire que nous proposons pour le CSB₂ de Mahamasina comporte 10 Fokontany avec 51.708 habitants.

Les Fokontany retenus sont des Fokontany utilisateurs du CSB₂ confirmés à l'exception d'Ankadilalana.



Le reste de l'ancien secteur sanitaire constitué par 11 Fokontany avec 57.769 habitants doit être mis sous la responsabilité d'une autre formation sanitaire.

Cette nouvelle disposition a comme avantages :

- Un regroupement pratique des Fokontany autour du CSB₂ de Mahamasina.
- Le taux d'utilisation du CSB₂ sera aussi amélioré puisque le problème d'accessibilité « géographique » qui existe dans la capitale malgré l'existence des « bus » pour le transport des habitants ne sera plus important, les utilisateurs pouvant venir à pieds au CSB₂.
- La charge démographique du CSB₂ est réduite et le CSB₂ pourra pratiquer une stratégie mobile dans ses activités préventives sans avoir des problèmes de déplacement.

2.2. Renforcement du personnels du CSB₂

Afin de permettre au CSB₂ de réaliser ses activités préventives et curatives et pour une meilleure disponibilité des ressources humaines nous proposons pour le CSB₂.

- 3 médecins
- 2 infirmiers
- 4 sages-femmes
- 2 assistants de santé

Cette proposition demande un personnel technique en complément d'effectif constitué par :

- 1 médecin
- 2 infirmiers
- 1 assistant de santé

2.3. Un développement des activités d'IEC

L'importance des activités d'IEC est primordiale dans la lutte contre les IST/SIDA.

Le CSB₂ doit prévoir :

- des activités d'IEC menées en stratégie fixe ;
- des activités d'IEC menées en stratégie mobile.

2.3.1. *IEC en stratégie fixe*

- Les activités d'IEC sont ici réalisées au niveau du CSB₂.
- Elles peuvent être réalisés par individu pour les patients qui viennent consulter. Les conseils et informations sont alors personnalisés.
- Elles peuvent également être réalisées sous forme de séances d'IEC données à des groupes d'individus.
- Les séances d'IEC en groupe peuvent se faire deux fois par semaine au lieu d'une fois par mois (seule possibilité auparavant compte tenu de la situation du personnel technique). De plus les séances peuvent se faire selon un programme avec des intitulées préalablement connues par les utilisateurs du CSB₂ (figure n° 12).

