

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : GENERALITES	
I. EPIDEMIOLOGIE.....	2
I.1. Prévalence.....	2
I.2. Mode de transmission.....	3
I.3. Facteurs favorisants.....	3
II. CLINIQUE.....	4
II.1. IST d'origine bactérienne.....	4
II.1.1. Syphilis vénérienne.....	4
II.1.2. Gonococcie.....	5
II.1.3. Chlamydioses.....	5
II.1.4. Chancre mou ou chancrelle.....	6
II.1.5. Granulome inguinal ou donovanose.....	6
II.1.6. Autres bactérioses.....	6
II.2. IST d'origine virale.....	7
II.2.1. Herpès génital.....	7
II.2.2. Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH/SIDA).....	8
II.2.3. Infection à <i>Human Papilloma Virus</i> (HPV).....	8
II.2.4. Autres IST d'origine virale.....	8
II.3. parasitoses et mycoses génitales.....	9
II.3.1. Trichomonase.....	9
II.3.2. Autres protozooses.....	9
II.3.3. Ectoparasites.....	9
III. TRAITEMENT.....	9
III.1. Buts.....	9
III.2. Moyens.....	10
III.2.1. Moyens curatifs.....	10
III.2.2. Moyens préventifs.....	11
III.3. Indications.....	13

DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE

I. Méthodologie.....	15
I.1. Site d'étude.....	15
I.2. Type d'étude.....	15
I.3. Matériel d'étude.....	15
I.4. Population étudiée.....	15
I.4.1. Critères d'inclusion.....	15
I.4.2. Critères d'exclusion.....	15
I.5. Paramètres de l'étude.....	15
I.6. Analyse statistique.....	16
II. Résultats.....	17
II.1. Caractéristiques sociodémographiques.....	17
II.2. Caractéristiques cliniques.....	32
II.3. Caractéristiques thérapeutiques.....	40
II.4. Caractéristiques évolutives.....	43

TROISIEME PARTIE

DISCUSSIONS.....	47
I. Consultants pour IST selon le genre, l'âge, le premier rapport sexuel et la profession.....	47
II. Consultants pour IST selon leur comportement, attitude et pratique.....	48
III. Consultants pour IST selon la clinique.....	50
IV. Consultants IST selon caractéristiques thérapeutiques et évolutives.....	51
SUGGESTIONS.....	52
CONCLUSION.....	55

ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES TABLEAUX

	Pages
Tableau I : Les agents pathogènes responsable des Maladies Sexuellement Transmissibles.....	13
TableauII : Rapports sexuels non protégé selon le genre.....	23
TableauIII : Utilisation de préservatifs selon le genre.....	24
Tableau IV : Utilisation de préservatifs selon sensibilisation IST/SIDA.....	25
Tableau V : Utilisation de préservatifs selon nécessaire de se protéger si IST.....	26
Tableau VI : Utilisation de préservatifs selon un seul rapport non protégé transmet IST/SIDA.....	27
Tableau VII : Utilisation de préservatifs selon les modes de transmissions Incorrectes.....	28
Tableau VIII: Utilisation de préservatifs selon les modes de transmission correcte....	29
Tableau IX: Antécédents d'IST selon le genre.....	34
Tableau X : Manifestations cliniques selon le genre.....	39

LISTE DES FIGURES

	Pages
Figure 1 : Algorithme National pour la prise en charge des écoulements Génitaux.....	14
Figure 2 : Algorithme National pour la prise en charge des ulcérations génitales.....	14
Figure 3 : Répartition des consultants totaux et des consultants pour IST.....	17
Figure 4 : Répartition des consultants IST par sites selon le genre.....	18
Figure 5 : Répartition de l'âge moyen des consultants IST selon le genre sans distinction de sites.....	19
Figure 6 : Répartition de l'âge du premier rapport sexuel sans distinction de genre et de sites.....	20
Figure 7 : Répartition de l'âge du premier rapport sexuel selon le genre.....	21
Figure 8: Répartition des consultants IST selon nombre de partenaires sexuel(les).....	22
Figure 9 : Les modes de prévention selon les modes de transmission incorrecte.....	30
Figure 10 : Les modes de prévention selon les modes de transmission correcte.....	31
Figure 11: Répartition des consultants IST selon antécédents de dépistage VIH.....	32
Figure 12: Répartition des consultants IST selon antécédents d'IST.....	33
Figure 13 : Répartition des consultants IST selon la sérologie de la syphilis.....	35
Figure 14 : Sérologie de la syphilis selon les présentations cliniques.....	36
Figure 15: Répartition des consultants IST par rapport à l'intervalle de temps apparition de signe et décision de consultation.....	37
Figure 16: Répartition des consultants IST selon les manifestations cliniques.....	38
Figure 17 : Observance thérapeutique selon les effets secondaires des Médicaments.....	40
Figure 18 : Répartition chez les deux sexes selon traitement du partenaire.....	41
Figure 19: Répartition chez les deux sexes selon utilisation de préservatifs pendant le traitement.....	42

Figure 20:	Observance thérapeutique selon les manifestations cliniques.....	43
Figure 21 :	Répartition des manifestations cliniques après traitement selon nouveau partenaire pendant le traitement.....	44
Figure 22:	Répartition des manifestations cliniques après traitement selon rapport sexuel pendant le traitement.....	45
Figure 23:	Répartition des manifestations cliniques après traitement selon utilisation de préservatifs pendant le traitement.....	46

LISTE DES SIGLES, DES ABREVIATIONS ET DES SIGNES

CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CMV	Cytomégalovirus
Cp	Comprimé
CUA	Commune Urbaine d’Antananarivo
CVGA	Commission du VIH/SIDA et de la Gouvernance en Afrique
EDSMD	Enquête Démographique et de Santé Madagascar
FSF	Free Software Foundation
HPV	Human Papilloma Virus
HSV	Herpès Simplex Virus
IEC	Informations, Educations et Communications
IFI	Immuno Fluorescence Indirecte
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
MST	Maladies Sexuellement transmissibles
NS	Non Spécifique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PCR	Polymerase Chain Reaction
SISAL	Sambatra Izay Salama
SIDA	Syndrome Immunodéficience acquise
TPHA	Tréponème Pallidums Hemagglutination Assay
UCC	Unitary Coupled-Cluster
UI	Unité Internationale
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory
VIH	Virus de l’Immunodéficience Humaine
mg	milligramme
ml	millilitre
/j	par jour
%	pourcentage

Rapport-Gratuit.com

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Les maladies sexuellement transmissibles (MST) sont des maladies infectieuses et contagieuses dues à des micro-organismes multiples et variés (virus, bactéries, champignons et parasites) (1).

Aujourd'hui, on parle davantage d'infections sexuellement transmissibles (IST) car certaines d'entre elles ne sont pas symptomatiques (2). Dans le monde, 333 millions de nouveaux cas d'IST sont observés chaque année (3). Elles figurent parmi les maladies les plus fréquentes dans les pays en voie de développement tels que l'Asie de l'Est, l'Amérique latine et surtout l'Afrique (3). La recrudescence des IST favorise la propagation des infections dues au Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) (3). Les IST entraînent des impacts sanitaires, économiques et sociaux (3).

A Madagascar, on estime que 14% de la population, surtout des groupes cibles (les travailleurs mobiles, les jeunes, les travailleurs de sexe...) sont touchés par les IST. En effet, des efforts doivent être encore à entreprendre dans la prévention et lutte contre ce fléau. Cette situation nous incite à faire cette étude : « aspects épidémio-cliniques et thérapeutiques des IST/SIDA dans les secteurs sanitaires de la commune urbaine d'Antananarivo (CUA) ». Le but de ce travail est de décrire la situation épidémio-clinique et thérapeutique afin de proposer une amélioration de la stratégie de lutte contre les IST/SIDA dans les secteurs concernés. Notre travail comporte trois grandes parties. La première partie sera consacrée aux généralités sur les IST. La deuxième partie sera notre étude. La troisième partie traite les discussions, suivies des suggestions. Une conclusion termine notre étude.

PREMIERE PARTIE : GENERALITES

I. Epidémiologie

I.1. Prévalence

Selon l'OMS, la gonococcie est la plus courante des IST à l'heure actuelle avec une incidence de 62 millions de cas par an. Le taux de prévalence de la vaginose bactérienne est estimé entre 10 et 30% chez les femmes enceintes et à 10% des patientes consultant un médecin de famille (4). Le taux de syphilis primaire et secondaire chez les femmes est passé de 0,8 cas pour 100000 personnes en 2003 à 0,9 cas pour 100000 personnes en 2004 (5). L'incidence des infections génitales au *papillomavirus humain* (HPV) chez la femme dans le monde est estimée à 30 millions par an. A 20 ans, près de 40% des jeunes femmes ont été infectées par un HPV. Chez l'homme, la prévalence de l'infection varie de 20 à 80% selon les études (6). A la fin de 2009, le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde a été estimé à 33,3 millions dont 2,6 millions de personnes nouvellement infectées (7).

Dans les pays industrialisés, deux cas de MST sur trois se rencontrent chez des personnes de moins de 24 ans (8). En France, L'herpès génital concerne environ 2 millions de personnes (9) et 300 000 jeunes de moins de 29 ans sont porteurs d'une infection à *Chlamydiae*. A la Réunion, ils sont plus nombreux et représentent entre 8 à 10% des malades porteurs d'une IST (10). Aux Etats Unis, on estime que 600000 nouveaux cas d'infections gonococciques se produisent chaque année (8).

Le chancre mou fait partie des maladies endémiques en Afrique. Un taux plus élevé a été observé en Afrique sub-saharienne chez les adultes, 30 à 80% des femmes et 10 à 50% des hommes (11). Au Kenya, on a enregistré 30% de cas pour la *chlamydiase*.

L'Afrique subsaharienne abrite les 65% des personnes vivant avec le VIH (7).

A Madagascar, Le taux de prévalence de la gonococcie est de 590 cas pour 100000 habitants (12). Il s'agit d'une association gonococcie-infection à *chlamydia* dans la majorité des cas. La prévalence de la syphilis est plus élevée dans les zones rurales que urbaines (4,2 % contre 2,7 %). Les 3,8 % de la population âgée de 15-49 ans sont touchés par la syphilis. Le niveau est légèrement plus élevé chez les femmes (4,2 %) que chez les hommes (3,5 %). Elle est plus courante à Toamasina (8,6 %), Toliara (6,2%), Antsiranana (5,7 %) et Mahajanga (5,3 %). Les provinces d'Antananarivo et de Fianarantsoa ont les plus faibles niveaux de prévalence (0,9 % et 1,8 %) (13).

Les résultats des études effectuées à Madagascar sur l'épidémie du VIH/SIDA se concordent pour confirmer que le taux de prévalence dans le pays est relativement faible et se situe à moins de 1% de la population totale.

I.2. Mode de transmission (3)

Deux modes de transmissions sont connus : la transmission directe et la transmission indirecte.

- La transmission directe se fait au cours des rapports sexuels par le sperme et les sécrétions génitales.
- La transmission indirecte se fait par voie sanguine (transfusion de produits sanguins non contrôlés ou utilisation de seringues et objets tranchants souillés).

Il y a un autre mode de transmission, constitué par la transmission mère-enfant.

I.3. Facteurs favorisants (3)

Il existe plusieurs facteurs favorisant les IST/SIDA :

- Facteurs sociaux :
 - Les modes de vie précaires : la promiscuité
 - Les traditions, les gestes sanglants pratiqués par les guérisseurs sans la moindre asepsie
 - L'alcoolisme qui pousse l'individu à un comportement à risque
 - Le chômage
 - Le manque d'information.
- Facteur démographique :

L'importance de la population jeune sexuellement active.

- Facteurs liés à la sexualité :
 - La liberté sexuelle traditionnelle
 - L'homosexualité
 - La multiplicité des partenaires
 - Les rapports sexuels non protégés
 - La prostitution clandestine

- Les vastes réseaux sexuels liés à la fréquentation des travailleurs de sexe.

- Le statut matrimonial :

Le besoin financier des filles (filles mères) et des femmes les incitant toutes formes de prostitution face au chômage.

- Les risques professionnels :

Lors des accidents exposants au sang.

- L'état de santé :

- La nécessité de transfusions sanguines répétées dans certaines maladies
- Les dialyses et les greffes sont des véhicules de transmission du VIH dans certains cas.

