

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE	4
I. Historique	4
II. Epidémiologie	6
III. La politique Nationale	6
III.1. La PEC des IST selon l'approche syndromique	7
III.2. La promotion de comportements sexuels à moindre risque	8
III.3. La surveillance épidémiologique des IST	10
IV. Rôle des intervenants à tous les niveaux	10
IV.1. Rôle du Centre de Santé de Base	10
IV.2. Rôle du Service de Santé de District	11
IV.3. Rôle de la Direction Inter-Régionale de Développement Sanitaire	11
IV.4. Rôle du Service de la lutte Contre les IST/SIDA	11
V. Rappels Cliniques	11
V.1. Définition et classification	13
V.2. Les localisations	13
V.3. Les différentes manifestations	17
V.4. Traitements	17
V.5. Rôles actuels des laboratoires IST	
DEUXIEME PARTIE : Analyse du système	18
d'information en matière d'IST	18
de 1995 – 1997	18
I. Objectif de l'étude	19
I.1. Objectif général	19
I.2. Objectifs spécifiques	20
II. Matériels et méthodes	22
II.1. Descriptions des matériaux d'étude	22
II.2. Méthodes	

III.	Résultats de l'étude	-----	
III.1.	Compliance des rapports	-----	
III.2.	Répartition des cas d'IST selon le sexe de 1995 – 1997	-----	27
III.3.	Répartition des cas d'IST selon l'âge de 1995 – 1997	-----	28
III.4.	Répartition des cas d'IST selon le type syndromique de 1995 – 1997	-----	31
III.5.	Répartition Géographique des cas d'IST de 1995 – 1997	-----	32

TROISIEME PARTIE : Discussion et suggestion

I.	Discussion	-----	35
II.	Suggestion	-----	39

CONCLUSION

ANNEXE

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES TABLEAUX

Tableau n° 1 – Les principaux symptômes des IST	14
Tableau n° 2 – Caractéristiques des pertes vaginales.....	14
Tableau n° 3 – Répartition annuelle des rapports parvenus selon la date de réception	23
Tableau n° 4 – Répartition des rapports parvenus selon la norme et selon les provinces	25
Tableau n° 5 – Répartition des cas d'IST selon le sexe de 1995 – 1997	27
Tableau n° 6 – Répartition des cas d'IST selon l'âge de 1995 – 1997	28
Tableau n° 7 – Répartition des cas d'IST selon le type syndromique de 1995 – 1997	30
Tableau n° 8 – Répartition géographique des cas d'IST de 1995 – 1997	32
Tableau n° 9 – Définition des différents déterminants de monitoring	46

LISTE DES GRAPHIQUES

Figure N°1 – Répartition annuelle des rapports trimestriels attendus et parvenus -----	24
Figure N°2 – Répartition annuelle par provinces des fiches de rapport trimestriel parvenu au niveau central -----	26
Figure N°3 – Répartition des cas d’IST selon le sexe de 1995 – 1997 -----	27
Figure N°4 – Répartition des cas d’IST selon l’âge de 1995 – 1997 -----	29
Figure N°5 – Répartition des cas d’IST selon le type syndromique de 1995 – 1997 ----	31
Figure N°6 – Répartition des cas d’IST selon les provinces de 1995 – 1997 -----	33
Figure N°7 – Courbes de monitoring -----	47

LISTE DES ABREVIATIONS

IST	: Infection Sexuellement Transmissible
SIDA	: Syndrome d'Immuno déficience acquise
VIH	: Virus Immuno Humain
DLMST	: Division de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles
PNSL	: Programme National de Lutte contre le SIDA
PEC	: Prise En Charge
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
CSB	: Centre de Santé de Base
SSD	: Service de Santé de District
DIRDS	: Direction Inter Régionale de développement Sanitaire
SISG	: Service d'Information de Santé pour la Gestion
FIB/IB	: Fahasalamana Iraisam-Bahoaka/ Initiative de Bamako
RPR	: Rapid Protein Reasing
VDRL	: Veneral Disease Research Laboratory
TPHA	: Treponema Pallidium Haemagglutination Assay
FTA	: Fluorescence Treponema Assay

INTRODUCTION

Présent depuis la nuit des temps dans la panoplie des maladies dites contagieuses, les maladies sexuellement transmissibles (MST) ont été étiquetées maladies honteuses de part leurs modes de transmission. En hommage à la déesse romaine Vénus, déesse de l'amour, elles ont pris le nom de « maladies vénériennes »(1). A partir de l'année 1998 elles ont eu encore une autre appellation celles d'infections Sexuellement Transmissibles ou IST afin de les différencier d'autres pathologies localisées au niveau de la sphère génitale mais dont l'étiologie n'est pas reliée à des agents microbiens. On les a cru à peu près disparues avec l'évènement des Antibiotiques. Cependant la liaison étroite entre leur apparition et le comportement sexuel des victimes les a maintenues parmi les principales causes de morbidité.

Avec l'apparition du SIDA, les IST sont devenues aujourd'hui plus que jamais un problème important de la santé publique. D'où la nécessité pour chaque pays de mettre en place un Programme spécial de lutte contre les IST a été dès 1987 associée à la lutte contre le SIDA au sein d'un même programme : le Programme National de Lutte contre les IST/SIDA ou PNLS.

Parmi les moyens utilisés est la mise en place depuis quelques années du système d'information par le biais d'un rapport trimestriel IST/SIDA. Ce système d'information constitue une condition essentielle à la planification, la budgétisation, la surveillance et évaluation des stratégies prônées par la politique nationale de lutte contre les IST (2)

Ce rapport est établi par les agents de santé des Centres de Santé de base (CSB), afin de recueillir des données tant cliniques que laboratoire.

Actuellement, l'efficacité de ce système d'information de rapport trimestriel est remise en question pour diverses raisons que nous développerons ultérieurement.

Beaucoup d'études ont été consacrées à l'analyse des données statistiques, très peu ont mis l'accent sur l'analyse du système d'information en place afin d'en déterminer les points forts et les points faibles. Or, c'est à partir de ces rapports qu'on peut estimer l'ampleur des MST et de mesurer leur fréquence car les conséquences graves en sont d'une part les MST qui constituent des cofacteurs de la transmission sexuelle du VIH (3) (4) et d'autre part les infections dues au *Neisseria gonorrhoea* et à *Chlamydia Trachomatis* qui sont responsables de diverses complications cliniques graves en particulier la stérilité au sein du couple ou encore des grossesses improductives (5).

L'analyse de ce système d'information nous permettra de conclure si les données statistiques reçues sont suffisantes pour refléter la situation réelle en matière d'IST. C'est pour ces raisons que nous avons choisi comme sujet d'étude **« CONTRIBUTION A L'ANALYSE DU SYSTEME D'INFORMATION EN MATIERE D'IST DE 1995 – 1997 A MADAGASCAR »**. L'objectif étant de fournir les éléments de prise de décisions pour réorienter la stratégie de lutte contre les IST. Ainsi, notre travail se divisera en trois parties :

- I. La première partie est consacrée à un rappel succinct des notions fondamentales en matière de lutte contre les IST.
- II. La deuxième partie traitera l'étude proprement dite

III. Ensuite nous procéderons à une discussion sur les résultats obtenus suivis de suggestions pratiques pour la mise en place d'un nouveau système, tenant compte des points forts et des points à améliorer.

PREMIERE PARTIE

I. HISTORIQUE

A Madagascar, la lutte antivénérienne date du début de l'époque coloniale. Des 1921 l'administration de l'époque, par l'intermédiaire de ***l'Assistance Médicale Indigène (AMI)*** a mis en place 07 dispensaires antivénériens chargés essentiellement de la prise en charge des maladies IST. Leur nombre a augmenté chaque année jusqu'à atteindre le chiffre de 117 dispensaires en 1925 (6).

En 1973, le service de la Lutte contre les Maladies Transmissibles (SLMT) dispose en son sein d'une division de lutte contre les Maladies Sexuellement Transmissibles (DL MST) chargée de l'organisation de la mise en œuvre des stratégies basées surtout sur la prise en charge des cas.

En effet, 1987, date de la mise en place du PNLS a vu l'intégration d'emblée de la lutte contre les IST dans la lutte contre le SIDA.

En dépit d'une certaine décentralisation, cette lutte qui est le fait des dispensaires spéciaux, méritait beaucoup d'efforts afin d'obtenir des résultats plus satisfaisants.

II. EPIDEMIOLOGIE :

Les IST sont hautement prévalent à Madagascar. La recrudescence de divers comportements à risques tels que multipartenariat, les rapports sexuels non protégés, ont contribué à l'expansion de l'épidémie.

L'analyse des données statistiques disponibles a fait ressortir une nette prédominance des cas d'écoulement (65 %) par rapport aux ulcérations. Ces

affections affectent en majeure partie le sexe féminin, surtout entre 15 et 59 ans, la tranche d'âge sexuellement active.

La Gonococcie et la Chlamydiae constituent les principales étiologies des écoulements génitaux. Une étude menée en novembre 1993 a révélé 71% d'association d'infection à gonocoque et la Chlamydiae chez les femmes contre 32% chez les hommes. (7)

Malgré l'assistance matérielle financière et technique des partenaires tant nationaux qu'étrangers, la situation épidémiologique des IST est loin d'être améliorée. D'après l'étude de l'impact socio-économique du VIH réalisée avec l'appui financière de la Banque Mondiale, 10 à 15% des femmes enceintes ont une sérologie syphilitique positive au RPR (8). Chez les malades IST plus de 20% ont une affection syphilitique évolutive. Sur 100 malades IST vus en consultation externe la moitié (50%) est atteinte de gonococcie (8). Et même chez les donneurs de sang la prévalence est de 6 à 20% selon les régions (8). Chez les travailleuses du sexe, communément appelées prostituées, elle est même supérieure à 30% (8).

D'une façon générale, selon les données recueillies auprès du Service des Informations Sanitaires pour la gestion, les IST occupent la sixième place dans la classification des principales causes de morbidité à Madagascar (9).

III. LA POLITIQUE NATIONALE :

La création de l'Institut d'Hygiène Social (IHS) a pour but d'offrir à la population des services de qualité prodigués par les médecins spécialisés. Ces prestataires spécialisés ont centralisé toutes les interventions relatives au contrôle des maladies transmissibles dont les IST.

Jusqu'à ce jour, aucune politique Nationale écrite et validée n'est encore disponible. Une mission consultation menée par le Docteur Mamadou Ball, expert de l'OMS en 1996 a permis cependant la rédaction d'une ébauche de Politique Nationale IST sur laquelle devrait être greffée celle relative à la lutte contre le SIDA (10).

La Politique Nationale de Lutte en matière d'IST est basée sur trois stratégies prioritaires :

- ❑ La prise en charge (PEC) des cas d'IST.
- ❑ La promotion de comportements sexuels à moindre risque.
- ❑ La surveillance épidémiologique

III.1. La PEC des IST selon l'Approche Syndromique.

Devant les contraintes posées par les approches classiques de PEC basées sur la clinique (approche clinique) ou sur les examens de laboratoire (approche étiologique), une nouvelle approche basée sur l'observation des syndromes présentés par les malades et l'utilisation d'algorithmes ou arbres de décision ou ordinogramme, a été initiée et développée à Madagascar depuis 1997.

Cette nouvelle approche offre l'avantage de couper au plus tôt la chaîne de transmission en offrant au malade des soins de qualité utilisant une méthode de diagnostic hautement sensible (sensibilité > 95%), un traitement immédiat et l'occasion pour la prise en charge des partenaires.

La mise en œuvre de cette nouvelle méthode est actuellement en cours. En effet, une série de formation en cascade a permis de remettre à niveau tous les prestataires opérant dans les zones à haute prévalence pour les IST. Un guide de prise en charge a été mis à la disposition de chaque personnel de santé (médecins

et paramédicaux). Une affiche murale vient compléter les supports visuels afin de permettre à chaque prestataire d'utiliser au mieux les algorithmes.

III.2. La promotion de comportements sexuels à moindre risque.

Elle consiste en la réduction du nombre des partenaires par la promotion de l'abstinence et de la fidélité pour les couples et en la promotion de l'utilisation des préservatifs.

La démedicalisation et l'élaboration de messages dit « positifs », courts, clairs, compréhensibles, respectant les spécificités socio-culturels régionaux, et surtout l'adoption de **la stratégie multisectorielle**, contribueront à plus ou moins long terme au changement de comportement.

La promotion de l'utilisation des préservatifs a été confiée à une Organisation Non Gouvernementale (ONG) spécialisée dans le « marketing » social, connu sous différent sigle : SOMARC (1996 – 1998), CMS (à partir de 1999). Selon son dernier rapport, CMS a pu vendre en 1998 plus de 2,5 millions d'unités. Ce chiffre, apparemment élevé est encore faible par rapport au besoin qui est d'environ 100 à 150 préservatifs par an par personne sexuellement actif (11)

III.3. La surveillance épidémiologique des IST.