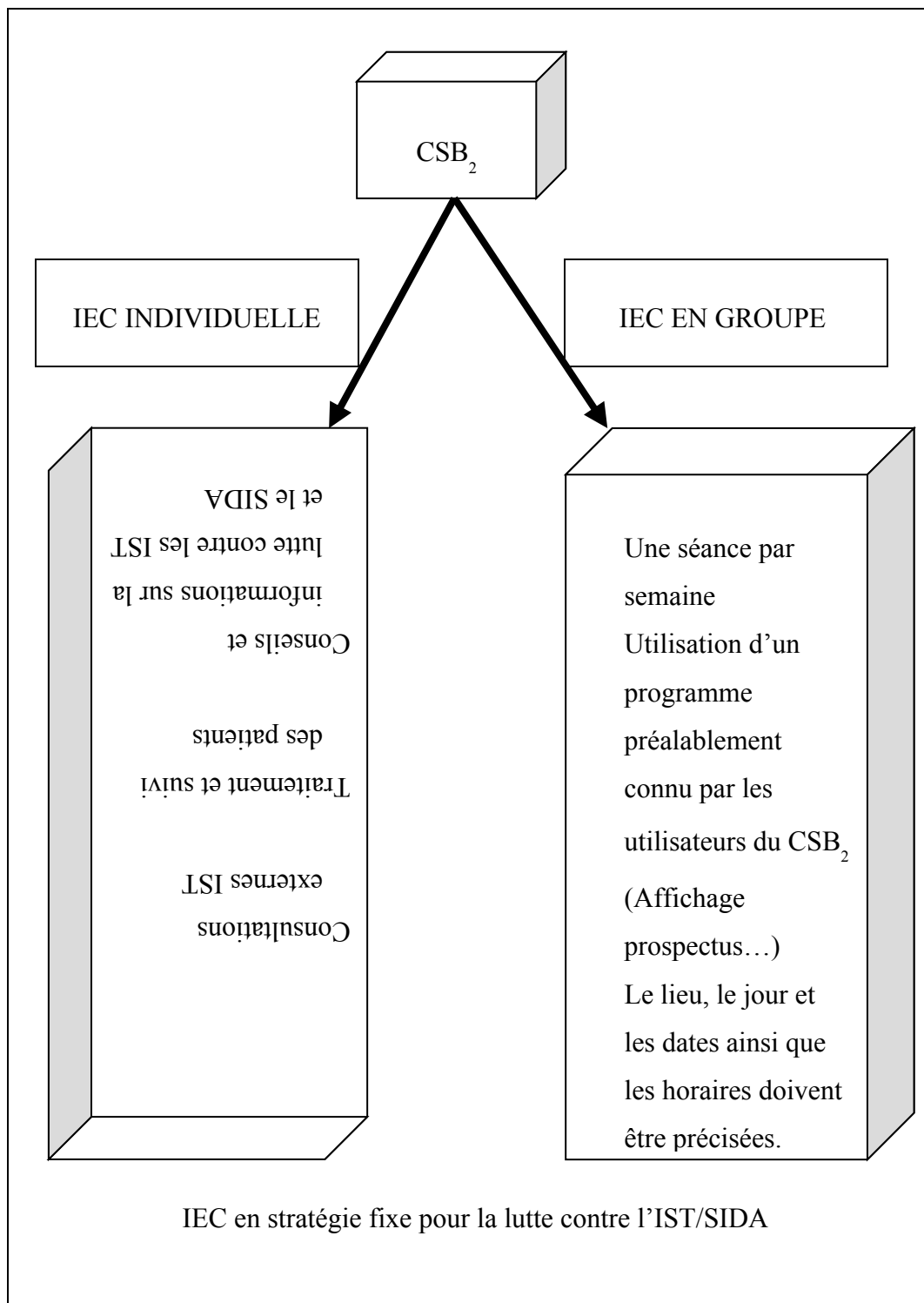


Figure n° 12 : Organisation des activités d'IEC en stratégie fixe.

2.3.2. IEC en stratégie mobile

- Les activités d'IEC sont ici réalisées au niveau des Fokontany du secteur sanitaire.
- Un groupe de communicateurs - éducateurs doit être formé pour réaliser ces activités en stratégie mobile.
- Les habitants du secteur sanitaire doivent être préalablement informés par l'affichage d'un programme trimestriel. Le programme indique le sujet de l'IEC, le lieu, la date et le jour de chaque séance ainsi que les horaires.
- La collaboration des autorités locales doit être assurée. Les autorités concernent essentiellement les responsables de la mairie, des Fokontany et des quartiers, les responsables des églises, les responsables de l'éducation des enfants et des jeunes. La contribution des organisations non gouvernementales qui évoluent dans le secteur est importante pour la mise en œuvre d'un programme d'IEC qui requiert une action multisectorielle.

Une seule séance par Fokontany par an est envisageable dans la situation actuelle de CSB₂ en ressources humaines (Figure n° 13).