II. Clinique (3, 14, 15, 16)

II.1. IST d'origine bactérienne

II.1.1. Syphilis vénérienne

L'agent responsable est *Tréponema pallidum*.

L'Incubation est d'environ 3 semaines.

La syphilis primaire se traduit par un chancre génital ou anal unique, indolore, reposant sur une base indurée, accompagné d'adénopathies inguinales fermes, indolores.

Ensuite, la syphilis secondaire apparaît 2 à 6 jours après la lésion initiale, caractérisée par les plaques muqueuses et les syphilides papuleuses.

La syphilis non traitée à la phase primaire et secondaire entre dans la phase de latence mais peut aussi avoir des manifestations tertiaires après quelques années correspondant à des lésions osseuses, cutanées, surtout cardio-vasculaires et neurologiques.

Le diagnostic est établi par un examen microscopique direct sur fond noir ou lecture de frottis colorés par la méthode de Vago, une immunofluorescence indirecte (IFI), un test d'hémagglutination passive ou indirecte (TPHA/VDRL).

II.1.2. Gonococcie

L'agent pathogène est *Neisseria gonorrhoeae*.

La période d'incubation est de 4 à 6 jours.

Chez l'homme, elle se manifeste par un écoulement urétral jaune purulent, une urétrite aigue, accompagnée de brûlures mictionnelles et de pollakiurie.

Chez la femme, la clinique est souvent latente, en dehors d'une uréthro-skenite, bartholinite, cervicite et rectite.

Les complications, locorégionales chez l'homme sont la prostatite, l'épididymite, la vésiculite, le rétrécissement urétral, la lymphangite, l'abcès de glandes (cowperite) et la stérilité si atteinte bilatérale. Chez la femme, la salpingite est le principal problème mais on peut rencontrer une endométrite, ovarite, pelvipéritonite, péri hépatite, obstruction tubaire responsable de stérilité.

Le diagnostic repose sur l'examen direct des prélèvements étalés sur une lame, colorés par le bleu de méthylène ou le Gram. Les prélèvements peuvent être du pus urétral, des sécrétions vaginales ou endocervicales.

II.1.3. Chlamydioses

L'agent responsable est *Chlamydia trachomatis* sérotypes D à K et sérotypes L1, L2, L3.

a) Chlamydioses urogénitales (sérotypes D à K) :

L'incubation est de 10 à 15 jours.

Chez l'homme, elle se manifeste par une urétrite associée à des gouttes urétrales matinales.

Chez la femme, la symptomatologie est souvent silencieuse. Il peut s'agir d'une cervicite latente plus ou moins hémorragique.

Chez l'homme, les complications qui peuvent survenir sont une épididymite, une prostatite, un rétrécissement urétral, le syndrome de Fiessinger Leroy Reiter. Chez la femme, les complications comprennent l'endométrite, la salpingite, l'ovarite, la dysplasie du col et la stérilité secondaire.

Le diagnostic repose sur la culture de tissus qui donne d'excellents résultats mais nécessite un laboratoire bien équipé. Les prélèvements urétraux et/ou cervicaux ne sont pas sensibles.

b) Lymphogranulome vénérien ou maladie de Nicolas-Favre (sérotypes L1, L2, L3)

Après une période d'incubation de 1 à 3 semaines, apparaît un chancre d'inoculation qui passe inaperçu dans 50% des cas. En général, le premier symptôme est l'apparition d'adénopathies (bubon inguinal) adhérentes à la peau, se ramollissent et se fistulisent. L'épithéliomatisation de la cicatrice est la principale complication.

Le diagnostic clinique doit être confirmé par la culture cellulaire après prélèvements des ulcérations ou du pus ganglionnaire, l'immunofluorescence et la sérologie.

II.1.4. Chancre mou ou chancrille

L'agent pathogène est *Haemophilus Ducreyi*.

Après une période d'incubation de 2 à 5 jours en moyenne, apparaît l'ulcération au niveau des organes génitaux externes (gland, prépuce, fourreau) ou autour de l'orifice anal. Elle est douloureuse et accompagnée d'adénopathies satellites susceptibles de se ramollir et de se fistuliser. Les complications comprennent l'ulcération phagédénique avec mutilation de l'appareil génital.

Le diagnostic repose sur la mise en évidence du germe à partir des prélèvements par grattage des berges de l'ulcération.

II.1.5. Granulome inguinal ou donovanose

L'agent responsable est *Calymmatobacterium granulomatis*.

La durée de l'incubation est entre 8 et 80 jours.

La lésion initiale est une ulcération génitale granulomateuse, irrégulière, toujours indolore. L'évolution se fait vers une extension de l'ulcération avec délabrement du périnée et de l'organe génitale.

Le diagnostic est confirmé par la mise en évidence au microscope de corps de Donovan à partir des prélèvements biopsiques de la lésion.

II.1.6. Autres bactérioses

a) Mycoplasmes

L'agent responsable est *Ureaplasma urealyticum* et *Mycoplasma hominis*.

Les manifestations cliniques sont les signes de l'urétrite et la fièvre du post-partum ou du post-abortum chez la femme. Chez l'homme, les complications qui peuvent survenir

sont une épididymite, une prostatite et une stérilité secondaire. Chez la femme, elles comprennent l'endométrite, la salpingite et la stérilité tubaire.

Le diagnostic repose sur la présence de plus de 10^3 ou 10^4 UCC par ml dans les prélèvements par grattage cellulaire de l'urètre chez l'homme et de l'endocol chez la femme.

b) Vaginose bactérienne

L'agent responsable est *Gardnerella vaginalis*.

La clinique se traduit par une vaginite accompagnée de leucorrhées malodorantes.

La présence de Clue cells à l'examen direct extemporané des prélèvements d'écoulement urétral ou cervico-vaginal confirme le diagnostic.

c) Infection au Streptocoque du groupe B

Elle est habituellement asymptomatique. Parfois, elle se manifeste par une urétrite subaiguë caractérisée par un écoulement urétral ou cervico-vaginal avec éventuellement des signes urinaires. Les complications comprennent la méningite et les septicémies néonatales.

Le diagnostic repose sur l'examen du frottis de l'écoulement en utilisant la coloration de Gram et sur la culture.

II.2. IST d'origine virale

II.2.1. Herpès génital

Le virus responsable est *Herpès Simplex* type II (HSV-2).

La lésion primaire se développe en 4 à 7 jours après le contact. Des lésions vésiculeuses multiples apparaissent puis se rompent en donnant naissance à des ulcérations qui se recouvrent d'une croûte. Les signes associés sont l'urétrite et/ou balanite, la vulvo-vaginite, le prurit, les adénopathies satellites, la fièvre. Les complications de l'herpès génital sont la cervicite grave nécrosante, la dysplasie ou carcinome utérin. Le diagnostic peut être confirmé par l'immunofluorescence ou la coloration immunopéroxydasique qui met en évidence les antigènes herpétiques.

II.2.2. Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) (16) :

Les agents responsables sont VIH-1 et VIH-2.

La phase aiguë correspond à la primo-infection qui survient 2 à 6 semaines après la contamination. Elle est asymptomatique chez plus de 50% des sujets contaminés. Ensuite, il y a la phase d'infection chronique qui traduit la chute progressive du nombre de lymphocytes T CD4. Cette phase est dite « cliniquement latente », mais « biologiquement active ». La phase symptomatique à formes dites mineures regroupe les manifestations cutanées et les manifestations hématologiques par atteinte des trois lignées cellulaires. Enfin, la phase clinique, apparition du SIDA qui correspond à un épuisement du système immunitaire. La chute du nombre de lymphocytes T CD4 au dessous de 200/mm³ conduit aux maladies opportunistes et les tumeurs, qui sont responsables du décès de l'individu.

Le diagnostic de l'infection à VIH est biologique. Il repose sur la mise en évidence d'anticorps spécifiques anti-VIH par des méthodes indirectes (test de dépistage et test de confirmation : Western Blot), ou sur la recherche du virus lui-même ou encore de certaines gènes viraux par des méthodes directes (détection de l'antigène p24, isolement viral, détection d'acides nucléiques viraux et/ou quantification de la charge virale).

II.2.3. Condylomes vénériens :

L'agent responsable est *Papillomavirus humain* (HPV).

Après une incubation de 2 à 3 mois, apparaît une excroissance (crêtes de coq ou végétations vénériennes) sur la peau ou les muqueuses de la région ano-génitale. Les complications sont un délabrement du périnée, une rectite, un rétrécissement rectal, les cancers des organes génitaux ou de l'anus.

Le diagnostic se fait à l'examen direct à l'aide d'une loupe ou d'un colposcope avec éventuellement application d'acide acétique à 5% et de Lugol. On peut faire également une recherche d'ADN viral par amplification génique (PCR) lors de la réalisation d'un frottis.

II.2.4. Autres IST d'origine virale

On peut citer l'infection à cytomégalovirus (CMV) et les hépatites.

II.3. Parasitoses et mycoses

II.3.1. Trichomonase

L'agent pathogène est *Trichomonas vaginalis*.

L'incubation est de 4 à 28 jours. Chez l'homme, elle est souvent asymptomatique ou se manifeste par un écoulement urétral discret à prédominance matinale. Chez la femme, le début est typique avec une leucorrhée blanche verdâtre, nauséabonde, associée à une dyspareunie. Les complications qui surviennent rarement sont la prostatite et l'oligo-asthéo-spermie chez les hommes. Dans les cas graves, les femmes peuvent présenter une skénite, une bartholinite et un vaginisme.

Le diagnostic est confirmé par un examen au microscope du prélèvement vaginal ou une goutte urétrale.

II.3.2. Autres protozooses

Les agents responsables sont les amibes et le lamblia. Il s'agit en règle de zymodèmes non pathogènes.

II.3.3. Ectoparasites

Les agents pathogènes sont *Phthirus inguinalis* et *sarcoptes scabiei*.

Le pou de pubis et le sarcopte de la gale se manifestent en provoquant une démangeaison intense et des lésions de grattage. Des taches bleues caractéristiques de la pédiculose pubienne se rencontrent à la face interne et la racine des cuisses. Tandis qu'un chancre scabieux se trouve au niveau de la région génitale.

III. Traitement (17,18)

III.1. Buts

Les buts du traitement sont :

- De guérir la maladie
- D'éviter les complications
- D'identifier et de traiter les partenaires sexuels(les)
- D'éviter la propagation de la maladie

III.2. Moyens

Il existe deux types de moyens thérapeutiques : les moyens curatifs et les moyens préventifs.

III.2.1. Moyens curatifs

Les moyens curatifs des IST comprennent les moyens médicamenteux et les mesures associées.

a- Médicamenteux

Les anti-infectieux sont choisis en fonction des micro-organismes en cause. Les traitements « minutes » sont à recommander. La voie d'administration et la durée du traitement dépendent du tableau syndromique et de l'algorithme correspondant.

Les antibactériens sont :

- Ceftriaxone 250 mg, administré par voie intramusculaire en une dose ou Cefixime 200 mg à raison de 2 comprimés en une prise
- Ciprofloxacine 500 mg, administré par voie orale en une prise
- Doxycycline 200 mg, en une prise/j pendant 7 jours
- Benzathine benzylpénicilline G 2,4 millions d'UI, en une injection intramusculaire

Les antiviraux sont :

- Valacyclovir, présenté en comprimé de 500 mg. On l'utilise à la dose de 2 comprimés en 1 ou 2 prises pendant 5 jours
- Acyclovir, présenté en comprimé de 200 mg. On l'utilise à la dose de 5 comprimés répartis dans la journée pendant 5 jours
- Inhibiteurs Nucléosidiques de la Transcriptase Inverse, Inhibiteurs Non Nucléosidiques de la Transcriptase Inverse, Inhibiteurs de Protéases

Les antiparasitaires sont :

- Les imidazolés, présentés en comprimé de 250 mg ou 500 mg. On l'utilise à la dose de 2 g en une prise
- Métronidazole, ovule vaginale appliquée localement 1 fois/j pendant 8 jours

b- Mesures associées

Elles contribuent à l'efficacité du traitement. Ce sont :

- Les règles d'hygiène
- L'abstinence sexuelle jusqu'à la guérison
- Le contrôle clinique de la guérison

III.2.2. Moyens préventifs (19) (20) (21) (22)

L'accroissement important des infections sexuellement transmissibles ainsi que l'extension mondiale de l'infection à VIH conduisent de nombreux pays à organiser une lutte appropriée. En outre, la prévention est le plus prioritaire actuellement.