Comme nous l'avons mentionné plus haut, elle est à la base de toute prise de décision par l'utilisation des données et informations qu'elle aurait engendrées. Plusieurs systèmes d'information sont utilisés de part le monde selon les situations et les buts à atteindre :

- ❑ Le système d'information de routine type exhaustive
- ❑ Le système d'information de type sélective
- ❑

III.3.1. Le système d'information de routine type exhaustive.

Il consiste à recueillir les données des activités de routine dans toutes les formations sanitaires. Ce système utilise en général un mode de rapportage mensuel ou trimestriel par remplissage de supports plus ou moins complexes.

Ce système offre l'avantage d'avoir une excellente couverture géographique donc une représentativité élevée. Cependant dans la plupart des cas, on assiste entre autre à un retard important dans l'acheminement des données. Ce qui constitue un handicap majeur dans la prise de décision. C'est le type de système utilisé au niveau du PNLS pour la surveillance épidémiologique des IST de 1995 à 1998. Chaque Chef de Centre de Santé de Base doit remplir trimestriellement un rapport sur les activités de routine en matière d'IST. Ce rapport recopié en 4 exemplaires est destiné au Service de Santé de District (SSD) à la Direction Inter-Régionale de Développement Sanitaire (DIRDS) et au Service IST/SIDA. La dernière copie est conservée au centre comme archive.

III.3.2. Le système d'information de type sélective.

La sélection pourrait affecter différentes variables :

III.3.2.1. *Sélection dans le temps : enquête transversale ponctuelle :*

Ce type de système génère une prévalence, c'est à dire l'ensemble des anciens et nouveaux cas e un moment donné. C'est un « flash instantané » de l'événement à analyser.

III.3.2.2. Sélection des sources d'information : la surveillance par postes sentinelles :

Le principe repose sur le choix d'un certain nombre de formations sanitaires présentant des critères bien définis, comme la régularité des rapports, le taux d'utilisation la représentativité géographique ... Le système offre l'avantage de fournir des données plus fiables grâce à la possibilité d'une supervision régulière.

III.3.2.3. Le système de monitoring périodique :

Dans ce système, il faut faire une sélection des données à recueillir, des modes de présentation sous forme d'indicateurs d'activité et de processus et moins d'indicateurs de résultat. Ce système permet de déterminer les « **goulots d'étranglement** » dans la mise en œuvre des activités et la recherche de solution selon le type de problème évoqué. C'est un processus très dynamique qui offre à tous les intervenants de constater sa part de responsabilité dans la genèse et la résolution des problèmes.

Ce système est utilisé par l'UNICEF dans les Centres de Santé revitalisés ou centre « FIB » de « Fahasalamana Iraisam-Bahoaka ».

IV. Rôles des intervenants à tous les niveaux.

IV.1. Centre de Santé de Base (CSB)

Au niveau du CSB se fait la collecte des données brutes selon les résultats de l'interrogatoire, de l'examen clinique et, selon les localités, des examens biologiques. Ces informations sont consignées dans un registre dit de consultation externe IST. Tous les 3 mois, le chef de poste établit en 4 exemplaires une

récapitulation des données à adresser au Médecin Inspecteur. Selon les moyens disponibles et surtout selon le degré de motivation des agents concernés, une exploitation purement descriptive pourrait être effectuée à ce niveau permettant ainsi au chef de poste de connaître la tendance évolutive des IST dans son secteur sanitaire.

IV.2. Service de Santé de District (SSD)

La Sélection des Statistiques Sanitaires et Démographique du SSD, tenue pour la plupart par les adjoints de santé publique, effectue une compilation des rapports trimestriels venus des CSB. L'exploitation des données est ici assez poussée et fait intervenir les notions de compliance et de variation inter-CSB.

IV.3. Direction Inter-Régionale de Développement Sanitaire.

L'ancien Bureau des Informations Sanitaires de la DIRDS est chargé de la saisie informatique et de la transformation des données en indicateurs spécifiques pour la province. Selon les provinces des rétro-informations sont ensuite renvoyés aux SSD avec éventuellement des recommandations sous forme de stratégies correctrices à développer.

IV.4. Service de la Lutte contre les IST/SIDA.

Les fiches provenant des 2 000 CSB sont compilées au niveau central et saisit sur ordinateur pour analyse et transformation. Cette opération devrait aboutir à

une évaluation de la situation au niveau national et, le cas échéant à une réorientation stratégique au niveau du Programme. Son rôle est donc d'

- ❑ Evaluer l'importance de MST au niveau de CSB, SSD et des Provinces
- ❑ Evaluer l'impact des activités de lutte réalisée sur MST
- ❑ Mieux cibler les groupes d'intervention.
- ❑ Réorienter les stratégies et la politique de lutte.

V. Rappels cliniques :

V.1. Définition et classification

Par définition, sont appelés Infection Sexuellement Transmissibles ou IST toutes pathologies dont l'étiologie fait intervenir au cours des rapports sexuels (12) .

En adoptant d'emblée l'approche actuellement développée au sein du PNLS à savoir l'approche syndromique, nous allons regrouper ces affections en 3 catégories :

- ❑ Les écoulements génitaux
- ❑ Les ulcérations génitales
- ❑ Autres syndromes

Etant donné que le centre d'intérêt de notre étude est plutôt basé sur le système d'information en matière d'IST, de rappel clinique se limitera aux notions les plus essentielles.

V.1.1. Les écoulements génitaux :

Communément désignés sous le terme de « **pertes** » ils regroupent diverses symptomatologies en particulier : balanite, orchite, perte vaginale, infection pelvienne, conjonctive néonatale.

Elles sont dues à des germes tels que le Gonocoque, Trichomonas vaginalis, Chlamydia, et certains Mycoses.

V.1.2. Les Ulcérations génitales :

Ce sont des solutions de continuité observées sur les organes génitaux internes ou externes. Elles sont causées par différents organismes tels que :

- ❑ Bactéries (Exemple : Chancre syphilitique)
- ❑ Virus (Exemple : Herpès, SIDA)
- ❑ Protozoaire (Exemple : Candidose)
- ❑ Parasite (Exemple : Gale)

V.2. Les localisations :

Elles sont le plus souvent liées aux habitudes sexuelles. On distingue communément les localisations suivantes :

- ❑ Génitaux (sexe)
- ❑ Oraux (bouche)
- ❑ Anaux (anus)
- ❑ Pharyngites (gorge)
- ❑ Ophtalmique (yeux)
- ❑ Systémiques (à travers tout le corps).

V.3. Les différentes manifestations :

Les symptômes cliniques peuvent apparaître 2 jours à 1 mois après le rapport contaminant. Le tableau n° 1 résume succinctement ces manifestations selon le sexe et les types de syndromes.

V.3.1. Les écoulements : (13) (14) (15)

V.3.1.1. Les principaux symptômes :

Tableau n° 1 : Les principaux symptômes.

FEMME	HOMME
<ul style="list-style-type: none"> • Perte vaginale anormales • Douleur du bas ventre • Démangeaison • Enflure du vagin ou col de l'utérus • Saignements irréguliers • Dyspareunie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ecoulement • Chaude pisse • Rougeur du méat • Démangeaison

V.3.1.2. Les pertes vaginales : (16) (17) (18)

Tableau n° 2 : Caractéristiques des pertes vaginales

	MYCOSE	TRICHOMONAS	GONOCOQUE
Secrétions vaginale	<ul style="list-style-type: none"> • Epaisse • Blanchâtre • Abondance variable 	<ul style="list-style-type: none"> • Purulente et mousseuse • Bulleuse souvent striée de filet sanglant • Verdâtre, malodorantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Purulente • Blanc verdâtre • Assez abondante

	MYCOSE	TRICHOMONAS	GONOCOQUE
Muqueuse Vaginale	<ul style="list-style-type: none"> Rouge, sèche, recouvert d'un enduit épais 	<ul style="list-style-type: none"> Violacé, hyperhémie. PH vaginale : Alcalin. 	<ul style="list-style-type: none"> Congestive parfois granuleuse Col utérin hyperhémie Toucher vaginal : empatement pelvien
Examen de laboratoire	Microscope montre : <ul style="list-style-type: none"> Filament mycélien groupe candida albican 	<ul style="list-style-type: none"> Microscopique directe Culture 	<ul style="list-style-type: none"> Simple coloration Double coloration de Gram Diplocoque Gram négatif en grain de café ; intra et extra cellulaire.
Signe fonctionnel	<ul style="list-style-type: none"> Prurit vulvo-vaginale à recrudescence nocturne. 	<ul style="list-style-type: none"> Brûlure vulvo-vaginale rendant le rapport sexuel très douloureux. 	<ul style="list-style-type: none"> Vulvite inexpliquée
Vulve	<ul style="list-style-type: none"> Rouge, sèche, légèrement oedématié avec fréquence de lésions de grattage 		<ul style="list-style-type: none"> Oedématié Douloureux

Source : Module de formation en IST/SIDA : PNLS, 1999

V.3.2. Les ulcérations (19) (20)

V.3.2.1. Syphilis

a – Agent pathogène : Treponema pallidum, variété s, bactéries

b – Clinique :

- Syphilis primaire

Incubation : 10 à 90 jours après le contact

Apparition du chancre de 5 à 10 mm de diamètre, unique, propre, indolore et indurée à la palpation protégée. Le chancre se cicatrise en 10 à 14 jours sous traitement ou au bout de 3 à 6 semaines sans traitement.

Des adénopathies satellites souvent unilatérales apparaissent 4 à 7 jours après le chancre. Chancre + ganglion = complexe primaire de syphilis.

- Syphilis secondaire :

C'est la phase de dissémination septicémique de *T. pallidum* et apparaît environ 6 semaines après le chancre, soit à peu près 2 mois après le contage.

Elle est marquée par une éruption cutanée en deux phases : **la roséole et les syphilides**

- Syphilis tertiaire

Elle associe des lésions cutané-muqueuses appelées **gommessyphilitiques**, des lésions osseuses, cardio-vasculaires et neurologiques ou **neuro-syphilis**.

c - Complications

- Complications infectieuses
- En cas de grossesse : apparition de lésions bulleuses sur la région palmaire et plantaire : **les pemphigus du nouveau-né**
- Syphilis congénital

d – Diagnostic biologique (20)

- Examen direct
- Sero-diagnostic
- Test non tréponémique
 - Rapid Protein Reagin (RPR) ou Venereal Disease Research Laboratory (VDRL)
- Test tréponémique
 - Treponema Pallidum Haemagglutination Assay (TPHA)

- Fluorescent Treponema Assay (FTA) : c'est un test d'immuno-fluorescence

V.3.2.2. Chancre mou (Chancrelle) (21)

- Agent pathogène : bacille de Ducrey
- Incubation : 2 à 5 jours
- Siège : souvent sur les parties cutanées des organes génitaux
- Caractéristique : une ou plusieurs ulcérations, très contagieuses, douloureuses

V.3.2.3. Herpès génital

- Agent pathogène : herpès virus
- Clinique : lésion de diamètre important presque toujours unique.
- Localisation : plus de 75% région génitale

V.4. Traitement : (22)

Le schéma thérapeutique national actuellement préconisé a été reproduit en annexe.

V.5. Rôles actuels des laboratoires IST :

Malgré la mise en œuvre de l'approche syndromique, les laboratoires centraux jouent un rôle prépondérant dans la réalisation d'études ponctuelles visant à suivre les étiologies des différents syndromes observés et surtout la sensibilité des germes isolés aux antibiotiques prescrits.

DEUXIEME PARTIE

NOTRE ETUDE

Cette deuxième partie sera consacrée à l'étude proprement dite du système d'information utilisé par le Service IST/ SIDA durant trois années successives 1995 – 96 – 97.

I. Objectif de l'étude :

I.1. objectif général

Notre étude a pour objectif :

- De contribuer à l'amélioration de l'efficience du Programme par la mise à sa disposition d'indicateurs fiables en vue de prises de décisions pour d'éventuelles réorientations stratégiques.

I.2. Objectifs spécifiques :

Plus spécifiquement notre étude tentera :

- d'analyser le système d'information utilisé par le Service IST/ SIDA dans la collecte et analyse des dossiers relatifs à la morbidité liée aux IST.
- d'évaluer la situation générale en matière d'IST à travers l'une des informations collectées.

□ de proposer une approche plus rationnelle dans la surveillance épidémiologique des IST à Madagascar.

II. Matériels et Méthodes :

Nous avons réalisé une **étude rétrospective** à partir des fiches de rapport trimestriel enregistrées au Service IST/ SIDA durant les années 1995 – 1996 – 1997.

II.1. Description des matériels d'étude :

II.1.1. La fiche de rapport trimestriel :

Cette fiche a été élaborée par la Division de Surveillance épidémiologique du Service IST/ SIDA en 1995. Elle a été utilisée pour la collecte des données brutes au niveau de tous les CSB fonctionnels depuis cette date jusqu'au mois de juin 98.