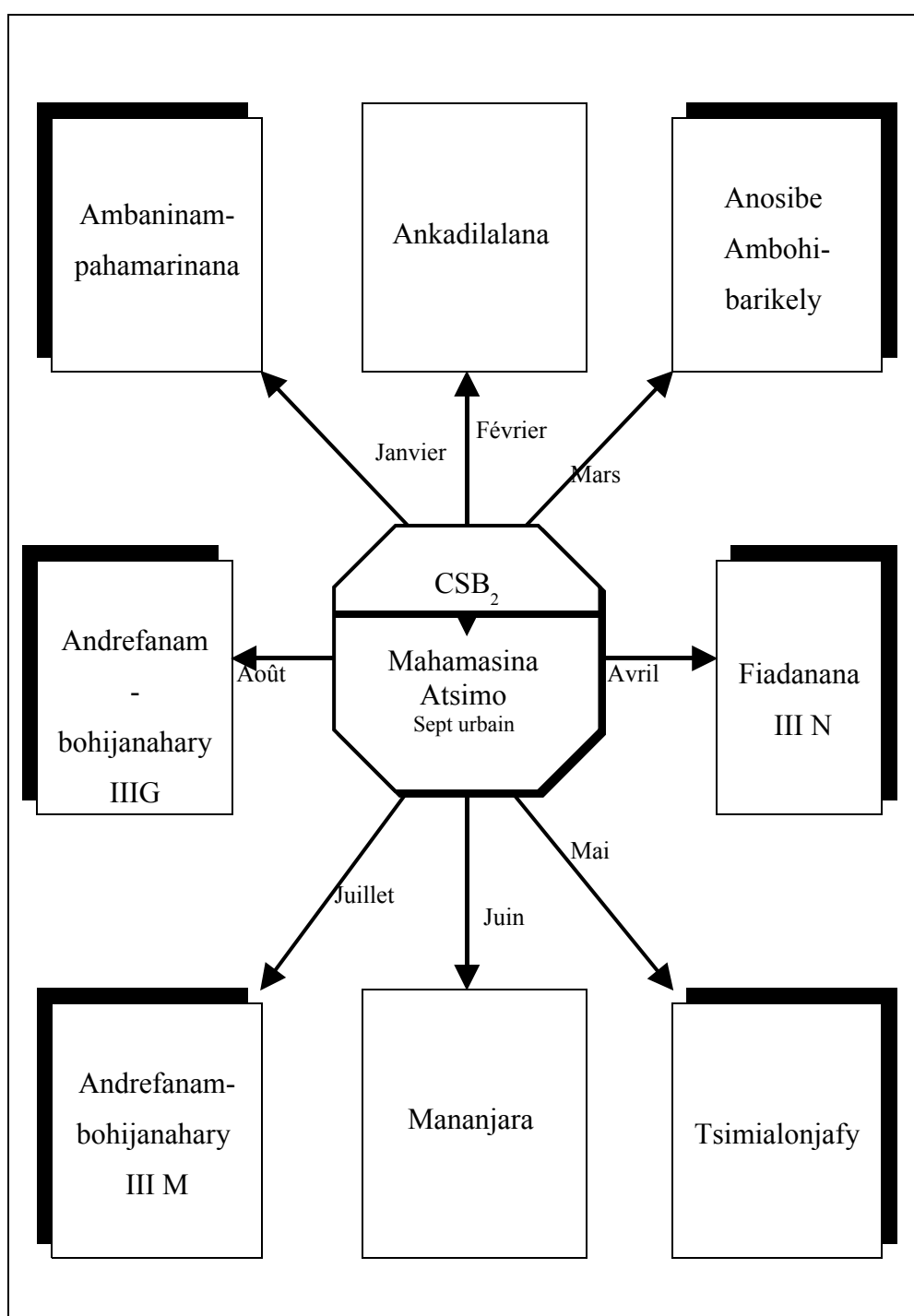