Il y a deux types de prévention :

- La prévention primaire qui est basée sur la modification des comportements à risque et des pratiques sexuelles
- La prévention secondaire qui repose sur le dépistage des personnes et de leurs contacts

• La prévention primaire

Elle a pour but de lutter contre tous les moyens de transmission des IST et du SIDA. Il est vraiment nécessaire d'appliquer l'information et l'éducation pour le changement des comportements sexuels car c'est le principal mode de transmission des IST et du SIDA.

Ces interventions consistent en :

- Information, éducation et communication (IEC) non seulement sur le SIDA, mais aussi sur toutes les IST.
- IEC qui doit être assurée par l'éducation nationale avec intégration de la prévention de l'infection à VIH et des IST en milieu scolaire, axées sur les jeunes de 10 à 18 ans.

- IEC qui doit toucher les populations cibles telles que les adolescents sexuellement actifs, les travailleurs de sexes, les personnels de santé, les dirigeants et les collectivités.

Elles ont pour but de :

- Retarder le début de l'activité sexuelle et de promouvoir l'abstinence sexuelle chez les célibataires.
- Réduire les partenaires occasionnels et surtout assurer la fidélité du couple
- Informé sur les dangers particuliers des rapports sodomiques
- Promouvoir l'utilisation régulière et correcte des préservatifs en cas de nécessité.

Mais il faut aussi assurer la prévention de la transmission sanguine par :

- La promotion de l'utilisation de sang non contaminé par l'approvisionnement en sang non contaminé des hôpitaux publics et privés de la capitale.
- Le dépistage systématique du VIH chez tous les donneurs de sang.
- L'utilisation de matériels bien stériles pour tout acte médical ou chez les toxicomanes.

Quant à la transmission mère-enfant, toute mère porteuse de VIH doit éviter la grossesse.

• **Prévention secondaire**

Il s'agit de dépister et de traiter précocement les sujets infectés et leurs partenaires. Pour éviter un cercle vicieux de la maladie, tous les individus infectés et détectés doivent avertir toute personne susceptible d'avoir été contaminée et qui doit par la suite subir les mêmes traitements avec eux.

Il faut donner les médicaments appropriés et expliquer aux malades leur importance; le mode de transmission et le mode de prévention des IST.

Il faut enfin instituer une relation de confiance et de compréhension entre médecin-malade.

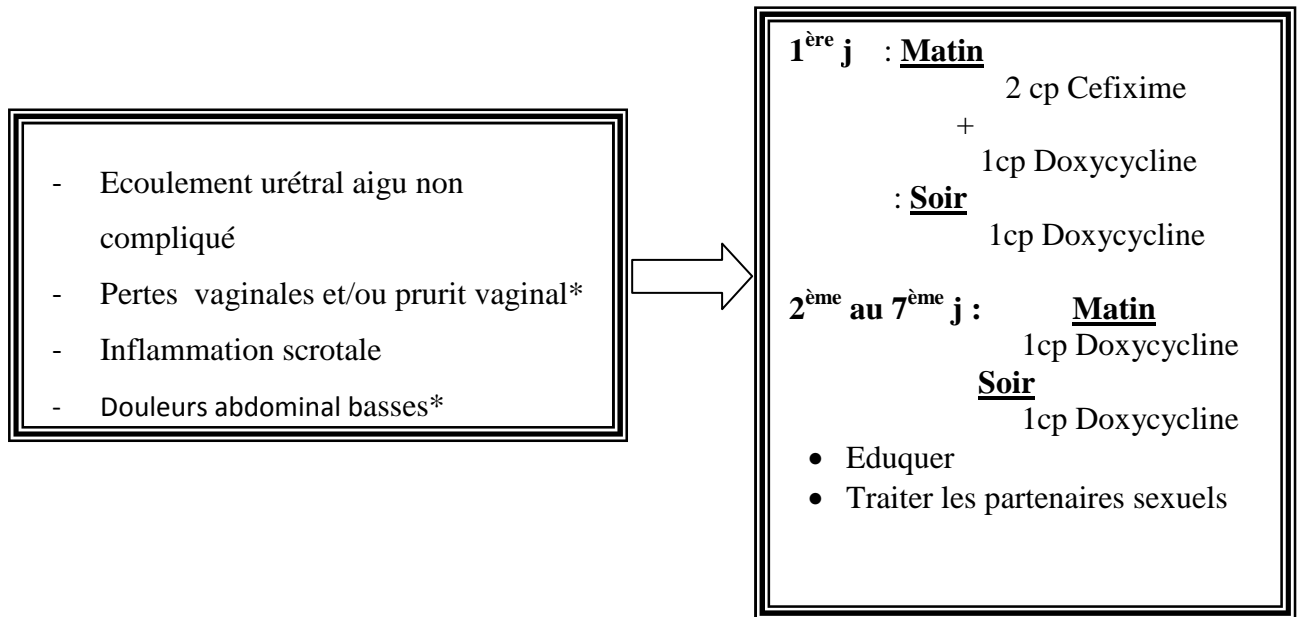
III.3. Indications

Les indications sont fonction des micro-organismes en cause (Tableau 1).

A Madagascar, il existe un algorithme concernant l'approche syndromique pour La prise en charge des MST (Figure 1, figure 2) :

Tableau I : les agents pathogènes responsable des Maladies Sexuellement Transmissibles

Germes	Traitements	
	1 ^{ère} Intention	Alternative
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Cefixime	Ceftriaxone
<i>Chlamydia trachomatis</i>	Doxycycline	Azithromycine
<i>Uréaplasma uréaliticum</i>	Doxycycline	Azithromycine
<i>Mycoplasma génitalum</i>	Doxycycline	Azithromycine
<i>Tréponema pallidum</i>	Pénicilline	Doxycycline
<i>Haemophilus ducreyi</i>	Ceftriaxone	Erythromycine
<i>Gardnerella vaginalis</i>	Métronidazole	
<i>Herpes Simplex Virus (HSV)</i>	Acyclovir Valacyclovir	
<i>Human Papilloma Virus (HPV)</i>	Solution de podophylotoxine	Cryothérapie
<i>Virus de l'immunodéficience Humaine (VIH)</i>	Antirétroviraux	
<i>Trichomonas vaginalis</i>	Imidazolés par voie locale et générale	



* à associer à un traitement des germes anaérobies (type Métronidazole 1,5g/j x 14j)

Figure 1 : Algorithme national pour la prise en charge des écoulements génitaux

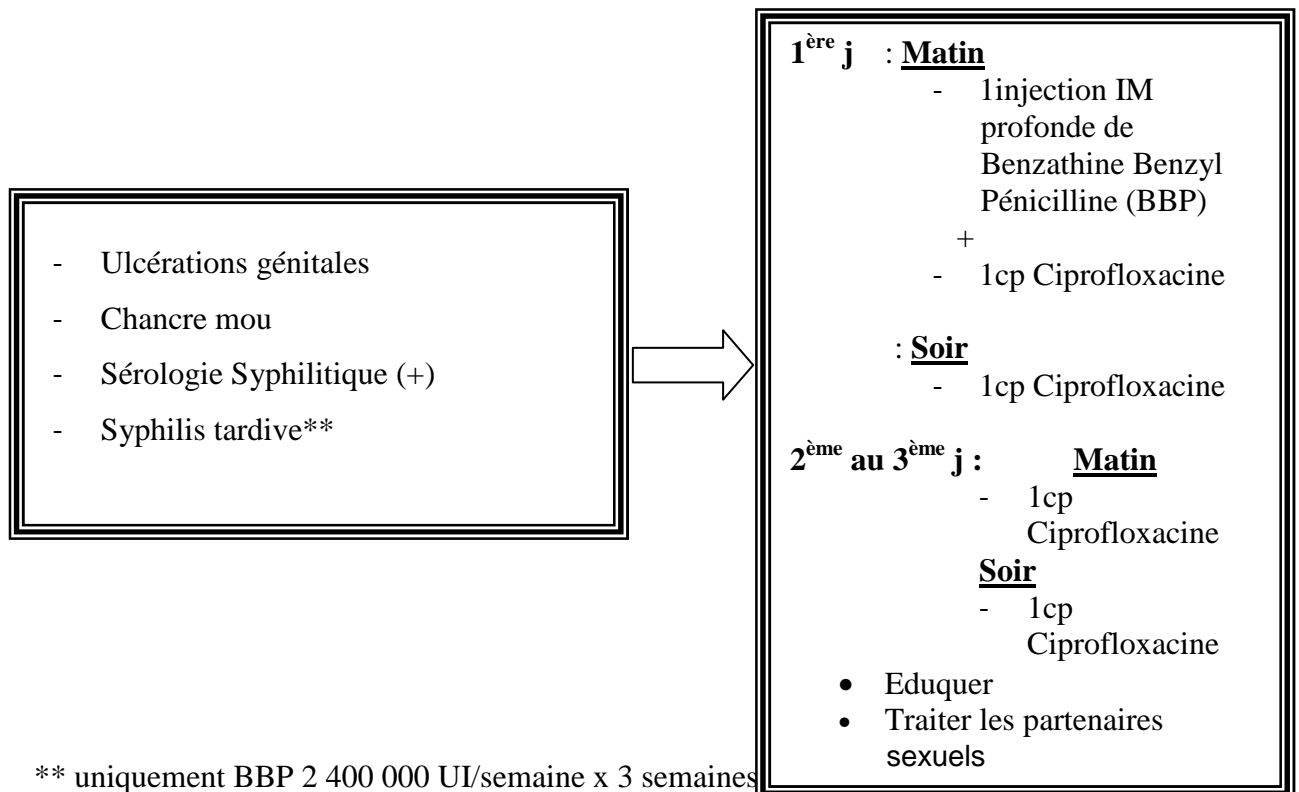


Figure 2 : Algorithme national pour la prise en charge des ulcérations génital

DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE

I. Méthodologie

I.1. Site d'étude

L'étude a été réalisée au niveau des 4 formations sanitaires de base de la commune urbaine d'Antananarivo (CUA), siégeant à Isotry, Andravoahangy, Namontana et Volosarika. Nous les avons choisies du fait de leur implantation dans les quartiers populaires d'Antananarivo et après accord des responsables.

I.2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective, descriptive transversale concernant les IST/SIDA sur une période de trois mois, du 1^{er} Mars 2011 au 31 Mai 2011.

I.3. Matériel d'étude

La collecte de données a été réalisée à partir d'une fiche d'enquête (questionnaire) individuelle pour chaque patient recruté.

I.4. Population de l'étude

I.4.1. Critères d'inclusion

Ont été inclus : tous les malades venus en consultation externe pour IST sans distinction d'âge.

Tous les patients venus en consultations externe pour IST avaient bénéficié d'un counseling pré-test VIH puis une réalisation d'une sérologie VIH après avoir eu leur consentement éclairé.

I.4.2. Critères d'exclusion

Ont été exclus : les malades qui ont refusé de participer, qui ont des problèmes psychiatriques, les enfants de moins de 15 ans.

I.5. Paramètres de l'étude

Nous avons analysé les paramètres suivants :

- Caractéristiques sociodémographiques :
 - √ Nombre de consultations externes
 - √ Nombre de consultations IST
 - √ Nombre de consultations IST selon le genre

- √ Age moyen des consultants IST selon le genre
 - √ Age moyen du premier rapport sexuel des consultants pour IST selon le genre
 - √ Nombre de partenaires sexuel (les) des consultants pour IST
 - √ Rapports sexuels non protégés
 - √ Utilisation de préservatifs
 - √ Sensibilisation sur les IST/SIDA
 - √ Connaissance des modes de transmission
- Caractéristiques cliniques :
 - √ Antécédents Dépistage VIH
 - √ Antécédents d'IST
 - √ Sérologie Syphilis
 - √ Nombre de consultants IST symptomatiques avant décision de consultation
 - √ Manifestations cliniques
 - Caractéristiques thérapeutiques et évolutives :
 - √ Observance thérapeutique
 - √ Traitement du partenaire
 - √ Utilisation de préservatifs pendant le traitement
 - √ Manifestations cliniques après traitement

I.6. Analyse statistique

Les données obtenues sont exploitées pour une étude statistique en utilisant le logiciel R. Le rapport des côtes ou « Odds Ratio, OR » ont été calculés pour mesurer l'association entre les facteurs. Le seuil de signification choisi a été fixé à 0,05.