Un exemplaire est joint en annexe.

Elle présente :

II.1.1.1. Des renseignements administratifs.

En général, ceux-ci concernent les CSB et donne des informations sur la Démographie et le volume global des activités :

- Population totale du secteur sanitaire
- Nombre total des malades vus pendant le trimestre
- Nombre de femmes enceintes suivies au Centre de Santé

Maternelle et Infantile

II.1.1.2. Des renseignements cliniques :

Cette partie de la fiche est présentée sous forme de tableau de 14 lignes et de 10 colonnes. Les lignes représentent les symptômes cliniques et les colonnes les

tranches d'âges des patients selon le sexe. La dernière colonne est réservée aux renseignements concernant les partenaires sexuels.

II.1.1.3. Les examens de Laboratoire :

Les résultats des différents examens effectués pour la recherche des agents pathogènes sont mentionnés dans la première colonne de gauche. Ces informations sont ensuite classées selon le sexe, l'âge et les résultats de l'examen. Pour les patients de sexe féminin, le statut obstétrical (enceinte ou non) est mentionné dans une colonne spéciale

II.1.1.4. Les activités de préventions :

Elles sont mentionnées au verso de la page sous forme de tableau et fournissent des renseignements sur la population cible et les activités réalisées.

II.1.1.5. Des informations sur le stock de médicaments et de préservatifs :

Cette partie est réservée à l'enregistrement des consommations trimestrielles par types de médicaments et de consommables (préservatifs).

II.2. METHODES

Elle consiste en une analyse systématique des informations recueillies sur les fiches de rapport trimestriel durant les années 1995 – 1996 – 1997. Afin d'éviter toute erreur ou biais éventuel d'interprétation nous avons établi d'avance des critères de sélection de ces fiches.

L'intervalle d'étude a été ainsi délimité en raison de l'absence de système d'information propre au Programme avant 1995, et du fait que l'actuel système a cessé de fonctionner depuis juin 1998, date à laquelle le nouveau système SISG est entré en vigueur.

II.2.1. Sélection des fiches de rapport :

Nous avons exclu de notre étude les fiches incorrectement remplies et plus particulièrement :

- ❑ Le trimestre non-mentionné.
- ❑ Le district sanitaire et type de formation sanitaire non-mentionnés
- ❑ Le nombre de malades vus pendant le trimestre non-rempli.
- ❑ La contradiction apparente quant au contenu. Par exemple, dans certaines fiches la totalité de cas cliniques est supérieure aux nombres de malades vus pendant le trimestre.

L'étude a été basée surtout sur l'analyse des cas cliniques car il est très rare que le CSB fasse des examens de laboratoire même dans les sites sentinelles :

- ❑ soit par manque de réactifs
- ❑ soit par non-fonctionnement du laboratoire
- ❑ ou encore par l'inexistence même de laboratoire

Nous avons fait dans un premier temps une étude descriptive sur :

- ❑ la compliance des rapports
- ❑ La répartition des malades selon les critères suivants :
 - Année
 - Age
 - Sexe
 - Le syndrome (ulcération et écoulement)
 - La région

Toutes ces informations seront présentées sous forme de tableaux à double entrée et de graphiques.

En second lieu, notre étude a été consacrée à une analyse de ces informations selon les méthodes épidémiologiques classiques.

Après discussions sur les points forts et les points faibles du système, nous procédons ensuite à la formulation des suggestions en vue d'en améliorer la performance.

III. RESULTATS DE L'ETUDE :

Sur 3123 fiches de rapports parvenus durant les années 1995 – 1996 – 1997, nous avons retenu 3021 fiches, rejeté 102 autres, soit environ 3%.

Les informations recueillies ont été regroupées sous forme de tableaux et traitées avec le logiciel Excel 5.

III.1. Compliance des rapports :

Définie comme étant la proportion de rapport reçus par rapport au prévus en respectant les normes d'acheminement, cette variable permet de juger de la performance du système. Elle varie en fonction de différents facteurs dont :

- ❑ L'accessibilité géographique
- ❑ L'organisation du service
- ❑ Le degré de motivation de l'agent

III.1.1. Répartition annuelle des rapports parvenus selon la date de réception :

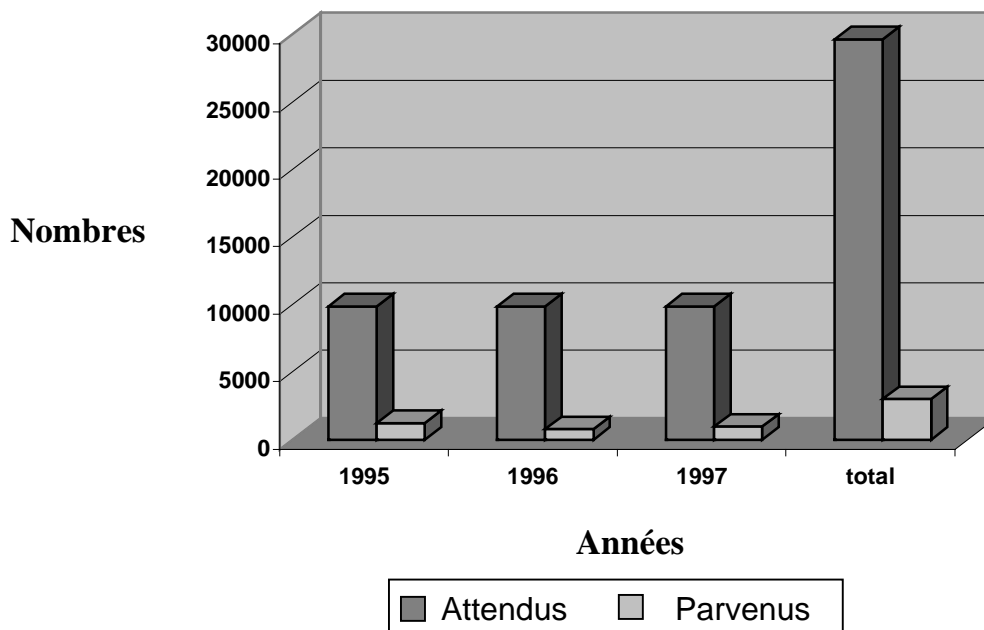
Tableau n° 3 : nombre de fiches de rapport trimestrielle reçues au Service IST/SIDA de 1995 à 1997

Année	Nombre de rapport attendu	Nombre de rapport parvenu	Pourcentage
1995	9884	1238	12,52

1996	9884	795	8,04
1997	9884	988	10
Total	29652	3021	10,18

Source : Section Bio-statistique /SLISTS,

**Figure 1 : Répartition annuelle des rapports trimestriels
attendus et parvenus**



En classant les fiches, nous avons fixé comme délai normal d'arrivée des rapports la fin du trimestre suivant. Par exemple le rapport du 1^e trimestre 1995 devrait arriver au plus tard la fin du mois de juin. Toute fiche n'ayant pas rempli cette condition pour l'année en cours a été d'emblée écarté.

Comme nous pouvons aisément le constater, la compliance des rapports est très basse. Seulement 10% des rapports attendus ont été reçus au niveau central. Ce qui supposerait des problèmes à différents niveaux :

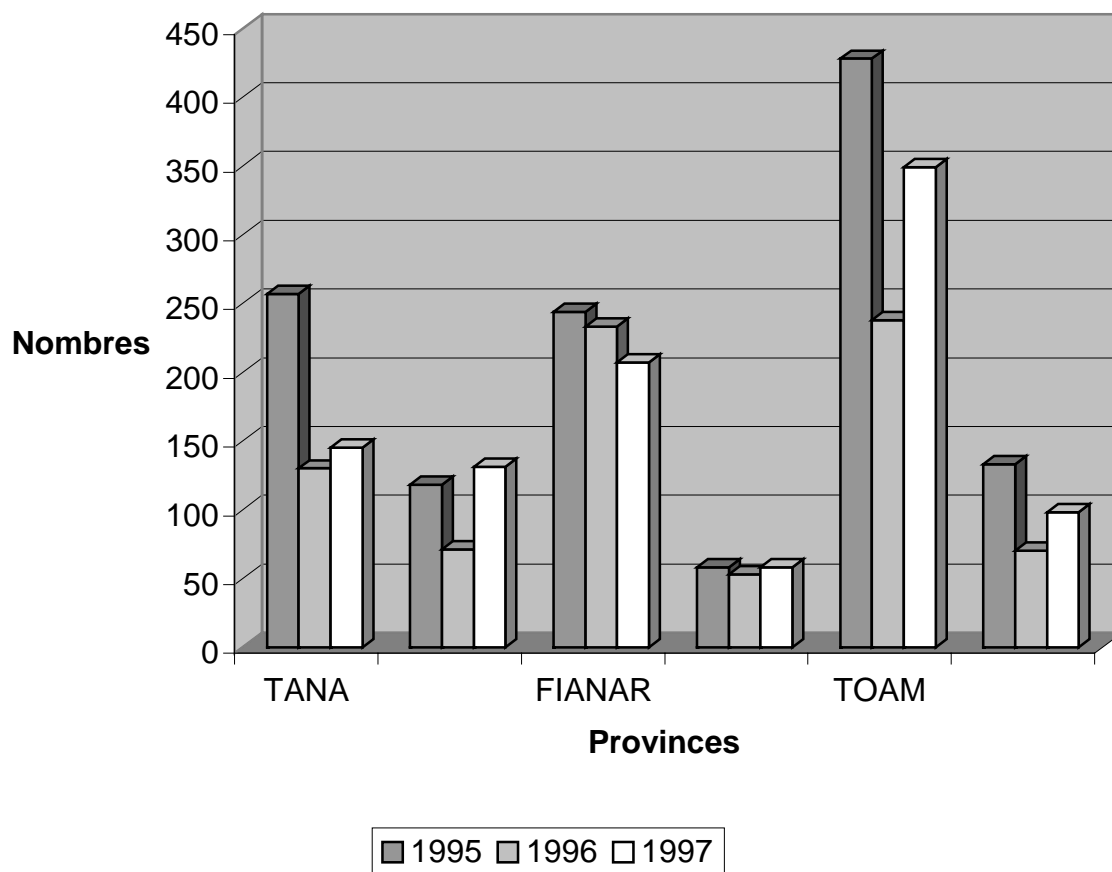
- Au niveau même des collectes des données
- Au niveau de l'exploitation par les Services de Santé de Districts

III.1.2. Répartition des rapports parvenus selon les normes et selon les provinces :

Tableau n° 4 : Répartition des fiches de rapport par provinces

Provinces	Nombre de rapports attendus	Nombre de rapport parvenu par an			Nombre total de rapport parvenu en 3 ans	Rap attendus ----- x100 Rap parvenus
		1995	1996	1997		
Antananarivo	5476	257	130	145	532	9,67
Antsiranana	2664	118	071	131	320	<u>11,01</u>
Fianarantsoa	6288	244	233	207	684	<u>10,87</u>
Mahajanga	4692	058	053	58	169	3,60
Toamasina	564	428	238	349	1015	<u>17,92</u>
Toliary	4848	133	070	098	301	6,20
Total	29652	1238	795	988	3021	100

Source : section Bio-Statistique SLSITS,

Figure 2 : Répartition annuelle par provinces des fiches de rapport**Trimestriel parvenus au niveau central**

La performance est différente selon les régions. La province de Toamasina vient en tête (17,92%) suivie par Antsiranana et Finarantsoa.

La notion de distance, bien que facteur non négligeable dans l'acheminement des rapports semblerait peu influant dans notre cas. Maroantsetra, un SSD situé dans une zone fortement enclavée tient le premier rang dans la province de Toamasina : 14 CSB sur 28 (50%) ont pu envoyer des rapports complets en 1997. Par contre aucune fiche de rapport n'a été reçue dans 9 SSD de la province de Mahajanga pendant les trois années d'étude. Le problème serait probablement d'ordre organisationnel.