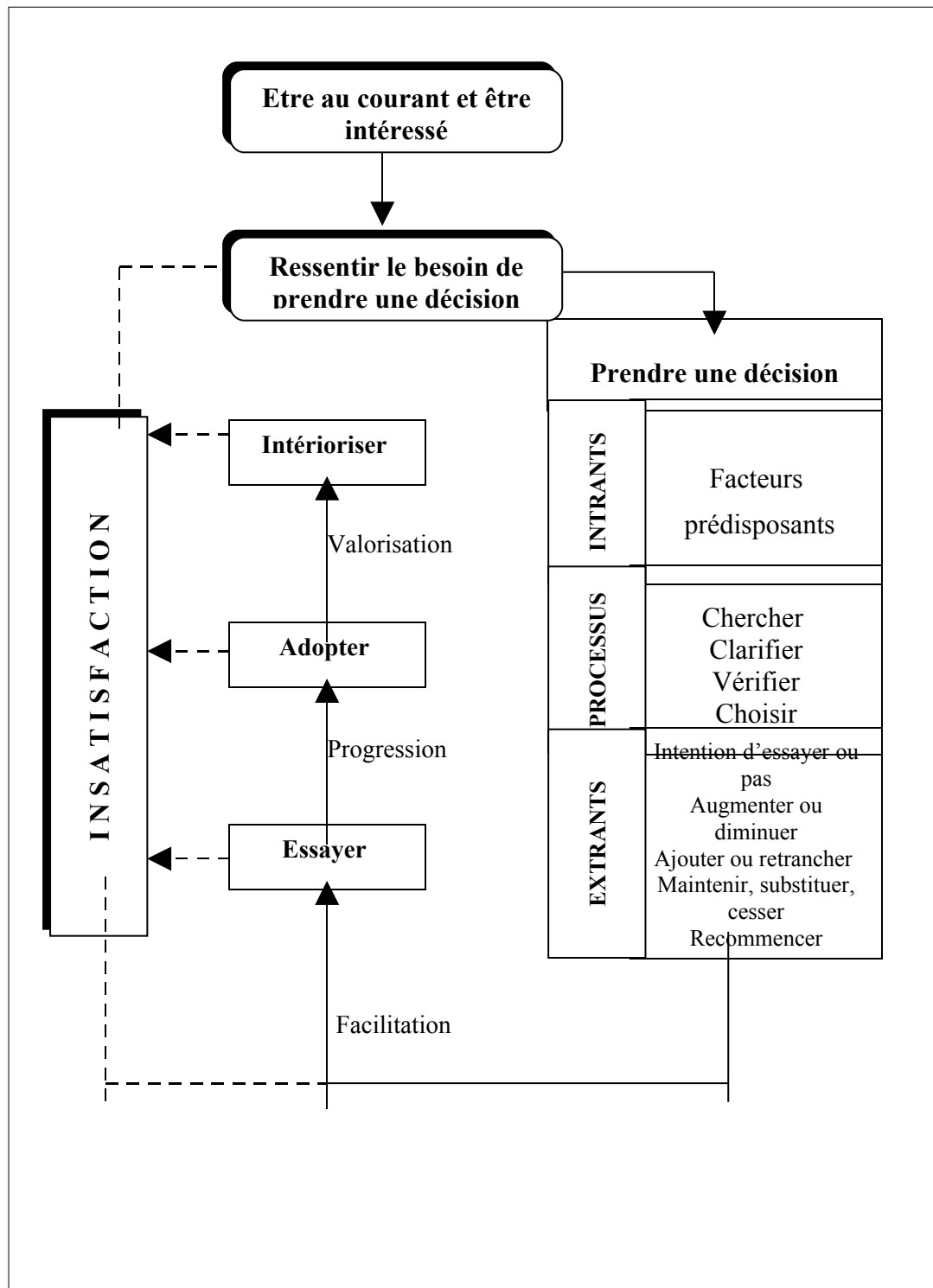