II. Résultats

II.1. Caractéristique socio démographiques

- Sur un total de 3.665 consultants, répartis dans les 4 formations sanitaires de la CUA, 76 patients (2,07%) sont venus consulter pour IST dont 27 sur 1461 patients (0,73%) à Isotry, 7 sur 665 patients (0,19%) à Volosarika, 13 sur 736 patients (0,35%) à Andravoahangy et 29 sur 803 patients (0,79%) à Namontana.

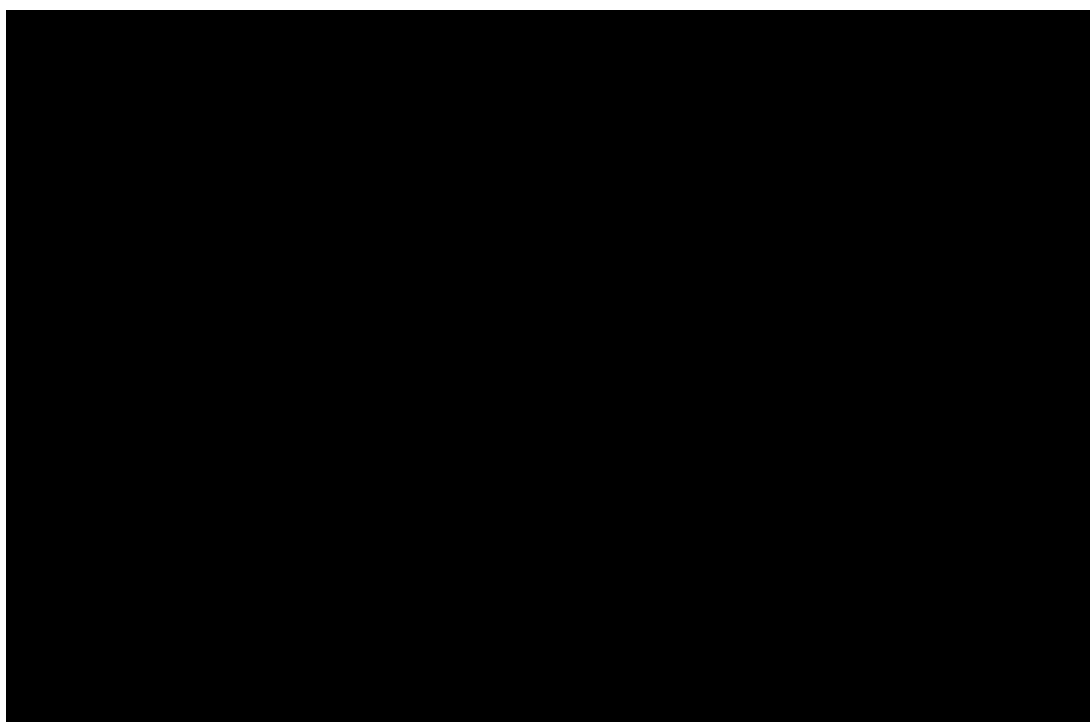


Figure 3 : Répartition des consultants totaux et des consultants pour IST

- Le sex-ratio est estimé à 1,62.

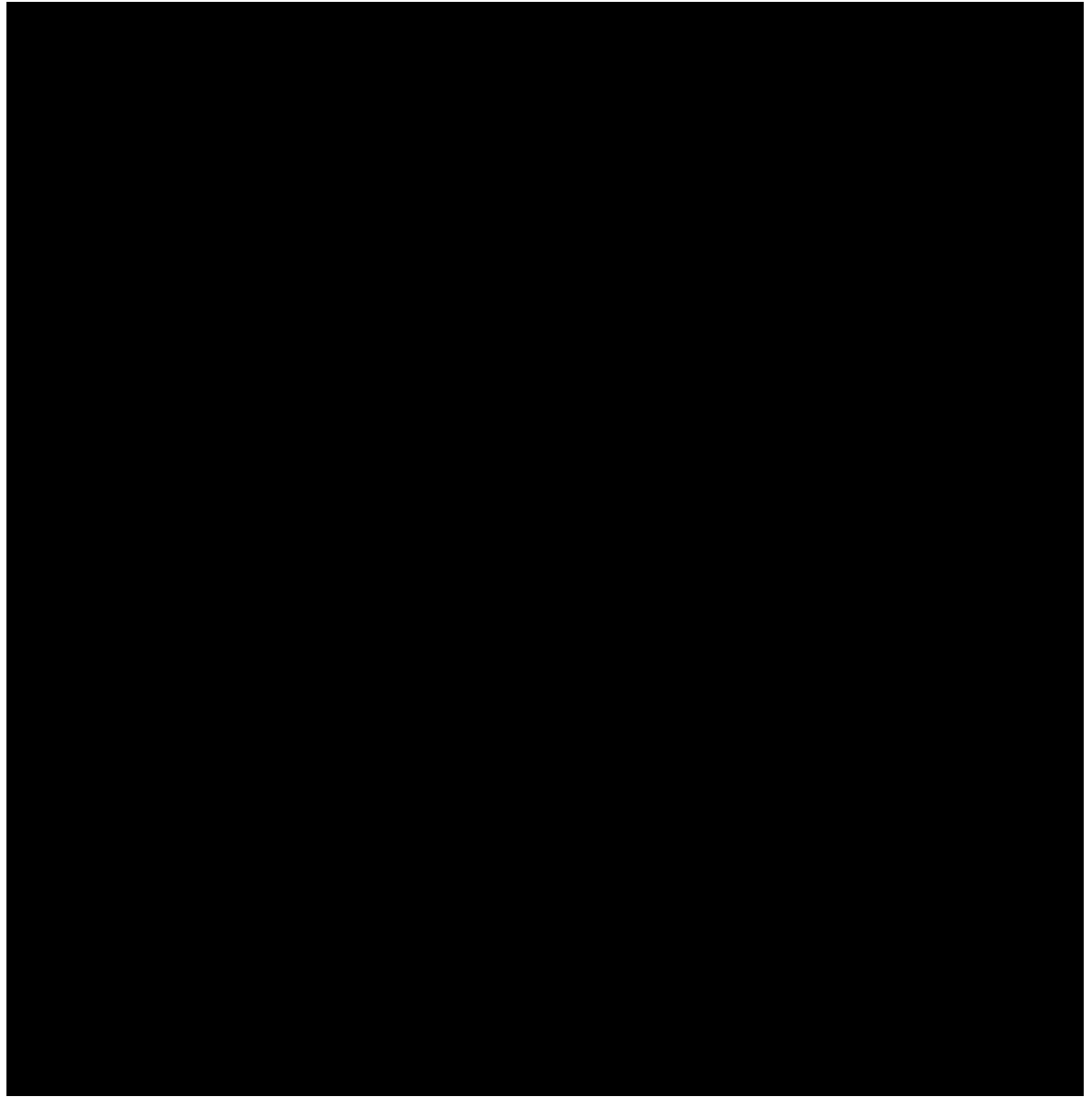


Figure 4 : Répartition des consultants IST par sites selon le genre

- L'âge moyen des consultants a été de 28,34 ans pour le genre masculin et 27,15 ans pour le genre féminin.

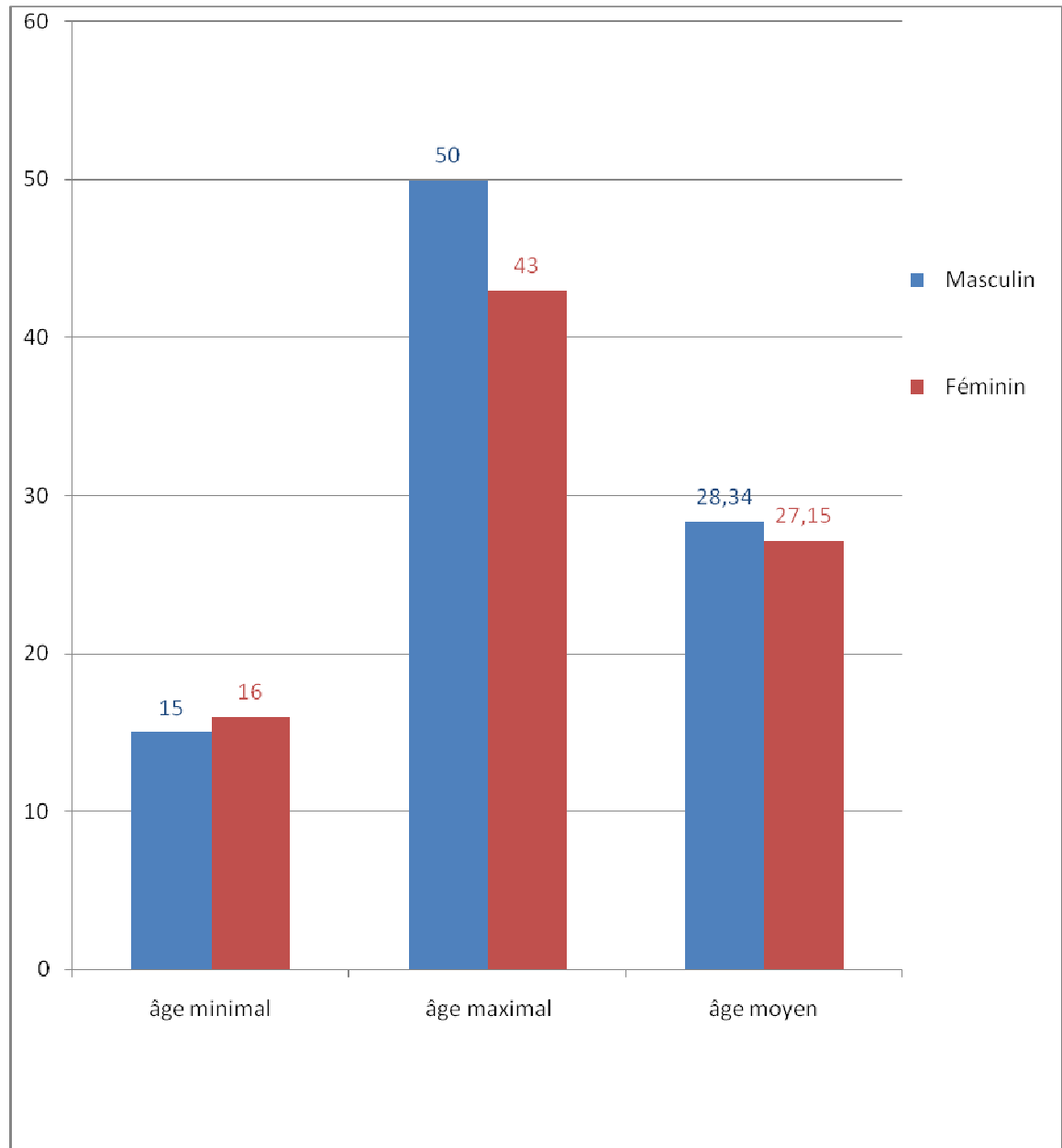


Figure 5 : répartition de l'âge moyen des consultants IST selon le genre sans distinction de sites

- Nous avons retenu que 35,52% des consultants ont eu leur première expérience sexuelle à l'âge de 15 ans.