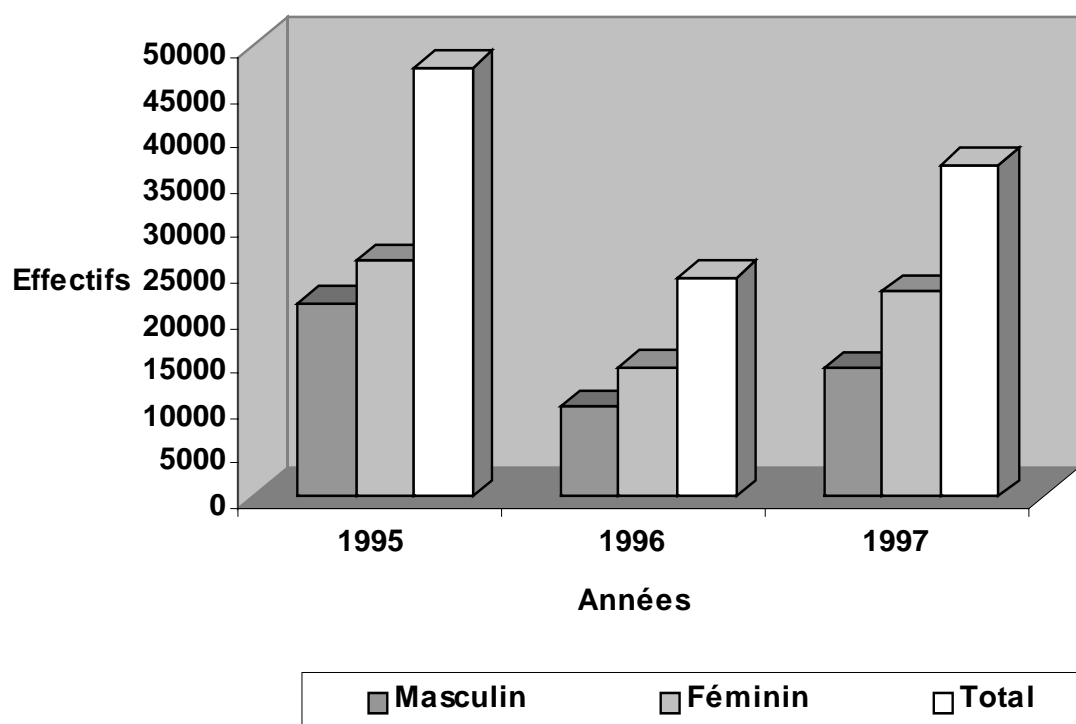
III.2. Répartition des cas d'IST selon le sexe, de 1995 à 1997.

Tableau n° 5 : Répartition des cas d'IST selon le sexe de 1995 à 1997.

Année	% de rapports parvenus	Nombres de cas d'IST	Nombres et pourcentage de cas d'IST			
			Selon le sexe			
			Masculin	%	Féminin	%
1995	12,52	47 585	21 476	45,13	26 109	54,87
1996	8,04	24 325	9 944	40,87	14 381	59,13
1997	10	36 788	14 139	38,43	22 649	61,57
Total	10	108 698	45 599	41,9	63 139	58,1

Source : Section Bio-Statistique SISTS.

Figure 3 : Répartition des cas d'IST selon le sexe de 1995 à 1997



Compte-tenu des anomalies au niveau de l'acheminement des rapports, les chiffres du tableau ci-dessus ne nous donnent qu'un aspect tout à fait partiel des cas

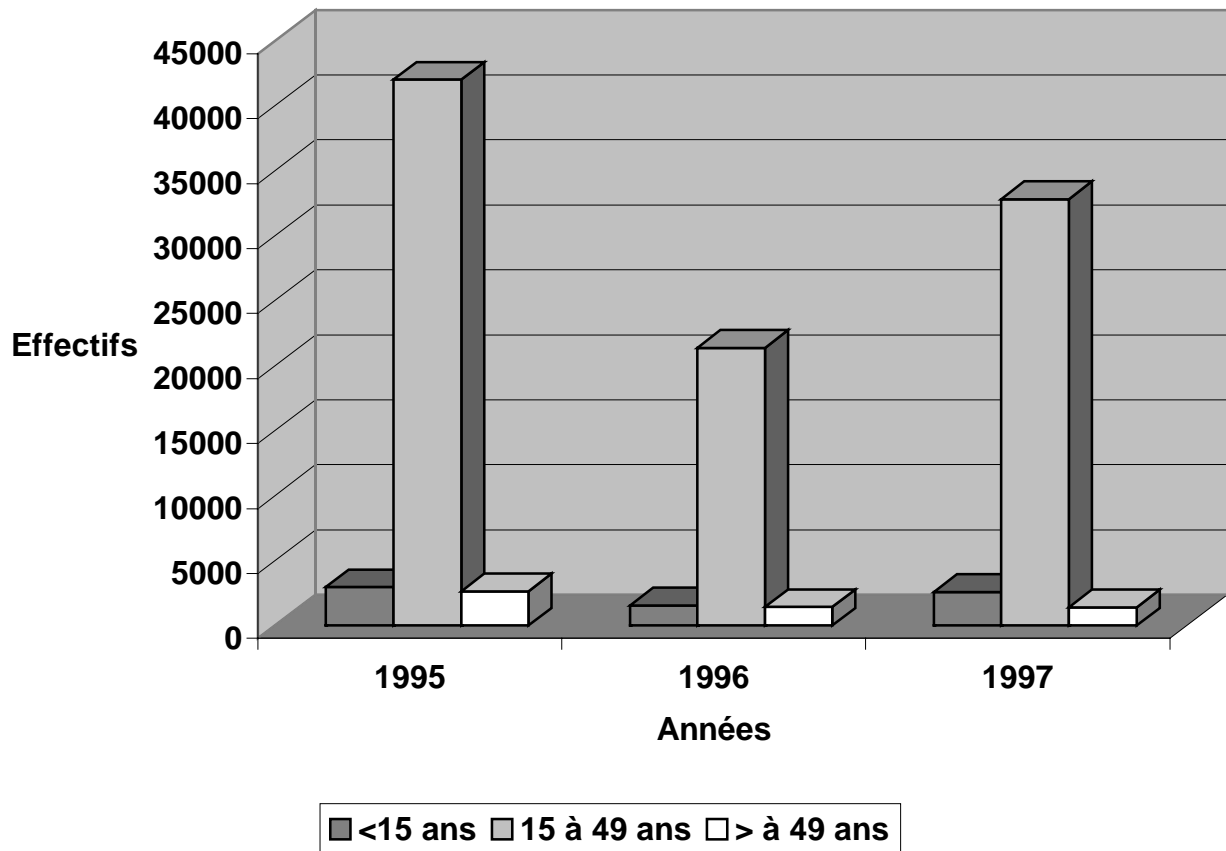
d'IST par sexe. Bien que Siboulet A. (23) ait trouvé une prédominance des IST chez les femmes dans un rapport de un homme ou 3 sur 4 femmes, d'autres comme Andrianaivo P.A en 1981 ont prouvé le contraire (24). Notre constatation rejoint ce dernier avec une certaine nuance dans un sens ou le rapport est voisin de 50%.

III.3. Répartition des cas d'IST selon l'âge de 1995 à 1997 :

Tableau n° 6 : Répartition des cas d'IST selon l'âge de 1995 à 1997 :

Ages	1995		1996		1997	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
< à 15 ans	2 945	6,19	1 547	6,37	2 583	7,02
15 à 49 ans	42 023	88,32	21 365	87,83	32 813	89,19
> à 49 ans	2617	5,49	1 431	5,8	1 392	3,79
Total	47 585	100	24 325	100	36 788	100

Source : Section bio-statistique : SISTS

Figure 4 : Répartition des cas d'IST selon l'âge de 1995 à 1997

Ici nous pouvons cependant affirmer que les IST touchent surtout les jeunes. Ce n'est pas par implication sur la réorientation stratégique au niveau du Programme qui doit viser en premier lieu ce groupe d'âge.

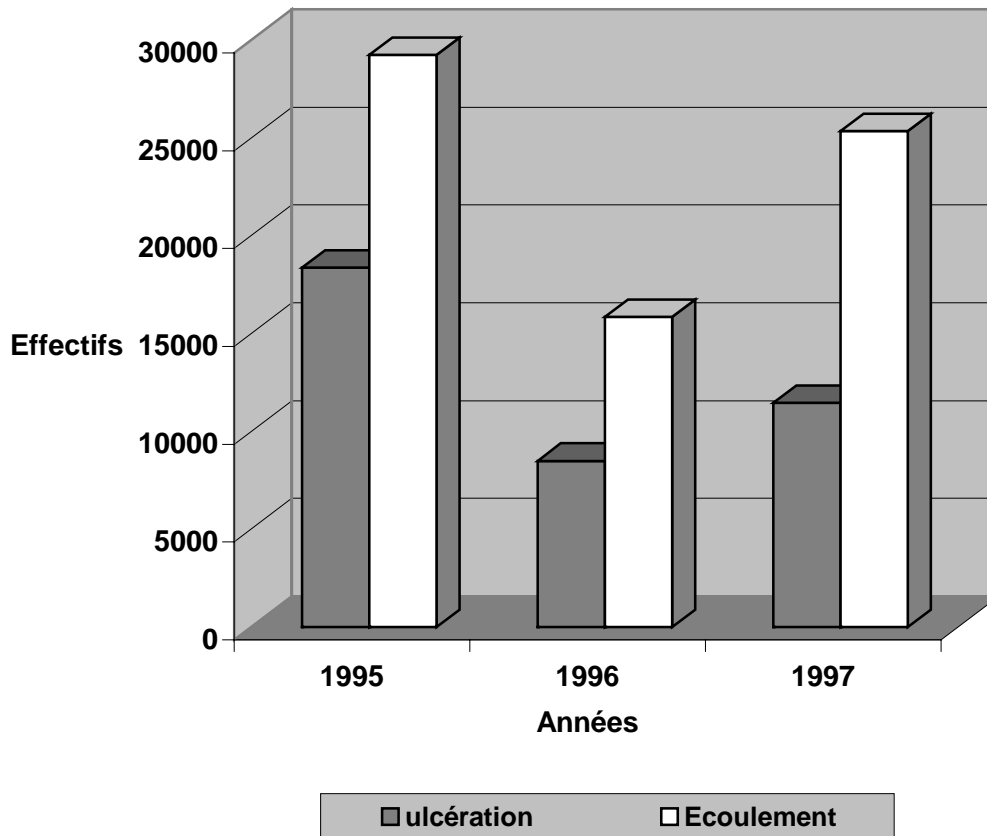
III.4. Répartition des cas d'IST selon le type syndromique de 1995 à 1997

Tableau n°7 : Répartition des cas d'IST selon le type de syndrome de 1995 à 1997.

Syndromes	1995		1996		1997	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Ulcération	18 352	38,56	8 487	34,9	11 456	31,14
Écoulement	29 233	61,44	15 388	65,1	25 332	68,86
Total	47 585	100	24 325	100	36 788	100

Source : Section bio-statistique : Service IST/ SIDA.

**Figure 5 : Répartition des cas d'IST rapportés selon le type
Syndromique de 1995 à 1997**



Plus de 50% des syndromes cliniques présentés par les malades sont constitués par les écoulements. Ce qui pourrait s'expliquer par le fait qu'il s'agit là d'une symptomatologie visible et très gênante qui incitera le patient à venir consulter le plus rapidement possible.

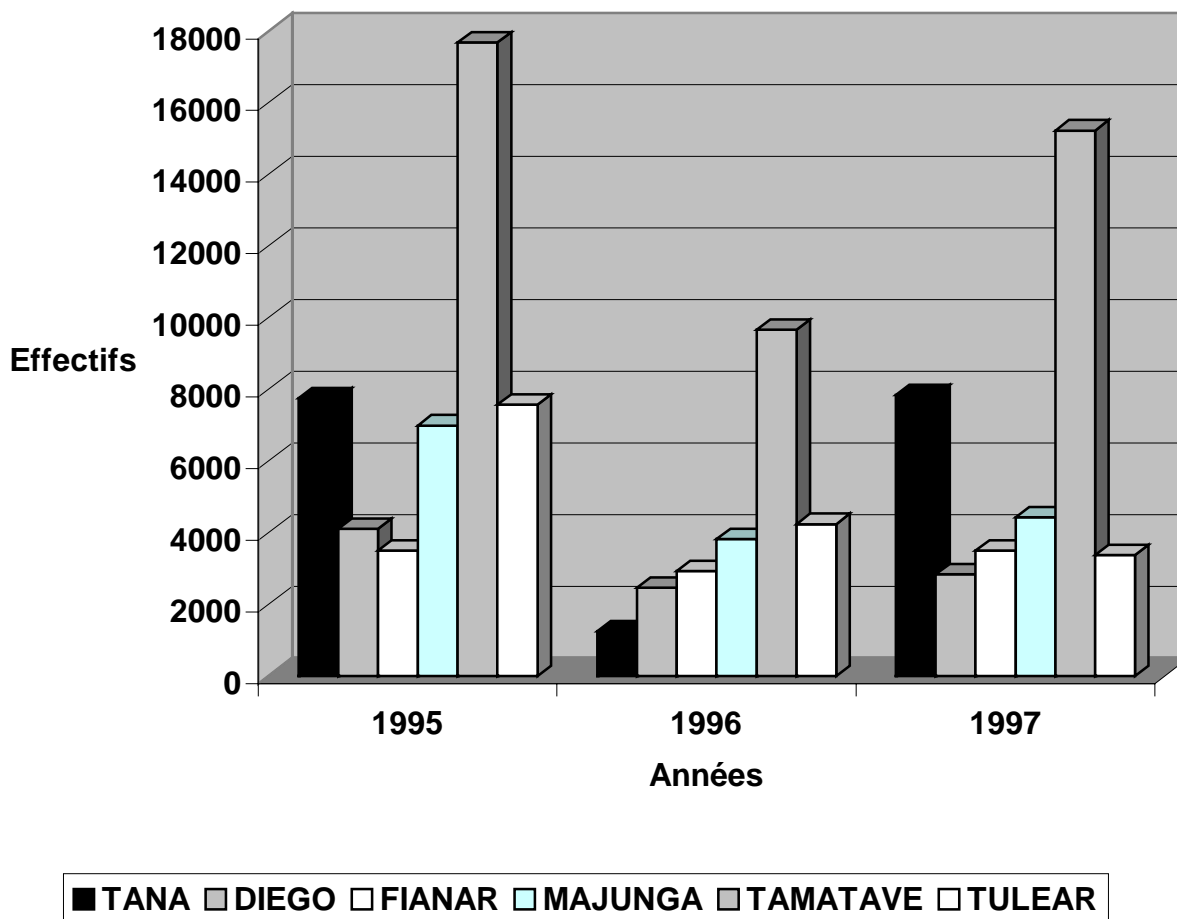
III.5. Répartition géographique des cas d'IST de 1995 à 1997.