Figure n° 13 : Organisation des activités d’IEC
en stratégie mobile.

- Compte tenu du fait que les Fokontany proposés pour constituer le nouveau secteur sanitaire ne sont pas éloignés, les habitants peuvent facilement suivre la continuité du programme d'IEC au niveau des séances données dans les Fokontany du secteur sanitaire.
- Qu'elles soient menées en stratégie fixe ou en stratégie mobile, les activités d'IEC doivent utiliser le modèle d'apprentissage du comportement (Figure n° 14). (25)
- Le groupe cible constitué par les personnes en âge de procréer doit être mis au courant sur l'IST et le SIDA, les manifestations cliniques le traitement et le mode de transmission de ces maladies.

Le groupe cible doit également être mis au courant du rôle de protection que jouent les préservatifs, l'abstinence ou la fidélité.



- Il faut que les activités d'IEC conduisent le groupe cible vers la décision de changement de comportement en utilisant les facteurs facilitateurs pour
- La réussite de l'essai

Pour essayer le comportement basé sur l'utilisation des préservatifs, l'individu par exemple doit apprendre à utiliser le préservatif, avoir les moyens de s'en procurer et être à proximité des endroits où on peut obtenir les préservatifs.

- L'utilisation des préservatifs par exemple doit être maintenue par des facteurs personnels et environnementaux influençant le comportement en faveur de la santé (récompenses, incitations...).
- L'adoption de l'utilisation des préservatifs correspond à la phase d'adoption de Rogers ; c'est le moment où l'individu décide d'adopter ou de rejeter le comportement. L'insuffisance du poids des facteurs facilitateurs et de renforcement peut entraîner le sujet du comportement visé. Mais l'utilisation des facteurs de progression peut assurer l'adoption.
- Le feed-back psychomoteur correspond à l'amélioration du comportement du point de vue psychomoteur suite aux conseils d'un instructeur.
- Les intrants sont les éléments principaux d'où naît une prise de décision. Ce sont les facteurs prédisposants.
- Le processus

L'individu utilise différents chemins pour parvenir à une décision. Ceci est illustré à la figure n° 15. Le processus comprend les étapes suivantes :

- Chercher : à partir de l'objectif visé, la personne fait l'inventaire des options possibles.
- Clarifier : au cours de l'inventaire, elle clarifie la signification et l'implication des diverses options.
- Vérifier : suite à cette clarification, elle vérifie quelles options répondent à ses besoins.
- Choisir : finalement, elle choisit parmi l'éventail de possibilités.

Ceci correspond aux extrants, à l'intention de faire le comportement.

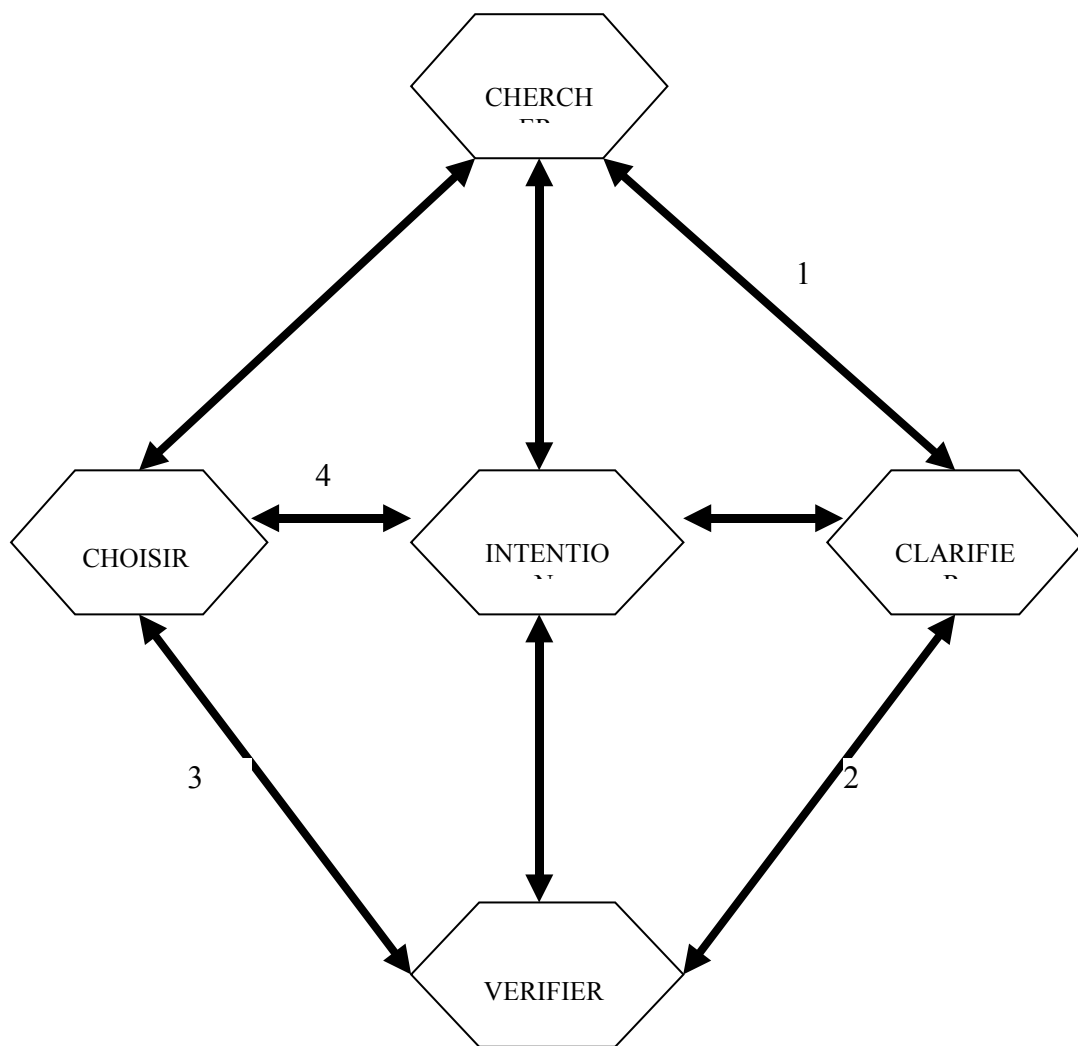


Figure n° 15 : Les actions pour les intrants et extrants du modèle d'apprentissage du comportement. (25)

CONCLUSION

L'étude que nous avons menée au CSB₂ de Mahamasina sur la lutte contre l'IST – SIDA montre qu'il s'agit d'une entreprise difficile nécessitant des actions multisectorielles et des moyens adéquats.