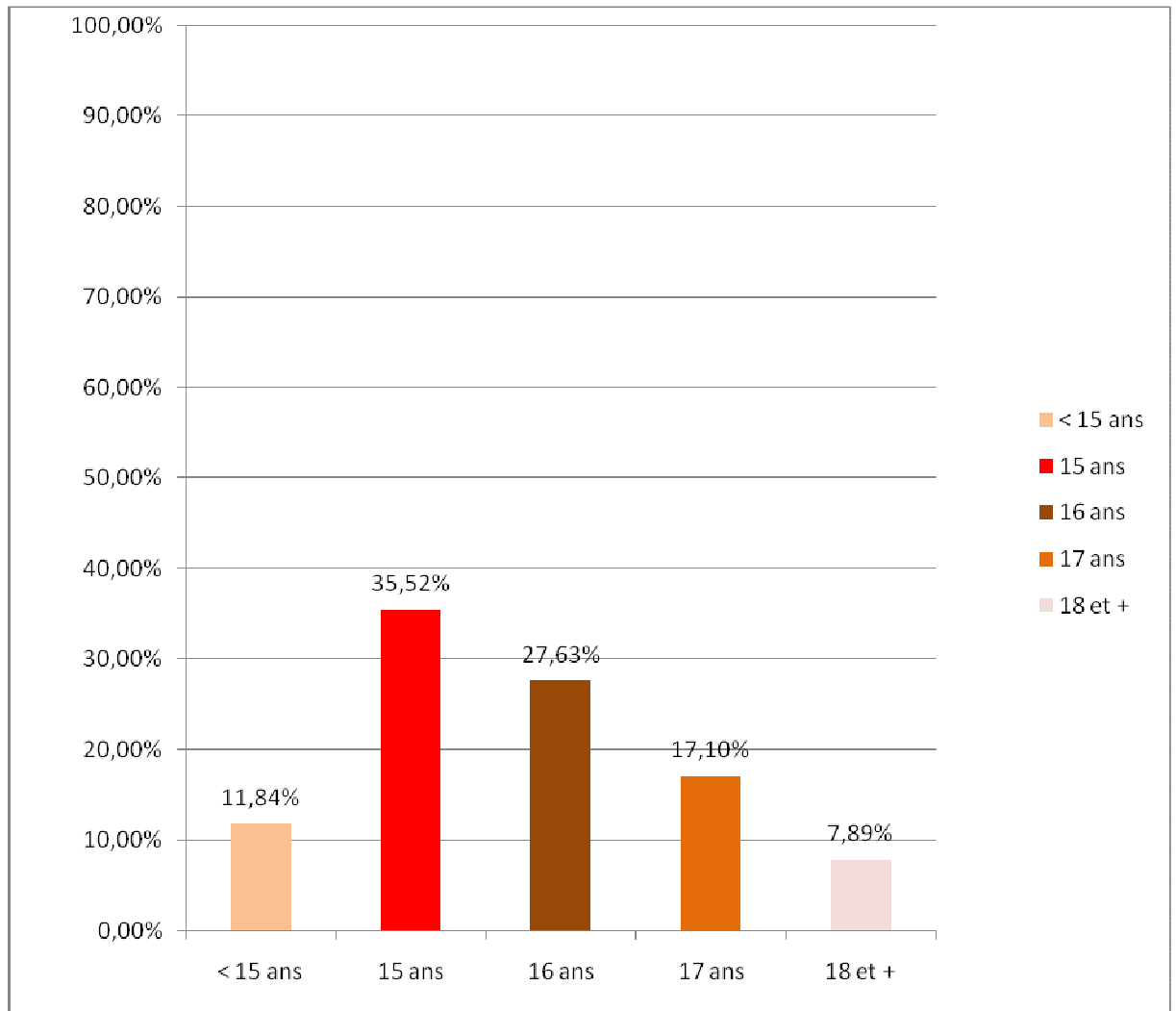


Figure 6: Répartition de l'âge du premier rapport sexuel sans distinction de genre et de sites

- L'âge moyen du premier rapport sexuel en général était de 15,78 ans.

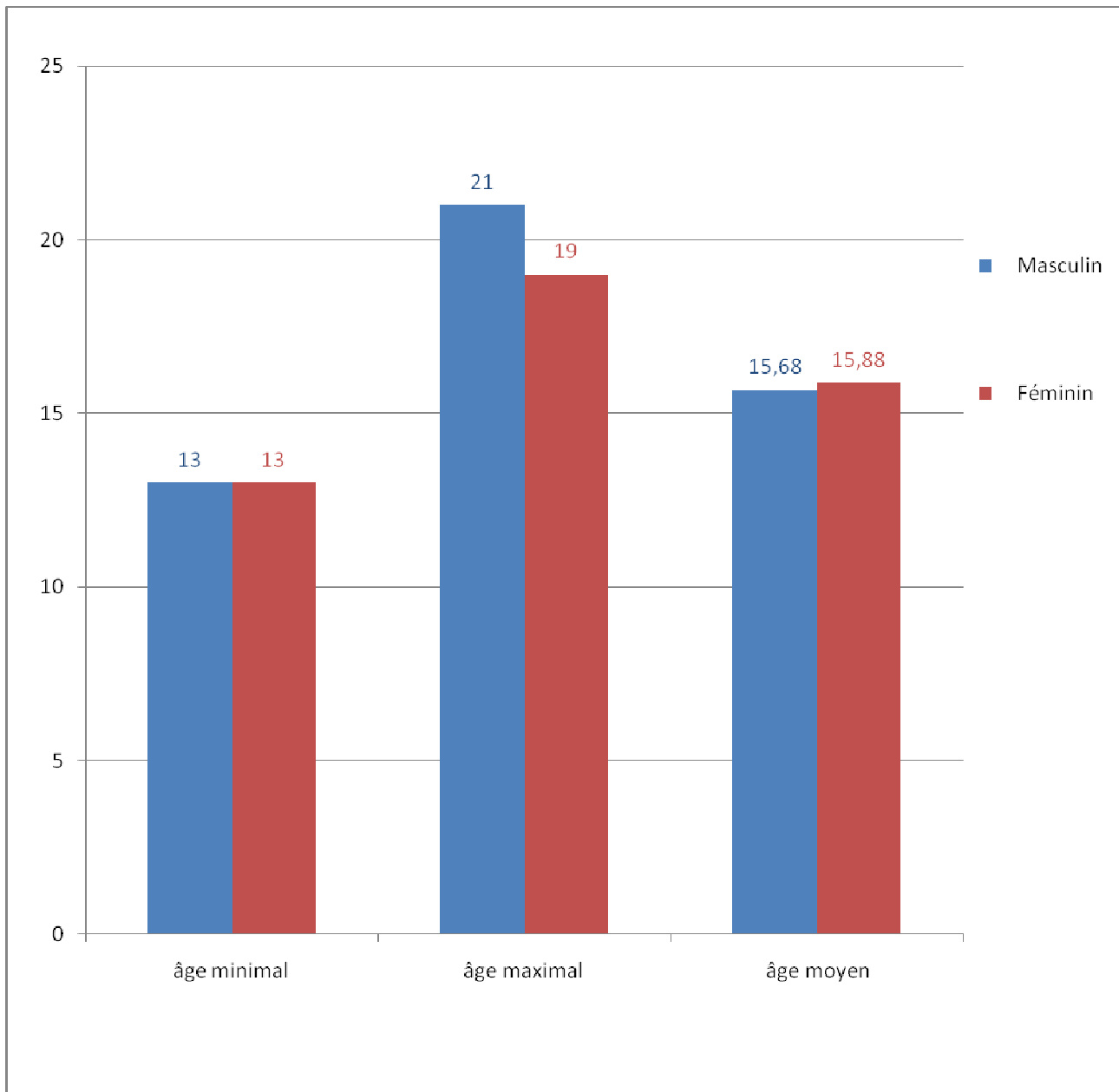


Figure 7 : Répartition de l'âge du premier rapport sexuel selon le genre

- Parmi les 76 consultants, on a retenu que 61(80,26%) patients ont eu au moins 2 partenaires sexuels (les) par an contre 15 (19,74%) patients qui n'ont eu qu'un seul partenaire par an.

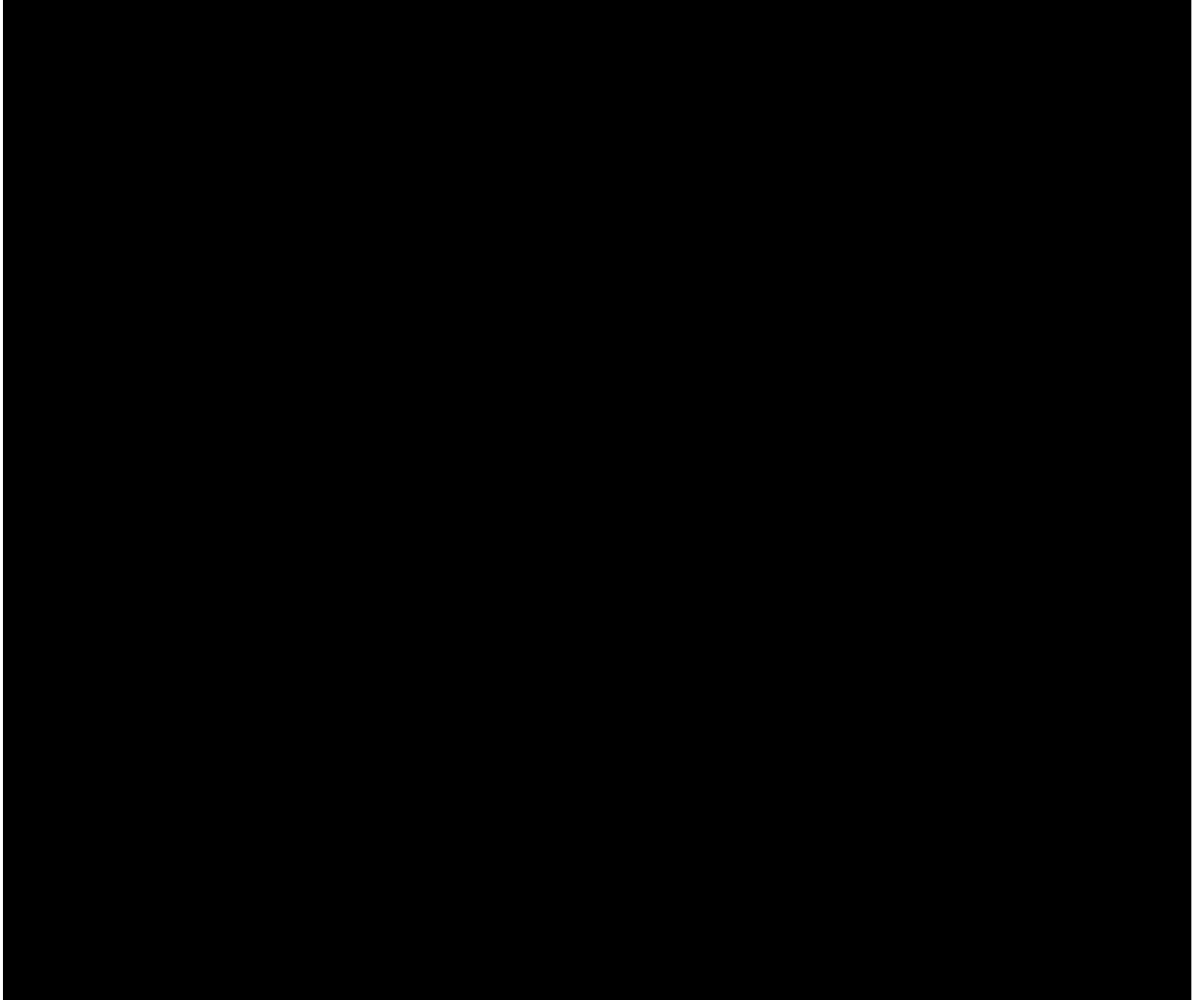


Figure 8: Répartition des consultants IST selon nombre de partenaires sexuel (les)

- Les hommes ont été plus nombreux à avoir un rapport sexuel non protégé dont 32,43% avec une partenaire occasionnelle et 22,97% avec une nouvelle partenaire.

Tableau II: Rapport sexuel non protégé selon le genre

Rapport sexuel non protégé		Masculin (%)	Féminin (%)	<i>p-Value</i>
Partenaire occasionnel(le)	Oui	24 (32,43)	10 (13,15)	NS
	Non	17 (22,36)	25 (32,89)	
Partenaire habituel (le)	Oui	0	17 (22,97)	
	Non	0	18 (23,68)	
Nouveau partenaire	Oui	17 (22,97)	6 (8,11)	
	Non	24 (31,57)	29 (38,15)	

- Dans l'ensemble, 39,47% utilisaient rarement des préservatifs avec une prédominance de 21,05% pour le genre masculin. Sur un total de 18,92% qui n'ont jamais utilisé de préservatifs, 12,16% sont de genre féminin.

Tableau III: Utilisation de préservatifs selon le genre

Utilisation de préservatifs	Masculin (%)	Féminin (%)	<i>p-Value</i>
Jamais	5 (6,76)	9 (12,16)	NS
Rarement	16 (21,05)	14 (18,42)	
Souvent	19 (25)	5 (6,57)	
Toujours	3 (3,94)	3 (3,94)	

- Parmi les consultants qui ont reçu une sensibilisation sur les IST/SIDA, 34,21 % ont affirmé qu'ils utilisent rarement de préservatifs et 17,57 % n'utilisent jamais.