Tableau n° 8 : Répartition géographique des cas d'IST de 1995 à 1997.

Provinces	1995		1996		1997	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Antananarivo	7 745	16,27	1 237	05,08	7 842	21,31
Antsiranana	4 105	08,63	2 460	10,12	2 836	07,07
Fianarantsoa	3 494	07,34	2 924	12,03	3 490	08,43
Mahajanga	6 990	14,68	3 813	15,67	4 426	12,03
Toamasina	17 684	37,16	9 654	39,68	15 229	41,39
Toliary	7 567	15,09	4 237	17,42	3 356	09,14
Total	47 585	100	24 325	100	37 188	100

Source : Section bio-statistique : SISTS.

**Figure 6 : Répartition des cas d'IST selon les provinces
de 1995 à 1997**



Apparemment la Province de Toamasina affiche l'effectif le plus élevé de malades IST pendant les 3 années observées. Peut-on en conclure que c'est la province la plus infectée ? plusieurs scénario peuvent se présenter :

- Soit qu'il s'agit de la province où on a constaté le plus haut compliance en rapport
- Ou bien c'est la province qui avait aussi la meilleure structure de traitement des données donc une meilleure fiabilité des informations.

TROISIEME PARTIE

DISCUSSIONS ET SUGGESTIONS

I. DISCUSSIONS

Cette troisième partie de notre travail sera consacrée à l'analyse critique du système d'information utilisé par le service durant ces trois années d'étude.

Cette analyse concerne les points suivants :

- ❑ La périodicité des rapports
- ❑ La couverture géographique
- ❑ Le contenu des supports utilisés
- ❑ La compliance
- ❑ La qualité des informations
- ❑ L'utilisation des informations
- ❑ Les impacts éventuels sur le Programme

I.1. La couverture géographique :

Le système d'information utilisé a une couverture géographique « théoriquement » nationale. En effet toutes les formations sanitaires ont été incluses dans la collecte et l'envoi des rapports. Il s'agit donc d'un système d'information du type exhaustive

Cependant au cours de notre étude nous avons pu remarquer que cette représentativité géographique est « **pratiquement faible** » et évaluée à 10% seulement des résultats escomptés. Même pour les 15 Dispensaires MST (DMST),

cette couverture était de 30% en 1995 et 1997, 25 % en 1996 avec des retards variant de trois à six mois.

L'on se demande alors sur la validité même des informations collectées.

Nous avons constaté aussi que cette couverture graphique varie selon les provinces. Est-ce à dire que certaines provinces seraient plus touchées que d'autres ? Certes, mais là où nous devons être plus critique dans notre analyse c'est que la province de Toamasina est la première quant au nombre de rapports parvenus (18% par rapport au nombre escompté). Donc le taux relativement bas observé à Antsiranana par exemple ont d'autres explications.

- Bien que le système utilisé ait une grande représentativité et de ce fait pourrait fournir des indicateurs plus spécifiques (étiologiques pour les centres pourvus de Laboratoire), pour le suivi du programme, il présente cependant un grand inconvénient : celui d'être trop lourd et par conséquent, perd en fiabilité.

A notre avis un système plus sélectif, **type surveillance par postes sentinelles** aurait donné des informations plus complètes et plus précises. La mise en place de critères bien définis permettrait de sélectionner des sites performants et faciles à encadrer.

I.2. La périodicité des rapports :

Compte-tenu de la prévalence des IST et du paquet minimum d'activité (PMA) des CSB, le rythme trimestriel choisi est acceptable. Cependant au vu de l'effectif trop faible de CSB ayant atteint un taux de compliance supérieur ou égal à 50% (environ 10% seulement) l'on est tenté de penser qu'une compilation semestriel aurait pu être plus rentable

I.3. Le contenu des supports utilisés

Dans son ensemble, la fiche de rapport trimestriel présente tous les éléments relatifs aux activités curatives et préventives, en plus des renseignements administratifs concernant la formation sanitaire. En tout, on demande 60 types de

données. Ces données sont elles-mêmes subdivisées en plusieurs tranches selon différentes variables tels que l'âge, le sexe, . . . En tout, l'agent de santé aurait à remplir plus de 600 cases !

Ainsi, théoriquement complète et presque exhaustive, ce support est par contre pratiquement inadéquat sans parler de l'analyse et de l'exploitation qui est plutôt difficile voire impossible. D'où l'absence de rétro-information.

I.4. La compliance :

Le faible compliance constatée au cours de notre analyse rejoint beaucoup d'autres observations faites par différents auteurs. En effet, même en France, Brucker(G) et al. ont souligné que les données rapportées dans les Dispensaires AntiVénériens (DAV) ne reflètent qu'un pourcentage faible, environ 17% seulement des IST. (25). Et parmi les causes figure le faible taux de réception des rapports. A Madagascar, au niveau national, la compliance des rapports de routine pendant l'application de l'ancien système dénommé SSSD ou Service des Statistiques Sanitaires et Démographiques est d'environ 20% (2).

A notre avis il est pratiquement illusoire de penser à obtenir un taux de compliance élevé sur 2000 formations sanitaires présentant différentes caractéristiques géographiques techniques ou autres. Si la supervision constitue une stratégie efficace pour motiver le personnel et améliorer leur performance, elle est pratiquement impossible à réaliser dans toutes les formations sanitaires aussi bien par les responsables loco-régionaux que centraux. L'intégration permettrait dans une certaine mesure de combler les lacunes. Cependant, à force de tout intégrer, on souffre en terme de résultats.

Une autre stratégie consisterait à faire une supervision indirecte par analyse des dossiers et rapports, puis envoyer des lettres de rappel aux retardataires. Ce qui supposerait une bonne coordination à tous les niveaux. Cette approche est-elle fiable, vu le volume d'activités imposées au niveau des SSD ? Seule une technique de surveillance type sélective pourrait, à notre avis, remédier à cette situation.

En effet, ce n'est pas étonnant si la compliance de rapport très faible, et si le résultat n'est pas fiable, toutefois, ces rapports nous ont permis d'avoir une idée sur la fréquence des MST vus par type de formation sanitaire au niveau des différentes régions.

I.5. La qualité des informations :

Corollaire de ce qui est déjà énoncé au paragraphe 3, la qualité des données laisse à désirer. La fiabilité est médiocre d'où l'exploitation et l'utilisation limitée. Les causes en sont multiples selon les étapes.

I.5.1. Pendant la collecte des données :

N'étant pas directement impliqué ou initié au processus de transformation ou d'utilisation des informations à chaque niveau, la plupart des agents de santé n'éprouvent en aucun cas le besoin de collecter des données sans connaître leur utilisation. Ajouter à cela la complexité du support qui nécessite beaucoup de temps pour son remplissage. Il en résulte une sous-notification évidente. Ce qui illustre une fois de plus l'échec d'un système exhaustif basé sur la déclaration des cas. Même en France, un pays développé à forte infrastructure sanitaire en 1980, 1700 cas de gonococcie seulement déclarés sur 500 000 cas probables (26).

I.5.2. Pendant la transformation et utilisation :

Que ce soit au niveau district ou au niveau DIRDS, la transformation se limite en une simple compilation ou description de la situation. La nature même des données collectées ne permet pas une analyse plus poussée. Il serait alors intéressant de connaître l'évolution des facteurs socio-comportementaux en relation avec le mécanisme de transmission des IST comme le nombre de partenaires, la recherche de soins, l'utilisation de préservatifs, ...

Au niveau central, l'attribution de la section bio-statistique du Service IST/SIDA n'a pas été bien spécifié. Les données sont saisies et stockées sur ordinateur en utilisant le logiciel Dbase 4F.

La validité des données s'est trouvée altérée du fait de l'absence de normes et standards à respecter.

I.6. L'utilisation des informations :

A notre connaissance aucune exploitation structurée n'a été faite depuis la mise en place du système. Par conséquent aucune utilisation n'a été constatée.

I.7. L'impact éventuel sur le programme :

Bien que la mise en place de ce système ait coûté cher au Programme en terme d'équipement ou de formation du personnel, l'impact ou plus précisément son apport au niveau de la conception ou de la mise en œuvre des activités est faible. A notre connaissance aucune rétro-information n'a été élaborée.

II. SUGGESTIONS

Comme stipulé dans la première partie de ce travail, quatre systèmes d'information sont actuellement utilisés pour gérer les services de santé :

- ☐ Le système d'information du type exhaustive ou de routine type SISG.
- ☐ Le système d'information du type sélective par sites sentinelles.
- ☐ Le système transversal par enquête ponctuelle
- ☐ Le monitoring ou monitoring qui essayi de combiner les deux premiers

en établissant une période d'évaluation (en général 6 mois, une technique d'analyse basée sur des indicateurs standardisés et calculés à partir d'une liste de données sélectionnées. Ce système est surtout utilisé dans les centres de santé FIB/IB financés par l'UNICEF.

Que peut-on alors suggérer après l'échec constaté du système actuel qui a cessé de fonctionner depuis la mise en place du nouveau système SISG basé sur les données de routine ? Le mieux adapté à la gestion d'un Programme National d'importance tel que le PNLS sera le **réseau de surveillance par poste sentinelle**. Actuellement le Service dispose d'un embryon de ce futur réseau : les 15 ex-dispensaires IST que nous pourrons dorénavant appeler **CSB II à activités renforcées**.

Voici les différentes étapes et éléments proposés pour la mise en place de ce système :

- ☐ Identification des CSB sentinelles IST

- ❑ L'analyse de la situation dans ces sites
- ❑ L'élaboration des supports.
- ❑ La formation du personnel
- ❑ L'assistance au démarrage
- ❑ Le suivi évaluation

II.1. Identification des CSB sentinelles IST

II.1.1. Les critères de choix des sites sentinelles : (27)

Voici quelques critères reconnus pour le choix des sites sentinelles :

- La représentativité
- Le taux d'utilisation
- La régularité des rapports

II.1.1.1. La régularité des rapports.

Elle est à déterminer en fonction du temps. En principe 75 % des rapports devront être envoyés avant la date normalement fixée pour la réception en tenant compte des moyens de distribution du courrier (28). Cette régularité sera évaluée sur une période assez longue (minimum 2 ans).

II.1.1.2. le taux d'utilisation de service :

Ce critère appréciera à la fois l'accessibilité (géographique, financière, technique ...) et la qualité de service. C'est la base d'une bonne couverture adéquate et effective de soins. A Madagascar le taux d'utilisation des CSB revitalisé est autour de 30% (29). Ce taux s'obtient en établissant le rapport entre le nombre de malades IST vus dans le centre avec la population cible c'est-à-dire le nombre de malades IST attendus pendant la période donnée. Bien attendu la détermination du seuil en matière de taux d'utilisation sera différente pour les IST par rapport aux autres activités telle que la Consultation Prénatale ou les activités de vaccinations. Une moyenne nationale en fonction des contextes épidémiologique doit être établie.

II.1.1.3. La représentativité :

Elle sera définie par rapport à la population totale, la prévalence de la maladie. Elle peut être globale c'est-à-dire de l'ensemble des sites proposés par rapport à la population total de Madagascar. Elle peut être aussi sélective c'est-à-dire d'un site quelconque par rapport aux autres sites. Cette représentativité prend aussi en considération la répartition géographique afin que les informations collectées puissent être interprétées par rapport à tout le pays.

D'autres critères secondaires pourraient être envisagés selon les circonstances. Ce sont essentiellement :

- ❑ La présence d'un médecin comme chef de poste
- ❑ La fonctionnalité du laboratoire IST pour la valorisation étiologique de l'approche syndromique.