Le CSB₂ de Mahamasina couvre un secteur sanitaire trop vaste pour sa capacité d'action et la mise en œuvre du paquet minimum d'activités de soins de santé primaires souffre d'insuffisance de ressources. Pour la lutte contre l'IST/SIDA, les activités préventives sont effectuées sous forme de conseils donnés aux patients venus en consultation. Les séances d'IEC en groupe ne sont données qu'une fois par mois et réunissent à peine 25 personnes par séance.

Les activités curatives pour l'année 2001 enregistrent 235 cas d'IST. Les patients sont essentiellement du sexe masculin et sont pour la plupart mariés. Cette situation laisse supposer que les mesures préventives recommandées pour la lutte contre l'IST notamment l'utilisation systématique des préservatifs lors des relations sexuelles, l'abstinence ou la fidélité, ne sont pas toujours respectés.

C'est dans le but d'aboutir à une meilleure lutte contre l'IST/SIDA au CSB₂ de Mahamasina que nous avons formulé 3 propositions :

- La première consiste à réduire l'étendue du secteur sanitaire du CSB₂ : au lieu de 21 Fokontany la proposition retient 10 Fokontany.
- La deuxième proposition vise le renforcement du personnel technique.
- La dernière proposition concerne le développement efficace des activités d'IEC qui peuvent se faire non seulement en stratégie fixe mais aussi en stratégie mobile.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ministère de la santé. Rapport sur le Sida. Min. San /IST-SIDA Madagascar, 2001.
2. Brisset C. La santé dans le tiers monde. Edition la découverte. Le monde, 1984 : 251.
3. Piot P, Mehens A. Epidémiologie des maladies sexuellement transmissibles dans les pays en développement. Ann Soc Belge, Med trop, 1983 : 63-87.
4. Le Noc P. Le sida et l'enfant africain. Méd et Mal inf, 1974 ; 34 : 573.
5. Campbell M, Waters WE. Public Knowledge about aids in creasing. Br Med J, 1987 : 294-392.
6. Fineberg HV. Education to prevent aids : prospects and obstacles. Sciences Sociales et Santé, 1988 : 239-592.
7. Gentilini M. Médecine Tropicale Sciences. Flammarion, 1993 : 435.
8. Maleville J, Geniaux M, Ball M, Texier L. Aspects des maladies vénérienne dans les régions tropicales. Med Afr Noire, 1984 ; 31 : 521.
9. Rothamn KJ. Moderne Epidemiology. Boston : littlen, Brown, 1986 ; 3 : 23-34.
10. Osoba AO. Sexually transmitted diseases in tropical Africa a review of the present situation. Brit J Vener Dis, 1981 ; 57 : 89.
11. Ministère de la Santé. Projet CRESAN, revue à mi-parcours. Rapport final. Programme national de lutte contre les MST/SIDA. Ministère de la Santé, 1995.

12. Alperovitch A, De Dombal FT, Grény F. Evaluation of efficacy of medical action. North-Holland publishing company, 1979.
13. Pollak M, Dab W, Moatt JP. Systèmes de réaction au sida et action préventive. Sciences Sociales et Santé, 1989 ;7 : 111-140
14. Lesbordes JL. Aspects cliniques de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en Centrafrique. Med Trop, 1988 ; 48 : 351-357.
15. Caumes E. Manifestations dermatologiques de l'infection par le VIH en région tropicale. Cahiers Santé, 1991 ; 1 : 15-24.
16. Toua Ngaporo A. Les aspects cliniques du sida en Afrique. Rev Prat, 1990 ; 23 : 2136-2140.
17. Piot P, Quinn TC, Talman HA. Acquired Immunodeficiency Syndrome in a heterosexual population in Zaïre. Lancet, 1988 : 65-69.
18. Nicolas J. Le sida et l'enfant africain. Med et Mal inf, 1990 ; 20 : 454-458.
19. Fries JF. Time oriented patient records and a computer data bank. JAMA, 1972.
20. Rustein DD. Measuring the quality of medical care. A clinical method. New England journal of Medecine, 1979.
21. Moatti JP, Beltzer N, Dab W. Sida. Information et prévention. Cahiers santé, 1992 ; 3 : 199-200.
22. Moton RF, Hibel JR. Epidemiologie et Brostatique : une introduction programmée. Doin, 1990 : 9.