Tableau IV : Utilisation de préservatifs selon sensibilisation IST/SIDA

Sensibilisation IST/SIDA	Utilisation de préservatifs				<i>p-Value</i>
	Jamais (%)	Rarement (%)	Souvent (%)	toujours (%)	
OUI	13 (17,57)	26 (34,21)	24 (31,57)	6 (7,89)	NS
NON	1 (1,35)	4 (5,26)	1 (1,35)	1 (1,35)	

- En tout, 97,3% des patients savent la nécessité de se protéger si contaminé par des IST mais seulement 7,89 % ont affirmé avoir toujours utilisé des préservatifs.

Tableau V: Utilisation de préservatifs selon nécessaire de se protéger si IST

Si IST, nécessaire de se protéger	Utilisation de préservatifs				<i>p-Value</i>
	Jamais (%)	Rarement (%)	Souvent (%)	Toujours (%)	
OUI	14 (18,92)	30 (39,47)	24 (31,57)	6 (7,89)	NS
NON	0	2	0 (2,70)	0	

- Sur 95,95 % des patients ayant affirmé qu'un seul rapport non protégé transmet IST/SIDA, 39,47 % utilisaient rarement de préservatifs et 16,22 % ne les ont jamais utilisés. Le test de X^2 est significatif ($P=0,033$)

Tableau VI: utilisation de préservatifs selon un seul rapport non protégé transmet IST/SIDA

Utilisation de préservatifs					
Un seul rapport non protégé transmet IST/SIDA					<i>p-Value</i>
	Jamais (%)	Rarement (%)	Souvent (%)	Toujours (%)	
OUI	12 (16,22)	30 (39,47)	25 (32,89)	6 (7,89)	0,033
NON	1 (1,35)	2 (2,70)	0	0	

- Au total, 91,26% des patients ont su les modes de transmission incorrecte mais 7,89 % seulement ont affirmé de toujours utiliser des préservatifs.

Tableau VII : Utilisation de préservatifs selon les modes de transmissions incorrectes

		Utilisation de préservatifs				
Mode de transmission						
Poignée de main/caresse/piscine/toilette		Jamais	Rarement	Souvent	Toujours	<i>p-Value</i>
		(%)	(%)	(%)	(%)	
OUI		2 (2,70)	3 (3,94)	2 (2,70)	0	NS
NON		12 (16,22)	27 (35,52)	22 (28,94)	6 (7,89)	

- Tous les consultants ont su les modes de transmission correctes. Mais l'utilisation de préservatifs est à 7,89 % contre 18,91 % qui ne les utilisent jamais.

Tableau VIII: Utilisation de préservatifs selon les modes de transmission correctes

Mode de transmission Rapport sexuel/fellation/seringue/mère- enfant	Utilisation de préservatifs				<i>p- Value</i>
	Jamais (%)	Rarement (%)	Souvent (%)	toujours (%)	
OUI	14 (18,91)	30 (39,47)	24 (31,57)	6 (7,89)	NS
NON	0	0	0	0	

- Dans l'ensemble, 90,53 % des patients ont su les modes de transmission incorrectes dont 86,48 % ont répondu plus de 2 réponses justes sur les modes de prévention. Le test de X^2 est significatif ($P=0,0094$).

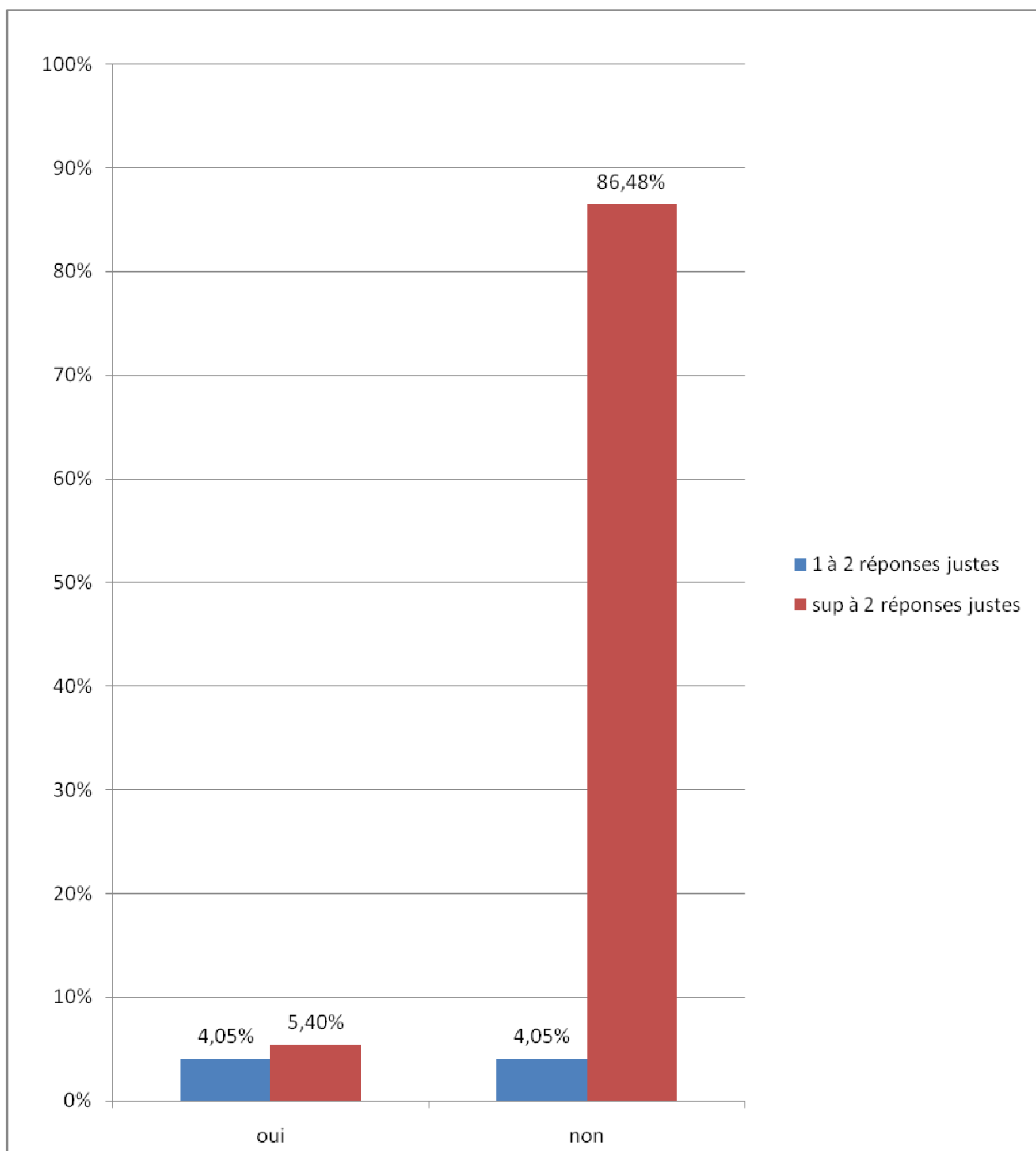


Figure 9 : Les modes de prévention selon les modes de transmission incorrectes

- Tous les consultants ont su les modes de transmission correctes dont 91,89 % ont répondu plus de 2 réponses sur les modes de prévention.

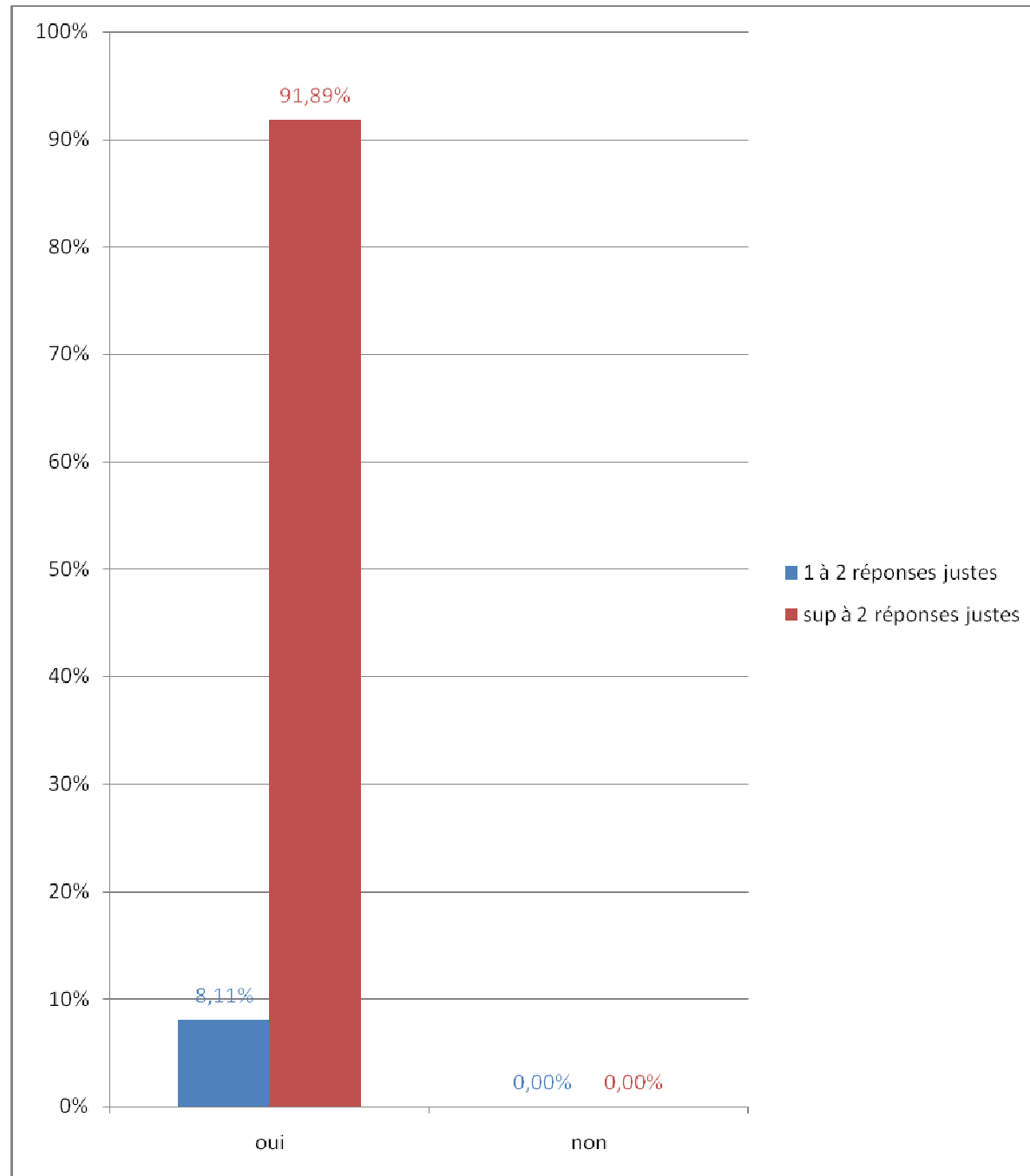


Figure 10 : Les modes de prévention selon les modes de transmission correctes

II.2. caractéristiques cliniques

- Parmi les 76 consultants pour IST, on a retenu 43 (56,57 %) patients qui n'ont jamais fait le test de dépistage du VIH contre 33 (43,42 %) patients qui l'ont déjà fait.