Compte-tenu de ces critères nous suggérons l'adoption des 15 CSB suivants comme **sites sentinelles IST(carte annexe)** :

1 – Antananarivo	CSB 2 ISOTRY
	CSB 2 Tsiroanomandidy
	CSB 2 Antsirabe I
2 – Antsiranana	CSB 2 Antsiranana
	CSB 2 Sambava
	CSB 2 Nosy-be
3 – Fianarantsoa	CSB 2 Fianarantsoa
	CSB 2 Manakara
4 – Mahajanga	CSB 2 Mahajanga
	CSB 2 Antsohihy
5 – Toamasina	CSB 2 Toamasina I
	CSB 2 Sainte-Marie
6 – Toliara	CSB 2 Toliara
	CSB 2 Morondava
	CSB 2 Fort-Dauphin

Certains CSB cités dans cette liste figurent aussi dans celles choisies par d'autres Programmes ou Service telles que la peste, la tuberculose, le paludisme ou les sites sentinelles du Service de la Surveillance Epidémiologique (SSE). Dans ces cas une collaboration étroite sera établie entre le Service de la Lutte contre les IST/SIDA et les autres services utilisateurs afin de ne pas augmenter inutilement la charge de travail du personnel.

II.2. Analyse de la situation dans les sites :

Cette analyse fera ressortir la situation des infrastructures sanitaires existantes avec détermination des besoins en réhabilitation ou apports matériels supplémentaires. On devra évaluer aussi la compétence technique de l'agent et essayer de déceler les besoins en formation.

II.3. Elaboration des supports :

II.4. Pour avoir un bon enregistrement, voici quelques principes fondamentaux à respecter (30) :

II.4.1. Standardisation des supports et des données à recueillir.

Ceci est tout à fait normal si l'on veut par la suite comparer la performance des centres. La standardisation permettrait aussi aux personnels de santé de niveau technique plus faible de participer au fonctionnement du système.

II.4.2. Pertinence de l'information recueillie :

Une règle d'or à respecter en épidémiologie c'est : « **Recueillir toutes les informations utiles mais rien que les informations utiles** » (28)

Le souci constant de vouloir être plus exhaustif constitue l'une des erreurs fondamentales de certains systèmes d'information. Demander aux agents de santé de marquer dans la fiche de collecte certaines informations dont on ne sait pas exactement quoi faire, diminuera inutilement la fiabilité des données et la motivation des agents.

II.4.3. Simplicité des informations à recueillir :

La simplicité des informations garantit son exactitude donc sa fiabilité. Les informations plus compliquées seront réservées aux enquêtes ponctuelles.

II.5. La formation du personnel :

C'est une étape fondamentale du processus. Elle doit concerner chaque catégorie de personnel impliqué dans le système et à chacune des étapes : saisie, compilation, transformation, interprétation, ...

La formation peut être réalisée de différentes manières :

- ❑ Formation en cascade
- ❑ Supervision formative
- ❑ Voyage d'étude, ...

Comme dans tout Programme, il s'agit de la partie la plus budgétivore. Cependant le coût pourrait être réduit en adoptant le système de surveillance par postes sentinelles.

II.6. La mise en œuvre :

Elle comprendra ;

II.6.1. Une période test :

Pendant cette période tout le système est mis à l'essai. Une équipe spéciale assistera au démarrage et apportera un appui technique à l'équipe de terrain. Toutes les difficultés rencontrées par les prestataires seront recueillies et discutées.

II.6.2. Réadaptation des supports :

Après une ou deux années de test, les supports devront être révisés et réadaptés. Les supports ainsi que les différents mécanismes d'acheminement et de

traitement des informations seront réanalysés. Car « **tout dispositif de surveillance doit être évolutif** » (28)

II.7. Suivi et évaluation :

Le suivi/évaluation comprend :

- ❑ La supervision trimestrielle
- ❑ Le monitoring semestriel
- ❑ L'enquête transversale d'évaluation

II.7.1. La supervision trimestrielle :

Elle a pour objectif d'aider les prestataires à résoudre le plus tôt possible les problèmes apparaissant pendant le trimestre. Pour ne pas augmenter inutilement

le nombre de supports utilisés, les données à recueillir seront intégrées dans la fiche de supervision développée par la Direction de Développement des Districts Sanitaires ou DDDS.

De plus une collaboration étroite avec le Service de la Surveillance Epidémiologique (SSE) devrait être envisagée surtout dans les CSB coïncidant avec la liste des sites sentinelles de service.

La supervision sera effectuée ensemble avec les membres de l'Equipe de Management du District concerné (EMAD) qui, normalement réalisent de façon intégrée une supervision mensuelle.

II.7.2. Le monitoring semestriel

Le terme monitoring vient du mot anglais « monitoring ». Il se rapproche du mot français « suivi ». Il se définit comme un ensemble d'activités visant à déterminer le niveau de réalisation des activités planifiées pour une période donnée en fonction des objectifs fixés (31).

II.7.2.1. Les éléments du monitoring :

Tout d'abord, signalons que le monitoring n'est pas seulement synonyme de calcul d'indicateurs ou de diverses variables. C'est un ensemble d'activité visant à mettre ensemble les membres d'une équipe pour qu'ils se réalisent devant un problème donné pour chercher ensemble les solutions. Parmi les éléments du monitoring citons :

a) – Etablissement des courbes de monitoring :

En matière de suivi, les représentations graphiques sont faciles à interpréter et à comparer. Les éléments de cette courbe sont appelés « déterminants ». Il existe cinq déterminants principaux réagissant un processus de soins de santé :

- ❑ Accessibilité géographique
- ❑ La disponibilité
- ❑ L'utilisation de service
- ❑ La couverture adéquate
- ❑ La couverture effective

Le tableau ci-dessous donne une définition des différents déterminants.

Tableau n° 9 : Caractéristiques des différents déterminants.

Déterminants	Définition	Application aux activités de lutte contre les IST.
Accessibilité	Proportion de la population vivant dans un rayon de 5 km ou ayant bénéficié de stratégie avancée	$\frac{\text{Population vivant } < 5\text{km}}{\text{Population totale}} \times 100$
Disponibilité	Proportion de jours sans rupture de stock en médicament	$\frac{\text{Jours sans rupture}}{\text{jours pendant la période}} \times 100$
Utilisation de service	Nombre de patients traités par rapport au nombre de malades attendus	$\frac{\text{Maladies IST traités}}{\text{Malades traités}} \times 100$

La couverture adéquate	Nombre de maladies traitées selon les normes	$\frac{\text{Maladies traitées selon les normes}}{\text{Maladies traitées}} \times 100$
La couverture effective	Nombre de patients traités selon les normes sans réinfections	$\frac{\text{Maladies réinfectées}}{\text{Malades traités selon les normes}} \times 100$

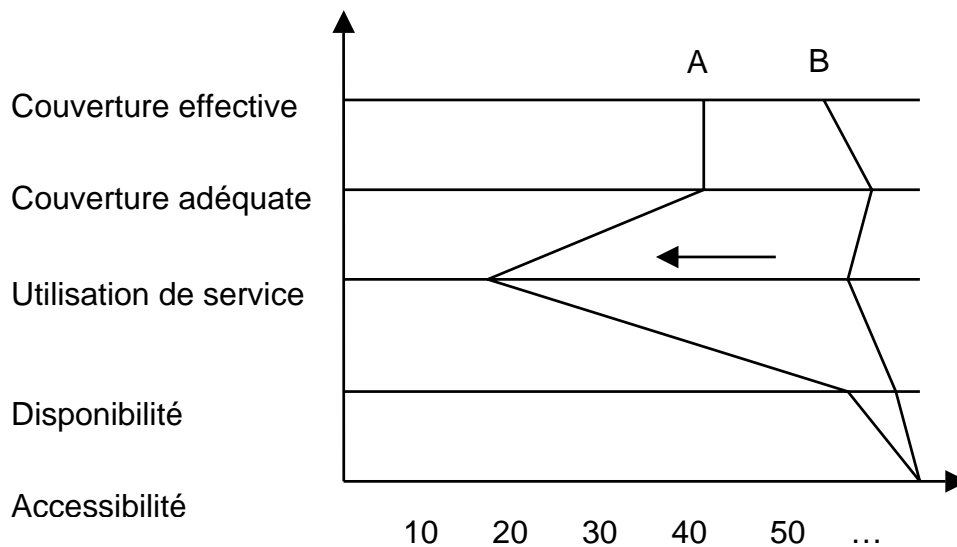
Source : Module de formation en gestion FIB/IB : UNICEF, 1994

Sur la courbe de monitoring les déterminants sont placés en ordonnées et leur valeur en pourcentage sur l'axe des abscisses :

b) – Détermination des goulots d'étranglement :

La courbe idéale de monitoring a une tendance parallèle. Une déformation entre deux déterminants constitue un **goulot d'étranglement**. La figure ci-dessous en donne un exemple :

Figure 7 : Exemple de courbe de monitoring



La courbe A montre l'allure « théoriquement normale » des activités de soins quelconques au niveau d'un centre de santé. Si l'accessibilité est bonne, une disponibilité assurée en médicaments, matériels et personnel permettrait d'obtenir un

taux d'utilisation conséquente. S'il y a une cassure entre les deux déterminants (le goulot d'étranglement) le problème correspond au déterminant situé directement au-dessus. C'est ce qui se passe pour la courbe B ou malgré une accessibilité et disponibilité assez importante, le taux d'utilisation de service est assez bas. Dans cet état de chose c'est la qualité de service qui est directement mise en cause. Donc les solutions sont à rechercher au niveau de l'agent prestataire.

Ainsi avec cette méthode on arrive à déterminer, du moins de façon globale les causes de la diminution de la performance du centre. Une fois le goulot localisé, la recherche de solution doit être collective avec répartition des responsabilités.

II.7.2.2. Forces et limites du monitoring :

Comme instrument de suivi et de gestion de la mise en œuvre, le monitoring offre l'avantage d'être une méthode souple, facile d'exécution et peu coûteux. Pour un Programme d'envergure tel que le PNLS, il est nécessaire pour améliorer le rendement des services offerts en matière de prise en charge des IST selon l'approche syndromique par exemple.

Cependant si le monitoring permet de suivre le processus, il est pratiquement insuffisant d'évaluer les composantes qualitatives ou socio-comportementales, très déterminantes dans le processus de changement de comportements. Il est aussi insuffisant de générer des données épidémiologiques valables en vue d'une prise de décision au niveau stratégique.

II.7.3. Les enquêtes transversales :

Elle donne une image instantanée de la situation à une période déterminée. Il nous renseigne sur la prévalence en ce moment précis. Pour être comparables ces enquêtes doivent être répétées en respectant à chaque fois le protocole établi. La taille de l'échantillon dépend de la prévalence estimée au moment de l'étude (27).

La réalisation de ces enquêtes vise surtout à mesurer les **indicateurs de prévention OMS** basées sur des informations d'ordre socio-comportemental (32). La connaissance de ces indicateurs de prévention est primordiale pour le Programme pour mesurer sa performance. Une liste de ces indicateurs est fournie en annexe.

CONCLUSION

Nous avons réalisé une étude transversale sur le système d'information IST à Madagascar de 1995 à 1997. L'objectif fixé a été d'en identifier les points forts et les points faibles afin d'en améliorer le rendement en offrant au PNLS des éléments de prise de décision fiables.

L'étude portait sur 3021 fiches de rapports parvenues au niveau du Service de la Lutte contre les IST/SIDA durant la période sus-indiquée. La compliance observée a été très faible et correspond à environ 10% des rapports attendus. Parmi les causes évoquées citons le faible motivation des agents au niveau périphériques par défaut de supervision périodique efficace ou tout au moins de rétro-informations régulières et appropriées.

Compte-tenu des conditions défavorables de collecte et de transmission des informations, leur conférant ainsi une fiabilité douteuse et peu exploitable, l'analyse des données recueillies par le niveau central a permis de vérifier diverses constatations faites par beaucoup d'auteurs sur la répartition des cas d'IST selon différentes variables tels que l'âge, le sexe, la situation géographique ou le type de syndrome clinique observé.

Parmi les leçons tirées de cette étude, nous pouvons citer la nécessité d'une ré dynamisation du système de surveillance épidémiologique des IST à Madagascar. Nos suggestions portaient sur la mise en place d'un système de surveillance basée sur un réseau sentinelle.

Ainsi, il nous paraît crucial, compte-tenu de l'imminence d'une explosion de l'épidémie du SIDA, de cibler par ce réseau sentinelle les 15 ex-dispensaires IST actuellement appelés CSB II. Ce système pourrait encore être renforcé par l'adjonction des Centres de Santé Maternelle et Infantile (Ex – Centre SMI urbain).

Nous suggérons également l'utilisation d'une méthode de suivi utilisant la supervision trimestrielle couplée avec un monitoring semestriel et complété par la mesure des indicateurs de prévention au cours d'enquêtes transversales périodiques.

Compte-tenu de la mise en place imminente de l'autonomie des provinces les intervenants seront constitués en majeure partie par les responsables provinciaux et surtout du niveau du district sanitaire.