23. Rumeau, Rouquette C, Breart GR, Padieu R. Méthodes en épidémiologie. Flammarion. 1985 : 9-15.
24. Rothman KJ. Modern Epidemiology. Boston : Little brown, 1986 ; 12 : 177-236.
25. O' Neil M. La modification de comportement reliée à la santé. Union Médical, 1980 ; 10 : 733-742.

VELIRANO

« Eto anatrehan'i ZANAHARY, eto anoloan'ireo mpampianatra ahy, sy ireo mpiara-nianatra tamiko eto amin'ity toeram-pampianarana ity ary eto anoloan'ny sarin'i HIPPOCRATE.

Dia manome toky sy mianiana aho fa hanaja lalandava ny fitsipika hitandrovana ny voninahitra sy ny fahamarinana eo am-panatontosana ny raharaham-pitsaboana.

Hotsaboiko maimaim-poana ireo ory ary tsy hitaky saran'asa mihoatra noho ny rariny aho, tsy hiray tetika maizina na oviana na oviana ary na amin'iza na amin'iza aho mba hahazoana mizara aminy ny karama mety ho azo.

Raha tafiditra an-tranon'olona aho dia tsy hahita izay zava-miseho ao ny masoko, ka tanako ho ahy samirery ireo tsiambaratelo aboraka amiko ary ny asako tsy avelako hatao fitaovana hanatontosana zavatra mamoaafady na hanamoràna famitàn-keloka.

Tsy ekeko ho efitra hanelanelana ny adidiko amin'ny olona tsaboiko ny anton-javatra ara-pinoana, ara-pirenena, ara-pirazanana, ara-pirehana ary ara-tsaranga.

Hajaiko tanteraka ny ain'olombelona na dia vao notorontoronina aza, ary tsy hahazo mampiasa ny fahalalako ho enti-manohitra ny lalàn'ny maha-olona aho na dia vozonana aza.

Manaja sy mankasitraka ireo mpampianatra ahy aho ka hampita amin'ny taranany ny fahaizana noraisiko tamin'izy ireo.

Ho toavin'ny mpiara-belona amiko anie aho raha mahatanteraka ny velirano nataoko.

Ho rakotry ny henatra sy horabirabian'ireo mpitsabo namako kosa aho raha mivadika amin'izany. »

PERMIS D'IMPRIMER

LU ET APPROUVE

Le président de thèse

Signé : Professeur RATOVO Fortunat

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé : Professeur RAJAONARIVELO PAUL

Nom et Prénoms : RASAONA Volaharilala Nirina

**Titre de la thèse : « INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ET
LUTTE CONTRE LE SIDA AU CSB₂ DE MAHAMASINA »**

Rubrique : Santé publique

Nombre de figures : 15

Nombre de pages : 51

Nombre de tableaux : 12

Nombre de diagrammes : 07

Nombre de références bibliographiques : 25

RESUME

« Infections Sexuellement Transmissibles et lutte contre le SIDA au CSB₂ de Mahamasina » est une étude qui a pour objectif d'évaluer les activités contre l'IST/SIDA au CSB₂ concerné afin de suggérer des éléments d'amélioration stratégique.

La méthodologie utilise les techniques d'évaluation de processus dans un premier temps et la méthode d'épidémiologie descriptive dans un deuxième temps.