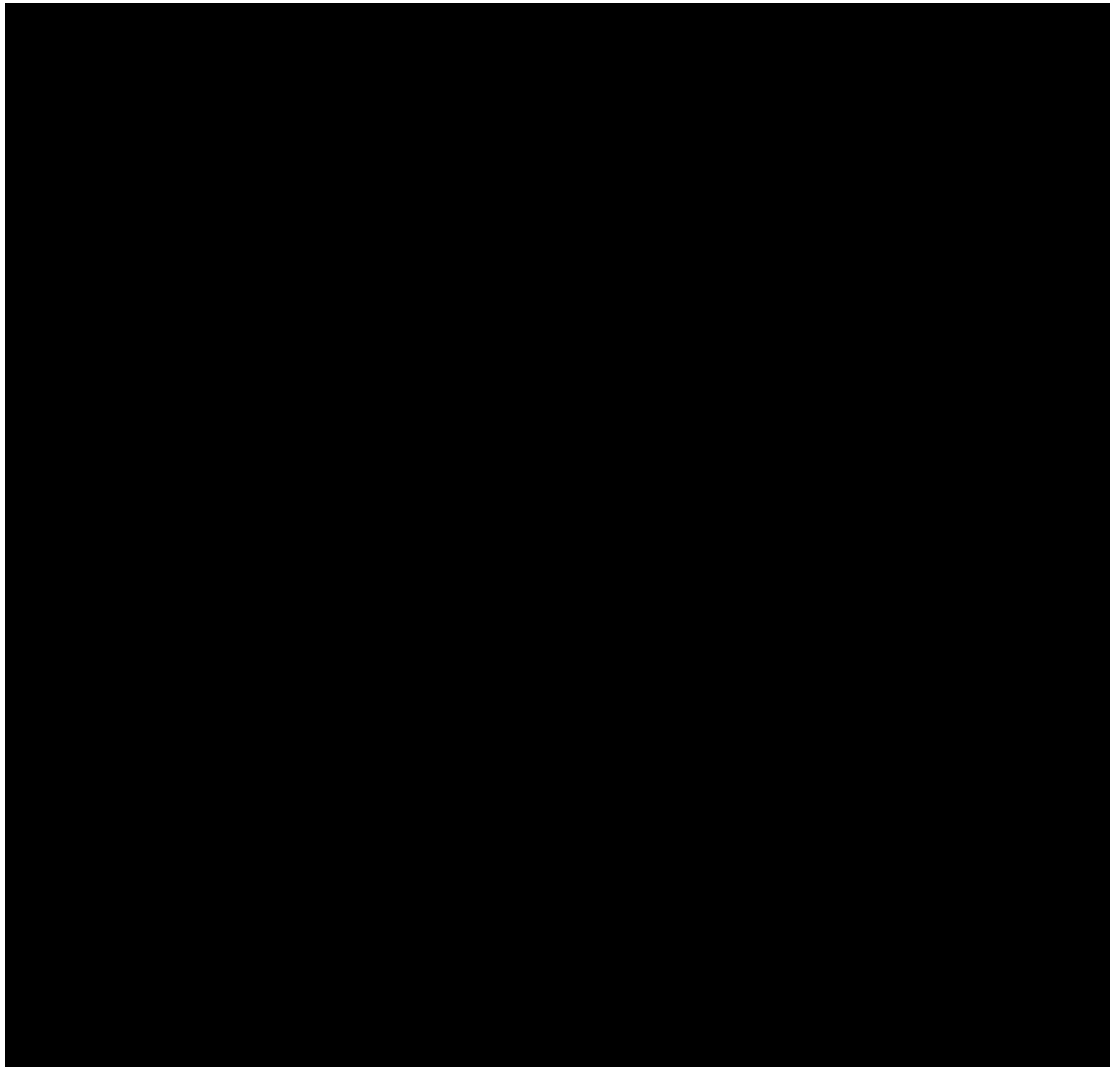


Figure 11: Répartition des consultants IST selon antécédents de dépistage VIH

- Parmi les 76 consultants pour IST, 28 (36,85 %) patients ont déjà eu des antécédents d'IST contre 48 (63,15 %).

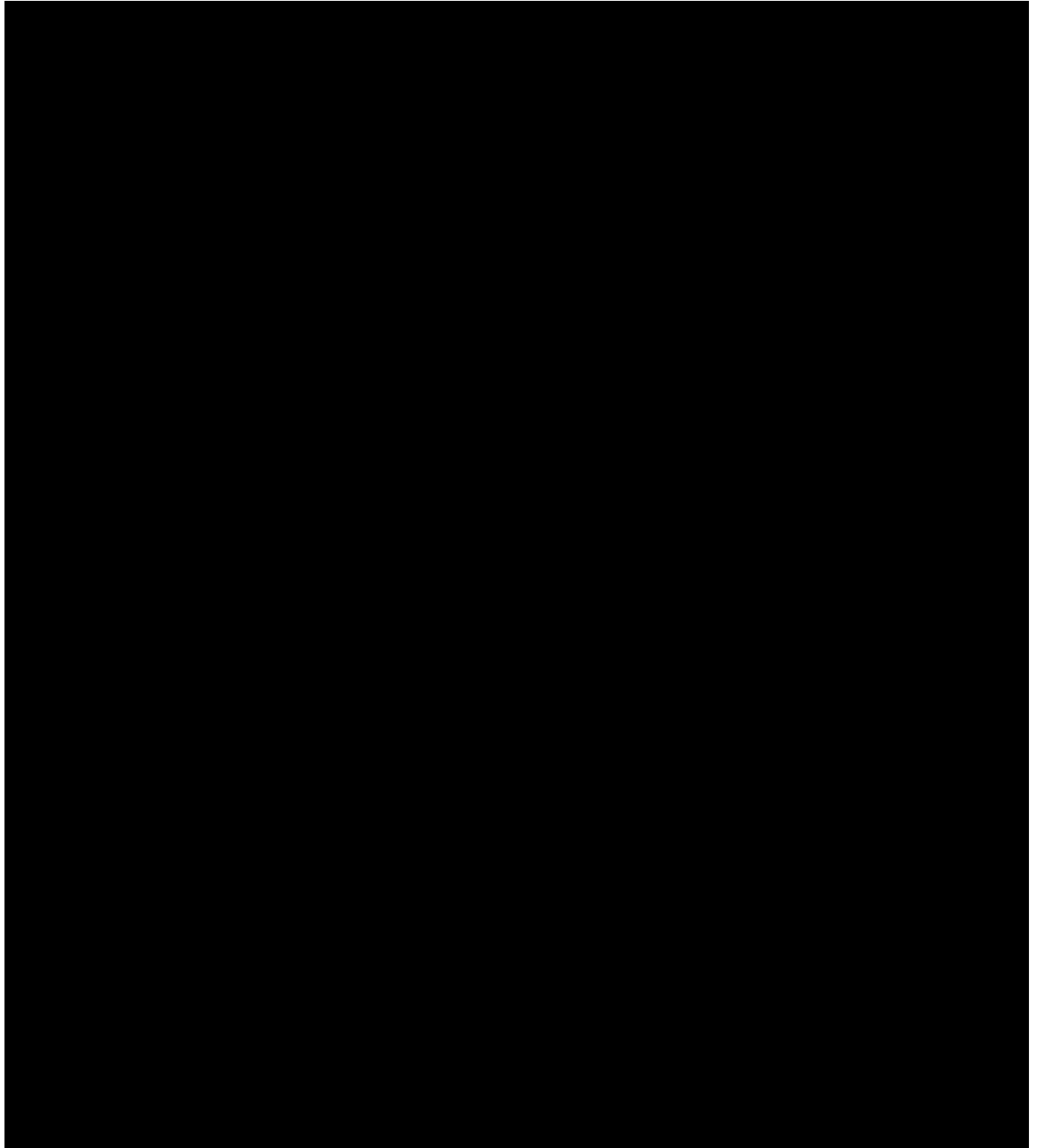


Figure 12: Répartition des consultants IST selon antécédents d'IST

- Les hommes ont présenté plus d'antécédents d'IST dont 31,08 % contre 6,76 % des femmes.

Tableau IX : antécédents d'IST selon le genre

		Masculin (%)	Féminin (%)	<i>p-value</i>
Antécédents d'IST	Oui	23 (31,08)	5 (6,76)	NS
	non	17 (22,36)	31 (40,78)	

- Sur les 76 consultants, 18(23,68 %) patients ont fait la sérologie de la syphilis dont 10 (13,15 %) cas positifs et 8 (10,52 %) négatifs.

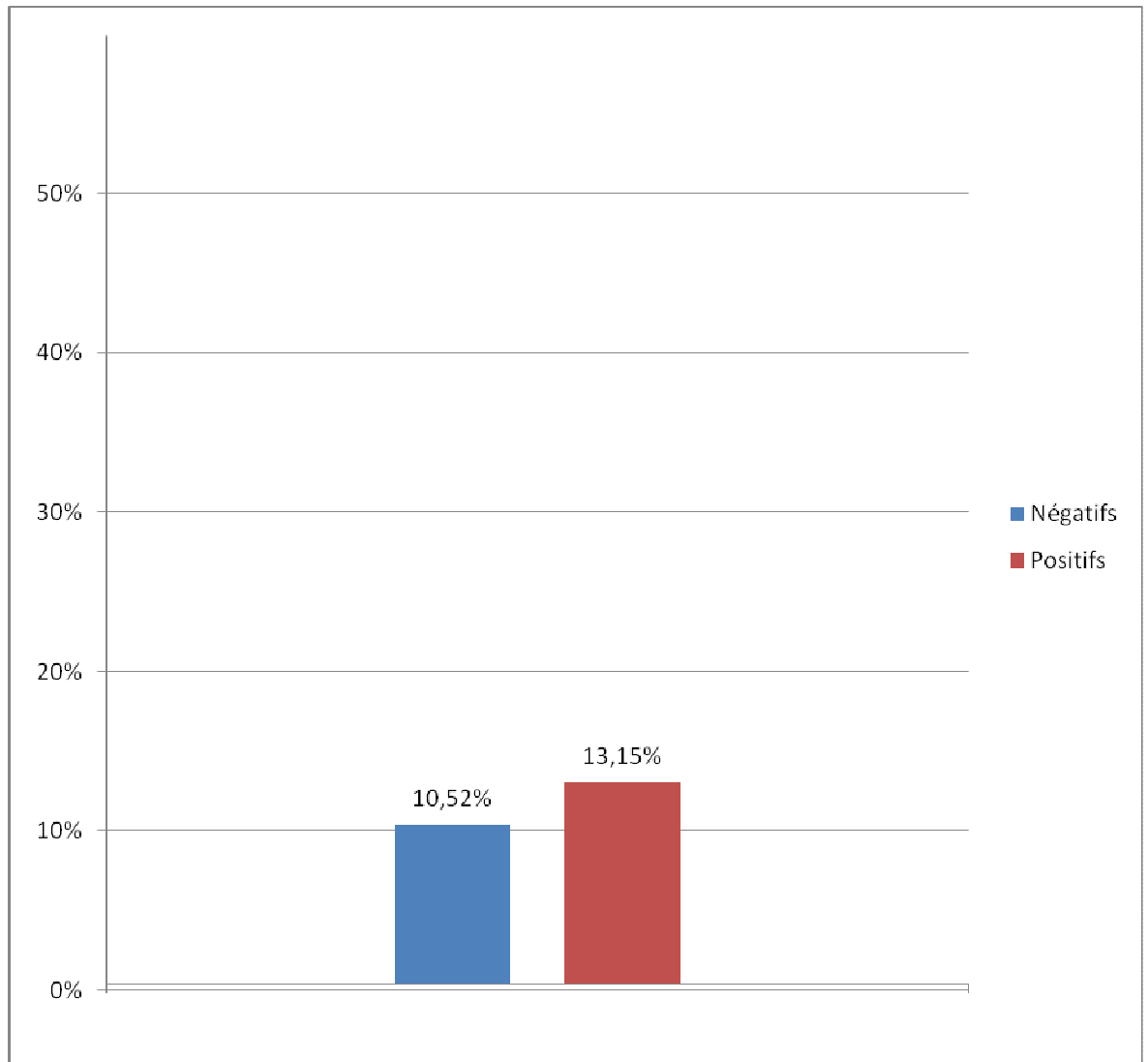


Figure 13 : Répartition des consultants IST selon la sérologie de la syphilis

- Parmi ces 18(23,68 %) patients qui ont fait la sérologie de la syphilis, 9(11,84 %) ont présenté une ulcération avec douleurs et les 9(11,84 %) autres sont venus consultés pour un écoulement avec prurit.