La mise en place de ce nouveau système se fera par étape en commençant par l'identification des sites sentinelles selon des critères universellement reconnus, l'élaboration des nouveaux supports, la formation des agents, le suivi et l'évaluation.

Parmi les résultats attendus, outre la revitalisation des nouveaux sites sentinelles, nous pouvons citer la mise à la disposition des responsables à tous les niveaux de données fiables permettant l'élaboration d'indicateurs valides pour une meilleure gestion du Programme.

DISTRICT SANITAIRE DE.....
TYPE DE FORMATION SANITAIRE.....
FORMATION SANITAIRE TENUE PAR: 1 MEDECIN
1 PARAMEDICAL

A) CLINIQUE

[illegible]

B) LABORATOIRE

[illegible]

c) INFORMATION EDUCATION COMMUNICATION
Nombre de groupes-cibles existants

ANNEXE I

GROUPES CIBLES	Effectif total	Objectif de l'année	NOMBRE DE SÉANCES D'IEC				NOMBRE DE PARTICIPANTS									CONDOMS						
			Réalisé FS	à la demande	Par autres partenaires	Nombre de partenaires	AVANT			PENDANT			CUMUL			DISTRIBUTION			DISPENSATEURS			
							Réalisé FS	à la demande	Par autres partenaires	Réalisé FS	à la demande	Par autres partenaires	Réalisé FS	à la demande	Par autres partenaires	Pendant la sensibilisation	à la demande	TOTAL	Avant	Pendant	Cumul	
Force de l'ordre																						
Militaire																						
Prostituées																						
Femmes																						
Leader politico-administratif																						
Jeunes non scolarisés																						
Ecole:																						
Elève-étudiant																						
Educateur																						
Personnel de santé																						
Population																						
Leaders religieux																						
Associations religieuses																						
Autres																						

d) MEDICAMENTS ET PRESERVATIFS	Stock au début du trimestre	Reçus pendant le trimestre	Existant pendant le trimestre	Consommation pendant trimestre	Restant à la fin du trimestre	Nombre de mois de rupture de stock
Préservatifs						
Extencilline						
Tétracycline						
Doxycycline						
Cotrimoxazole						
Metronidazole orale						
Metronidazole ovule						
Nystatine orale						
Nystatine ovule						
Amoxycilline						
Ampicilline						
Probenécid						
(Céphoral)						
Erythromicine						
Autres						

Evaluation des besoins en: - Matériels IEC
- Condoms
- Médicaments

ÉCOULEMENT URETRAL

Gonorrhée

Amoxicilline 3g + Probenecide 1 g per os en dose unique

Traitement alternatif :

- Ampicilline 3,5 g Probenecide 1 g per os en dose unique, OU
- Amoxicilline 3 g per os en dose unique, à renouveler huit heures plus tard, OU
- Ampicilline 3,5 g per os en dose unique, à renouveler huit heures plus tard

Si échec traitement :

- Spectinomycine 2 g en IM en dose unique, OU
- Ciprofloxacine 500 mg per os en dose unique, OU
- Ceftriaxone 250 mg en IM en dose unique

Chlamydiae

- Doxycycline 100 mg per os 2 fois par jour pendant 7 jours

Traitement alternatif :

- Tétracycline 500 mg per os 4 fois par jour pendant 7 jours, OU
- Erythromycine 500 mg per os 4 fois par jour pendant 7 jours

ULCERATIONS GENITALES

Chancres mou

- Erythromycine 500 mg per os 4 fois par jour pendant 7 jours

Traitement alternatif

- Cotrimoxazole 480 mg tab 2 per os 2 fois par jour pendant 7 jours, OU
- Ciprofloxacine 500 mg per os en dose unique, OU
- Norfloxacine 800 mg per os en dose unique, OU
- Ceftriaxone 250 mg IM en dose unique, OU
- Spectinomycine 2g en IM en dose unique

Syphilis

- Benzathine-pénicilline 2,4 millions unité IM, ½ dose dans chaque fesse

En cas d'allergie :

- Doxycycline* 100 mg per os 2 fois par jour pendant 15 jours, OU
- Tétracycline* 500 mg per os 4 fois par jour pendant 15 jours

Traitements moins efficaces

*contre indiquée en cas de grossesse et chez les enfants

BUBON INGUINAL

Lymphogranulome Vénérien (LGV)

- Doxycycline* 100 mg per os 2 fois par jour pendant 14 jours

Traitement alternatif

- Tétracycline* 500 mg per os 4 fois par jour pendant 14 jours, OU
- Erythromycine 500 mg per os 4 fois par jour pendant 14 jours, OU
- Sulfadiazine 1 g per os 4 fois par jour pendant 14 jours

** contre indiquée en cas de grossesse*

PERTES VAGINALES ET/OU PRURIT VAGINAL (SANS SPECULUM)

Gonorrhée

Amoxicilline 3 g + Probenecide 1g per os dose unique

Traitement alternatif

- Ampicilline 3,5 g + Probenecide 1g per os dose unique
- Amoxicilline 3 g per os dose unique, à renouveler huit heures plus tard, OU
- Ampicilline 3,5 g per os en dose unique, à renouveler huit heures plus tard.

Si échec de traitement

- Spectinomycine 2g en IM en dose unique, OU
- Ciprofloxacine 500 mg per os en dose unique, OU
- Ceftriaxone 250 mg en IM en dose unique.

Chlamydiase

Doxycycline 100 mg per os 2 fois par jour pendant 7 jours

Traitement alternatif :

- Tétracycline* 500 mg per os 4 fois par jour pendant 7 jours
- *contre indiquée en cas de grossesse et chez les enfants
- Erythromycine 500 mg per os 4 fois par jour pendant 7 jours

Trichomonase/ Vaginose bactérienne

- Métronidazole* 2 g per os en dose unique

*Contre indiquée au cours du 1^{er} trimestre de la grossesse

- Au cours du 1^{er} trimestre de la grossesse, utiliser métronidazole tablettes vaginales 500 mg pendant 10 jours (traitement beaucoup moins efficace)

Candidose

- Nystatine tablettes vaginales 100 000 unités par jour pendant 10 jours

Traitement alternatif :

- Miconazole tablettes vaginales 200 mg pendant 3 jours

PERTES VAGINALES ET/OU PRURIT VAGINAL (AVEC SPECULUM)

Pour les infections cervicales traitées en même temps la gonorrhée et la chlamydiae

Gonorrhée

Amoxicilline 3 g + Probenecide 1 g per os en dose unique

Traitement alternatif :

- Ampicilline 3,5 g + Probenecide 1 g per os en dose unique, OU
- Amoxicilline 3 g per os en dose unique, à renouveler huit heures plus tard, OU
- Ampicilline 3,5 g per os en dose unique, à renouveler huit heures plus tard.

Si échec de traitement :

- Spectinomycine 2 g en IM en dose unique, OU
- Ciprofloxacine 500 mg per os en dose unique, OU
- Ceftriaxone 250 mg en IM en dose unique

Chlamydiae

- Doxycycline* 100 mg per os 2 fois par jour pendant 7 jours

Traitement alternatif :

- Tétracycline* 500 mg per os 4 fois par jour pendant 7 jours
- * *Contre indiquée en cas de grossesse et chez les enfants*
- Erythromycine 500 mg per os 4 fois par jour pendant 7 jours

Trichomonase / Vaginose bactérienne

- Métronidazole* 2 g per os en dose unique
- * *Contre indiquée au cours du 1^{er} trimestre de la grossesse*
- Au cours du 1^{er} trimestre de la grossesse, utiliser métronidazole tablette vaginale 500 mg pendant 10 jours (traitement beaucoup moins efficace)

Candidose

- Nystatine tablettes vaginales 100 000 unités par jour pendant 10 jours

Traitement alternatif :

- Miconazole tablettes vaginales 200 mg pendant 3 jours

INFLAMMATION DU SCROTUM ET DOULEUR TESTICULAIRE

Gonorrhée

Amoxycilline 3 g + Probenecide 1 g per os en dose unique

Traitement alternatif :

- Ampicilline 3, 5 g + Probenecide 1 g per os en dose unique, OU
- Amoxycilline 3 g per os en dose unique, à renouveler huit heures plus tard

Si échec de traitement :

- Spectinomycine 2 g en IM en dose unique, OU
- Ciprofloxacine 500 mg per os en dose unique, OU
- Ceftriaxone 250 mg en IM en dose unique

Chlamydiae

- Doxycycline 100 mg per os 2 fois par jour pendant 7 jours

Traitement alternatif :

- Tétracycline 500 mg per os 4 fois par jour pendant 7 jours, OU
- Erythromycine 500 mg per os 4 fois par jour pendant 7 jours

DOULEUR ABDOMINALE BASSE

Pour les infections pelviennes traiter en même temps la gonorrhée, la chlamydiase, et l'infection à anaérobies.

Gonorrhée

- Amoxicilline 3 g + Probenecide 1 g per os en dose unique

Traitement alternatif :

- Ampicilline 3,5 g + Probenecide 1 g per os en dose unique, OU
- Amoxicilline 3 g per os e dose unique, à renouveler huit heures plus tard
- Ampicilline 3, 5 g per os en dose unique, à renouveler huit heures plus tard

Si échec de traitement :

- Spectinomycine 2 g en dose unique IM, OU
- Ciprofloxacine 500 mg per os en dose unique, OU
- Ceftriaxone 250 mg en IM en dose unique

Chlamydiase

- Doxycycline* 100 mg per os 2 fois par jour pendant 14 jours

Traitement alternatif :

- Tétracycline* 500 mg per os 4 fois par jour pendant 14 jours, OU
- *contre indiquée en cas de grossesse.*
- Erythromycine 500 mg per os 3 fois par jour pendant 14 jours

Anaérobies

- Metronizadol 500 mg per os 3 fois par jour pendant 14 jours

PRISE EN CHARGE DE LA SEROLOGIE SYPHILITIQUE POSITIVE

Syphilis (primaire, secondaire,précoce latente)

- Benzathine-penicilline 2,4 millions unités IM, ½ dose dans chaque fesse

En cas d'allergie :

- Doxycycline* 100 mg per os 2 fois par jour pendant 15 jours
- Tétracycline* 500 mg per os 4 fois par jour pendant 15 jours

Traitements moins efficaces

**Contre indiquée en cas de grossesse et chez les enfants*

Syphilis latente (femmes enceintes)

- Erythromycine 500 mg per os 4 fois par jour pendant 30 jours (traitement beaucoup moins efficace)

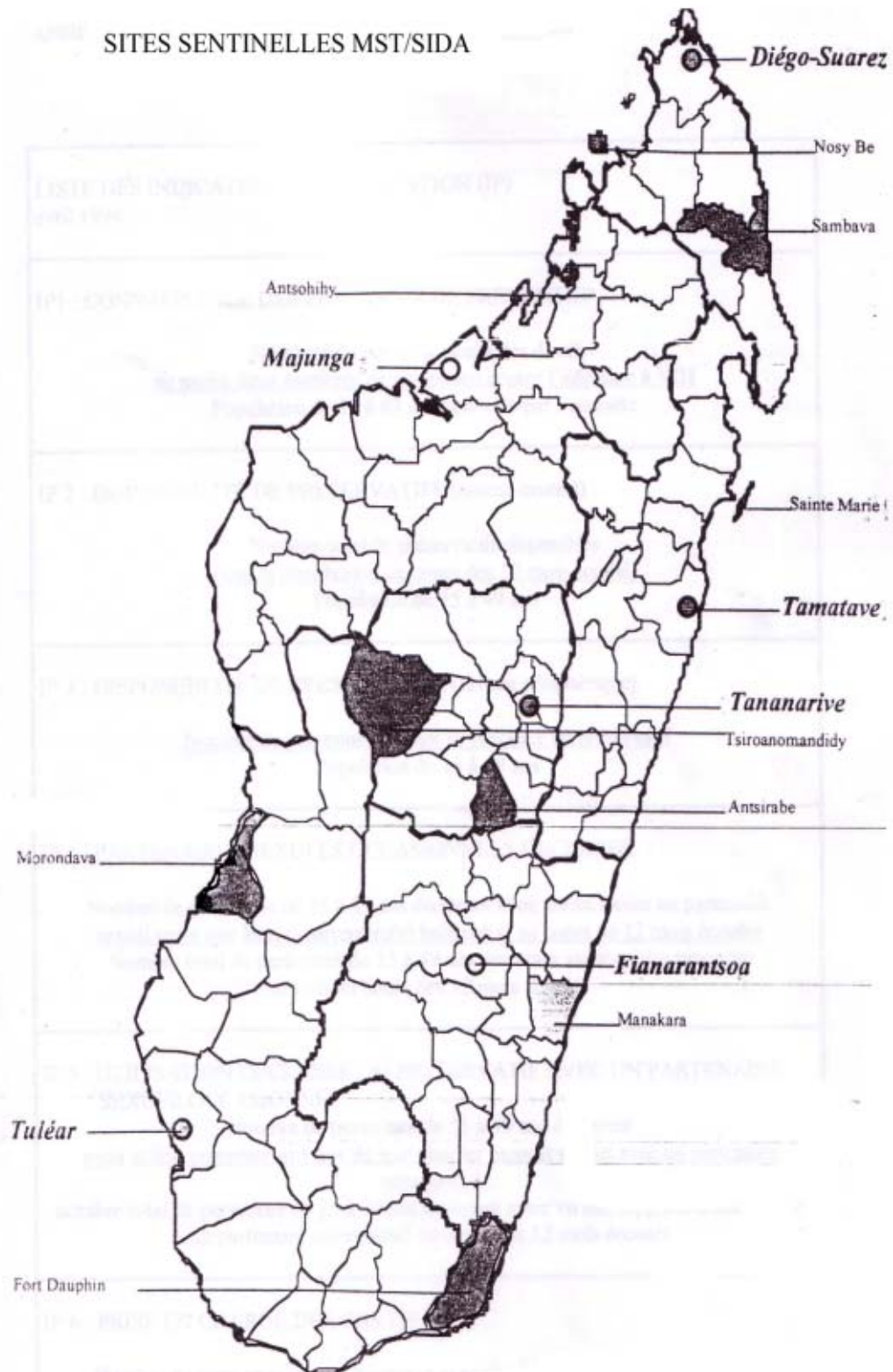
Syphilis congénitale

- Procaine benzylpénicilline 50 000 I.U./kg IM pendant 10 jours

Traitement alternatif :