Les résultats obtenus sont essentiellement les suivants :

- En 2001, les activités d'IEC/IST-SIDA ont été effectuées sous forme de conseils donnés aux consultants. Les séances d'IEC en groupe ne sont offertes qu'une fois par mois.
- Les activités curatives ont enregistré 235 cas d'IST parmi lesquels on distingue des écoulements génitaux dans 62,6% des cas et des ulcérations génitales dans 37,4% des cas.
- Seize patients seulement sont venus consulter avec leurs partenaires et les malades enregistrés viennent de 9 Fokontany environnants.
- Pour une meilleure lutte contre l'IST/SIDA, nous avons proposé un secteur sanitaire plus réduit constitué de 10 Fokontany, un renforcement du personnel technique et un développement des activités d'IEC en adoptant une stratégie mobile.

Mots clés : IST/SIDA – Prévention – Préservatifs – IEC – Stratégie mobile

Directeur de thèse : Professeur RATOVO Fortunat

Rapporteur de thèse : Docteur RANDRIAMANJAKA Jean Rémi

Adresse de l'auteur : Lot VK 45 D bis B Morarano Ambohitsoa

Name and first name : RASAONA Volaharilala Nirina

**Title of the thesis : “SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS
AND STRUGGLE AGAINST THE AIDS
TO THE HBC2 OF MAHAMASINA”**

Heading : Public Health

Number of figures : 15

Number of pages : 51

Number of tables : 12

Number of diagrams : 07

Number of bibliographical references : 25

SUMMARY

“Sexually transmitted infections and struggle against the AIDS to the HBC2 of Mahamasina” is a survey that has for objective to value activities against the IST/AIDS to the HBC2 concerned in order to suggest strategic elements of improvement.

The methodology uses techniques of process assessment in a first time and the descriptive epidemiology method in a second time.

The results are essentially next one :

In 2001, activities of IEC/IST-AIDS have been done under shape of advices given to consultants. Sittings of IEC in group are only offered once per month.

The curative activities recorded 235 cases of IST among what one distinguishes some genital out-flows in 62,6% of cases and the genital ulcerations in 37,4% of cases. Only sixteen patients came to consult with their partners and the recorded patients come from 9 surrounding Fokontany.

For a better struggle against the IST/AIDS, we proposed a more reduced sanitary sector of 10 Fokontany, a strengthening of the technical staff and a development of IEC activities as adopting a strategy mobile.

**Key words : IST/AIDS - Prevention - Condoms - IEC –
mobile Strategy**

Director of the thesis : Professor RATOVO Fortunat

Reporter of the thesis : Doctor RANDRIAMANJAKA Jean Rémi

Address of author : Lot VK 45 D bis B Morarano Ambohitsoa

Nom et Prénoms : RASAONA Volaharilala Nirina

Titre de la thèse : « INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLE ET
LUTTE CONTRE LE SIDA AU CSB₂ DE MAHAMASINA »

CONCLUSION

L'étude que nous avons menée au CSB₂ de Mahamasina sur la lutte contre l'IST – SIDA montre qu'il s'agit d'une entreprise difficile nécessitant des actions multisectorielles et des moyens adéquats.

Le CSB₂ de Mahamasina couvre un secteur sanitaire trop vaste pour sa capacité d'action et la mise en œuvre du paquet minimum d'activités de soins de santé primaires souffre d'insuffisance de ressources. Pour la lutte contre l'IST/SIDA, les activités préventives sont effectuées sous forme de conseils donnés aux patients venus en consultation. Les séances d'IEC en groupe ne sont données qu'une fois par mois et réunissent à peine 25 personnes par séance.

Les activités curatives pour l'année 2001 enregistrent 235 cas d'IST. Les patients sont essentiellement du sexe masculin et sont pour la plupart mariés. Cette situation laisse supposer que les mesures préventives recommandées pour la lutte contre l'IST notamment l'utilisation systématique des préservatifs lors des relations sexuelles, l'abstinence ou la fidélité, ne sont pas toujours respectés.

C'est dans le but d'aboutir à une meilleure lutte contre l'IST/SIDA au CSB₂ de Mahamasina que nous avons formulé 3 propositions :

- La première consiste à réduire l'étendue du secteur sanitaire du CSB₂ : au lieu de 21 Fokontany la proposition retient 10 Fokontany.
- La deuxième proposition vise le renforcement du personnel technique.
- La dernière proposition concerne le développement efficace des activités d'IEC qui peuvent se faire non seulement en stratégie fixe mais aussi en stratégie mobile.