- Benzathine pénicilline 50 000 IU/kg IM dose unique

SITES SENTINELLES MST/SIDA



PLNS DDMT Janvier 1998

LISTE DES INDICATEURS DE PREVENTION (IP)

avril 1994

IP1 : CONNAISSANCE DES PRATIQUES DE PREVENTION

Nombres de personnes capables de citer
au moins deux manières de protection contre l'infection à VIH
 Population de 15 à 49 ans couverte par l'enquête

IP 2 : DISPONIBILITÉ DE PRESERVATIFS (niveau central)

Nombre total de préservatifs disponibles
Pour la distribution au cours des 12 mois écoulés
 Population de 15 à 49 ans

IP 3 : DISPONIBILITÉ DE PRESERVATIFS (niveau périphérique)

Nombre de personne pouvant se procurer un préservatif
 Population de 15 à 49 ans

IP 4 : PARTENAIRES SEXUELS OCCASIONNELS DECLARES

Nombre de personnes de 15 à 49 ans déclarant avoir eu au moins un partenaire
sexuel autre que leur(s) partenaire(s) habituel(s) au
cours de 12 mois écoulés

Nombre total de personnes de 15 à 49 ans déclarant avoir eu des rapports
 sexuels au cours des 12 mois écoulés

IP 5 : UTILISATION DECLAREE DU PRESERVATIF AVEC UN PARTENAIRE SEXUEL OCCASIONNEL

Nombre de personnes de 15 à 49 ans déclarant
avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel
 nombre total de personnes de 15 à 49 ans déclarant avoir eu des rapports sexuels avec un
 partenaire occasionnel au cours des 12 mois écoulés

IP 6 : PRISE EN CHARGE DES CAS DE MST

Nombre de personnes venues consulter avec une MST dans les établissements
De santé, évalués et soignées de la façon appropriée (selon les normes nationales).
 Nombre de personnes venues consulter avec une MST dans les établissements de santé

IP 7 : PRISE EN CHARGE DES CAS DE MST

Nombre de personnes venues consulter avec ou pour une MST dans les établissements santé
**Ayant reçu des conseils de base sur les préservatifs
 et la notification aux partenaires**

*Nombre de personnes venues consulter avec ou pour une MST dans les établissements de
 santé*

IP 8 : INCIDENCE DECLAREE DES MST (HOMMES)

Nombre d'épisode d'urétrite déclarée

**Chez des hommes de 15 à 49 ans au cours des 12
 mois écoulés**

Nombre d'hommes de 15 à 49 ans couverts par l'enquête

En développement**IP 9 : PRÉVALENCE DES MST (FEMMES)**

Nombre de femmes enceintes

**De 15 à 24 ans trouvées positives au dépistage
 sérologique de la syphilis**

Nombre total de femmes enceintes de 15 à 24 ans venus en consultation

Dans les dispensaires prénatals en ayant fait l'objet d'un examen de sang

IP 10 : PREVALENCE DU VIH CHEZ LES FEMMES

Nombre de femmes enceintes de 15 à 24 ans

Trouvés positives au dépistage sérologique du VIH

Nombre total de femmes enceintes de 15 à 24 ans

venues en consultation dans les dispensaires prénatals
 et ayant fait l'objet d'un examen de sang

BIBLIOGRAPHIE

1. brisset.C, Stouffle J. l'état de la connaissance et de Recherche.
La Découverte, Paris 1986 : 264 – 267
2. Ministère de la Santé.Politique Nationale de la Lutte contre les Maladies sexuellement transmissibles, mai 1996.
3. Pepin. J, Plummer F, Bronharme, Piot p, Camerun D.W, Ronald AR.
The interaction of HIV infection and other sexually Transmitted disease
Reviw 3è edition, New York 1989: 3 – 9.
4. Aller M.W, Piot P. Epidemiologie overview AIDS. Réviw 2è édition, New York
1988: 547 – 548
5. Jobd-Spira. Santé Publique et Maladie à Transmission sexuelle.
Une approche commune pour la lutte contre les MST et le SIDA in Job-Spira M,
Spencer B, Moatti J.P, Bouvette. John Libbey, Paris 1990: 3 – 11.
6. Rakotoarisoa. Contribution à l'étude de l'organisation d'un réseau de dépistageet
diagnostic des MST à Madagascar. Thèse méd. 1985.
7. Programme de la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles et SIDA.
Information de la base sur les MST classiques 1996
8. Programme de la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles et SIDA.
Information de la base sur les MST classiques 1997
9. SIGS. Relevée semestriement des données de routine en IST. 2è sem 1998.
10. Mamadou B, Rapport de mission de consultation sur les contrôles des IST à
Madagascar 1996.
11. David Macfee. Rapport d'activité CMS Madagascar 1998.
12. OMS Program introduction and the Transmission and control of STD/HIV.
STD case Management, who/GPA/TCO 1995
13. Laffont A, Darieux F. Syphilis. EMC, Paris 1994, 8 – 039 – A – 10.
14. Cavaillon J.A. Les Maladies vénériennes. Masson, 2è édition, Paris 1976.
15. Siboulet A. Recrudescence des MST. Panorama du Médecin, Afrique 1983,
16. Siboulet A. Gonococcie : une recrudescence inquiétante. Afrique Santé 19991 ;
10 : 13 – 22

17. OMS. Uréthrites non gonococcique et autre MST choisi pour leur importance sanitaire. Série de rapport technique, Who/GPA/TCO Genève 1981 ; 660.
18. Darrow, w. Paulim. L. Health behavior and sexually Transmission diseases. Mc Graw-Hill, New York 1984.
19. Siboulet A. abrégés de Maladies sexuellement transmissibles.
Tréponématoses, la syphilis. Masson 2è éd, Paris 1984 : 16 – 20, 271 – 274.
20. Walder A.N. Rapid plasma région (R.P.R.) card testA sreaning method for treponemal disease. British Journal of veneral disease 1971; 47: 259 – 263
21. Dolivo M. Maadies vénériennes non syphilitique. Revue du praticien 1976 ; 26,27
22. Ministère de la santé Publique AIDSCAP / The Policy Project / USAID
La prise en charge des MST à Madagascar : Protocoles pour les soins de santé primaire 1998
23. Siboulet A. Les maladies transmissibles par voie sexuelle. Service MST, Paris 1986.
24. Andrianaivo P A. Tecnique pour la lutte contre les MST. Ministère de la santé 1976
25. Gilles B., Didier F. Santé publique Ed marketing, Paris 1989 : 462 – 475
26. Dolivo M. : urethrites infectueuses. Revue de praticien, med cut 7 – 1980 ; 4 – 5 : 339 – 391
27. Gentilini M., Bernard D. Médecine tropicale Flammarion 4^{ème} édition, Paris 1986 : 694
28. De myuck A. Cours d'épidémiologie bio-statistique IMT Anvers Belgique 1992
29. Ministère de la santé. Données monitoring de centre FIB/IB 1997
30. Meheus A. Z. Pratical approaches developing nation, In Holmes, K.K. et all,
Red Sexually transmitted diseases. Mc Graw-Hill, New York 1984
31. UNICEF Manuel de formation des agents de santé de centre FIB/IB 1994
32. OMS. Evaluation d'un programme national de lutte contre le sida.
Who /Gpa /TCO Genève 1995: 1 – 2

VELIRANO

« Eto anatrehan'i ZANAHARY, eto anoloan'ireo mpampianatra ahy , sy ireo mpiaramianatra tamiko eto amin'ity toeram-mpampianarana ity ary eto anoloan'ny sarin'i HYPOCRATE.

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

Hotsaboiko maimaimpoana 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 azo .

Raha tafiditra an-tranon'olona aho dia tsy ahita izay zava-miseho ao ny masoko , ka tanako ho ahy samy irery ireo tsiambaratelo aboraka amiko ary ny asako tsy avelako hatao fitaovana hanatontosana zavatra mamofady na hanamorana famitakeloka.

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 torotoronina aza, ary tsy mampiasa ny fahefako 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 mahantanteraka ny velirano nataoko .

Ho rakotry ny henatra sy rabirabian'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 Faculté de Médecine

D'Antananarivo

Signé : Professeur RAKOTOBÉ Pascal

SUMMARY

Name and First name : ANDRIAMANANTENA Bienfaisant Fils

Title of thesis: Contribution to the STI information system analysis in Madagascar during 1995 to 1997

Classification : Public health Number of pages : 50 Number of tables: 9
Number of figures : 7 Number of references: 32

Madagascar is among the few country with a low prevalence about AIDS epidemic (0,11% 1998); However the increase of the sexually transmitted diseases is a great frighten for the country. The improvement of the STD control with the high system of information constitute on of the prior National Program against STD/(NPAA).

Our study is about the analysis of the activity report, which arrive in the Department about AIDS from 1995 till 1997 . We emphasise in certain parametrical Such as the compliance .

We have found a little Default in every stages of the system . 102 which 3123 of the report file are excluded because of the lack of filling. Which the 3021 included in our study the compliance was 10% only.

We conclude the means of information that we use are exhaust type which based with routine activity in every Sanitary Formation are not Unavailing.

Our advice is to put a new system of selective type, turn towards the social comportment and use the Sentry net work.

The follow up / evaluation must strength by the use of many general ship among this, the supervise every three months, monitoring every six month and the inquiry transversal periodic for the measure of prevention indicator.

RESUME

Nom : ANDRIAMANANTENA
Prénoms : Bienfaisant Fils
Titre de la thèse : CONTRIBUTION A L'ANALYSE DU SYSTEME
D'INFORMATION EN MATIERE D'IST
DE 1995 à 1997 A MADAGASCAR

Rubrique : Santé Publique

Nombre de figures : 7

Nombre d'annexes : 4

Nombre de pages : 50

Nombre de schémas :

Nombre de références Bibliographiques : 32

Nombre de tableaux : 9

Nombre de photos :

Madagascar figure parmi les rares pays à faible prévalence pour l'épidémie du SIDA (0,11 % en 1998. Cependant la recrudescence des Infections Sexuellement Transmissibles constitue une grande menace pour ce pays. L'amélioration du contrôle des IST par la mise à sa disposition d'un système d'information performant, constitue une priorité du Programme National de Lutte contre les IST/SIDA (PNLS).

Notre étude consistait en une analyse des rapports d'activité parvenu au niveau du Service de 1995 à 1997 en mettant l'accent sur certain paramètre tel que la compliance.

Nous avons constaté une nette défaillance à tous les niveaux du système. 108 sur 3129 fiches de rapports ont été exclus de l'étude pour cause de mauvais remplissage. Sur les 3021 inclus dans l'étude, la compliance était de 10% seulement. Nous en concluons que le système d'information utilisé, du type exhaustif basé sur le rapportage des activités de routine dans toutes les formations sanitaires a été inefficace.

Nos suggestions portaient sur la mise en place d'un nouveau système de **type sélectif**, orienté vers les données socio-comportementales et utilisant **un réseau sentinelle**. Le suivi/ évaluation sera renforcé par l'utilisation de divers stratégies dont, la supervision trimestrielle ; le monitoring semestriel et les enquêtes transversales périodiques pour la mesure des indicateurs de préventions.

Mots clés : IST, SIDA, Compliance, Système d'Information

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur RATOVO Fortunat

Rapporteur : Monsieur le Docteur RASAMILALAO Désiré

Adresse de l'Auteur : Lot 064 E Ambohibao Antananarivo (105)