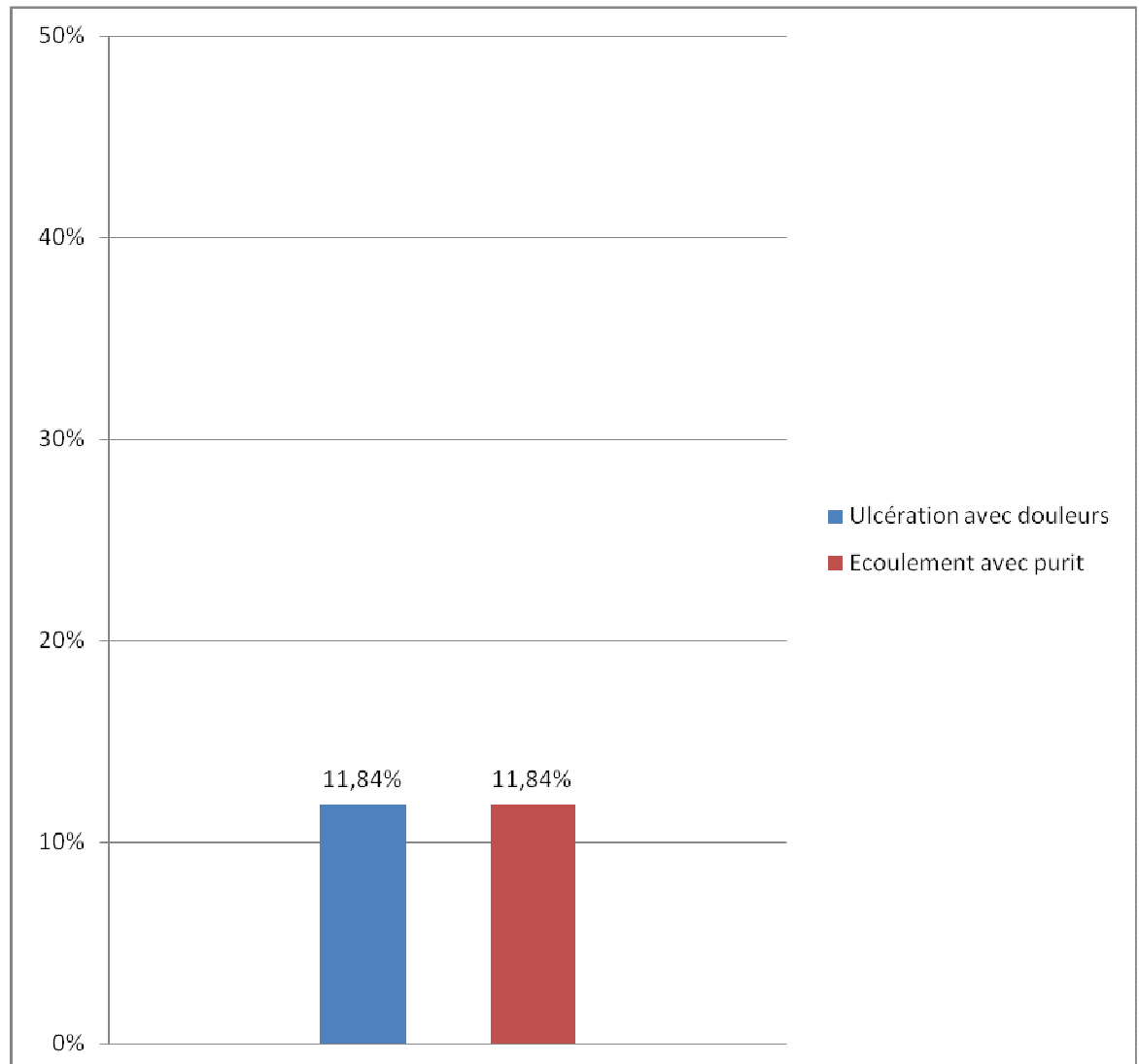


Figure 14 : Sérologie de la syphilis selon les présentations cliniques

- Sur un total de 76 consultants pour IST, on a constaté que 55 (72,36 %) patients contre 21 (27,64 %) étaient déjà symptomatiques depuis plus de 5 jours avant de se décider à la consultation.

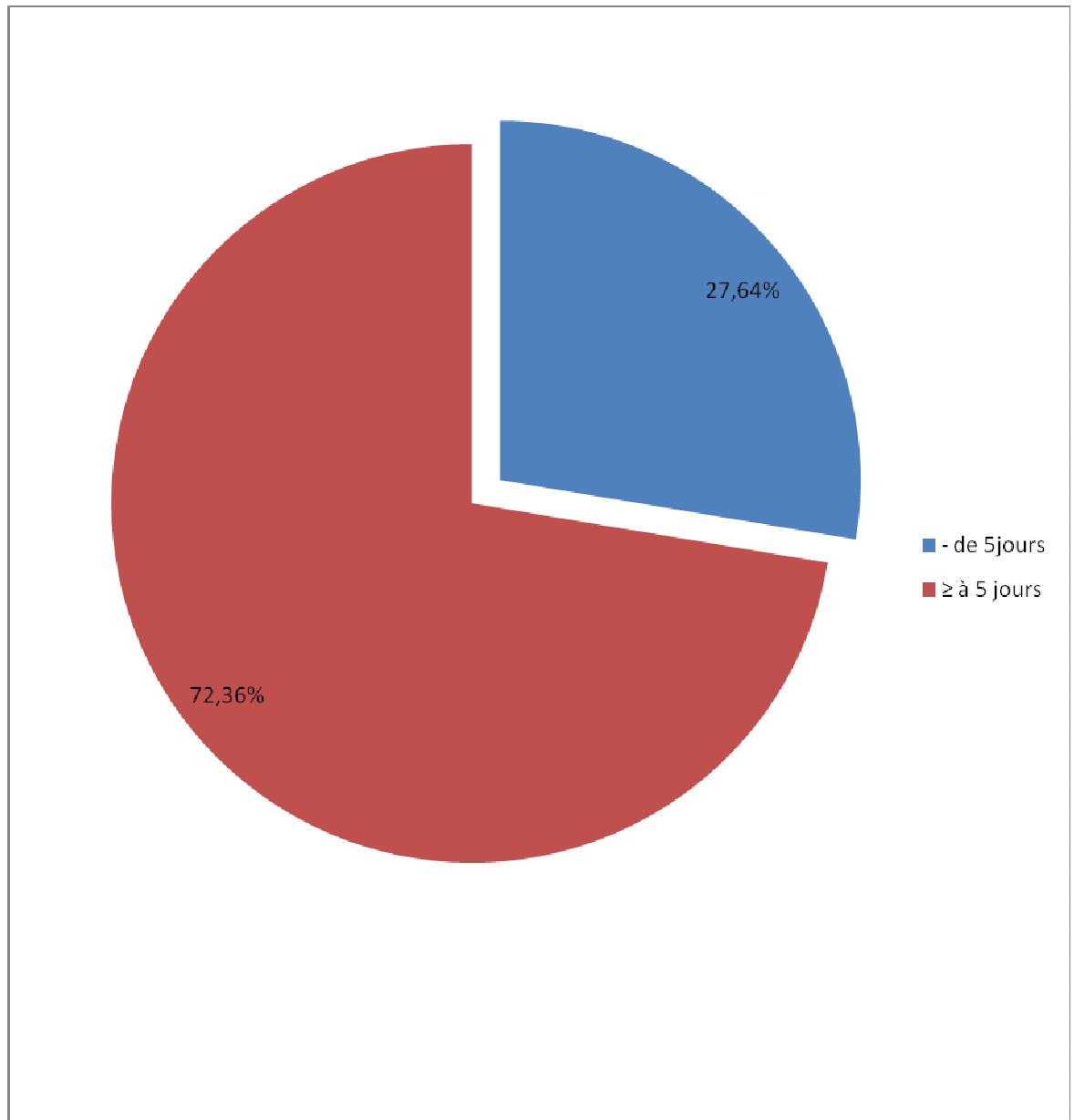


Figure 15: Répartition des consultants IST par rapport à l'intervalle de temps apparition de signe et décision de consultation

- Sur un total de 76 consultants pour IST, on a retenu 64 (84,21 %) patients qui ont présenté un écoulement contre 12 (15,79 %) patients ayant des ulcérations et douleurs.

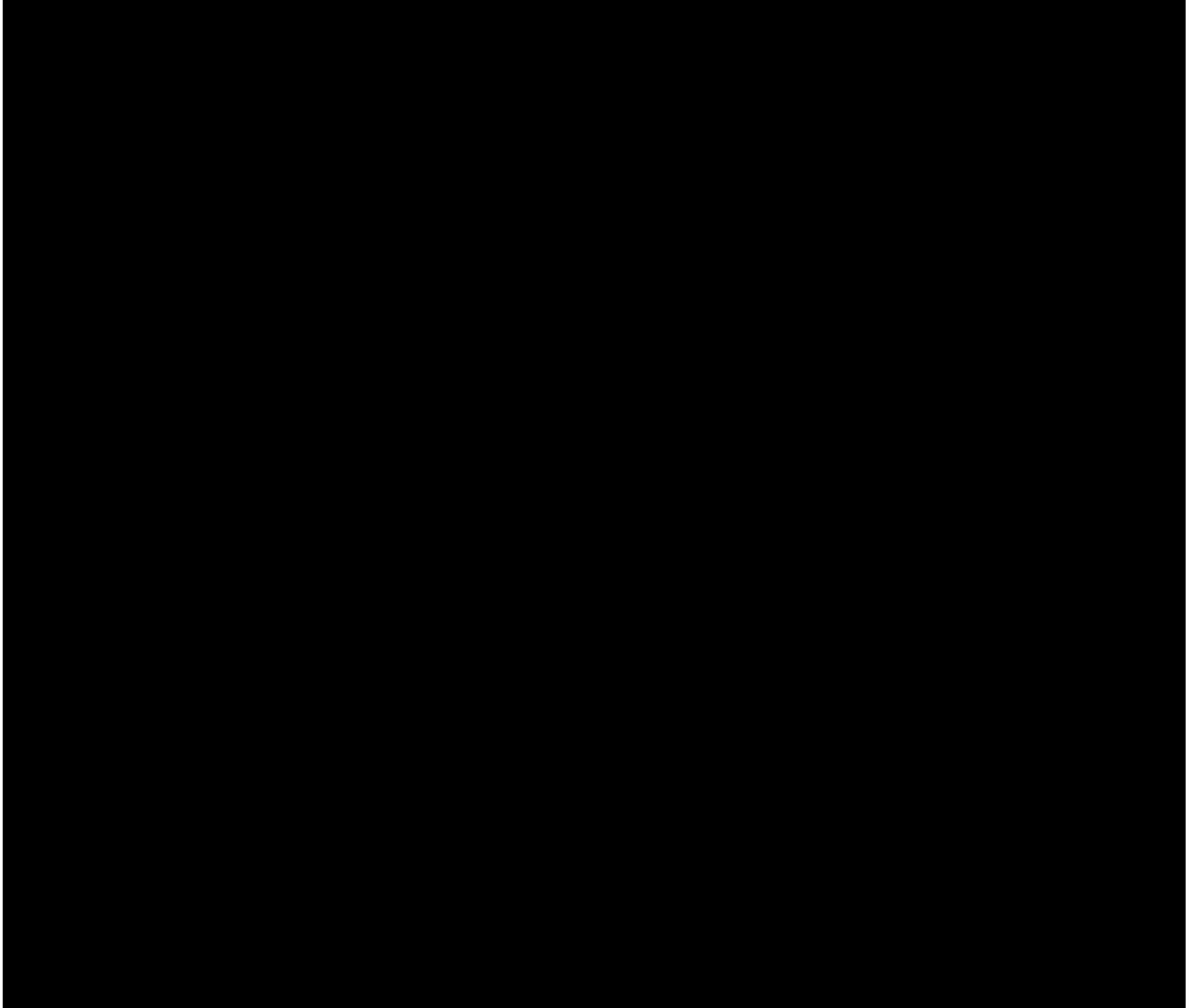


Figure 16: Répartition des consultants IST selon les manifestations cliniques

- L'effectif du genre masculin était plus important concernant les écoulements (47,29%) et les ulcérations génitales (10,81%). Le test de X^2 est significatif ($p=0,016$; $0,015$). Les prurits prédominent chez le genre féminin avec 21,62%. Le test de X^2 est significatif ($p=0,016$)

Tableau X: Manifestations cliniques selon le genre

Manifestations cliniques		Masculin (%)	Féminin (%)	<i>p-Value</i>
Ecoulement	avec	35 (47,29)	29 (39,2)	0,016
	Sans	6 (7,89)	6 (7,89)	
Ulcération	Avec	8 (10,81)	3 (4,05)	0,015
	Sans	33 (43,42)	32 (42,10)	
Prurits	Avec	8 (10,81)	16 (21,62)	0,016
	Sans	33 (43,42)	19 (25)	
Douleurs	Avec	3 (4,05)	1 (1,35)	NS
	Sans	38 (50)	34 (44,73)	

II.3. caractéristiques thérapeutiques

- Environ 65 % se plaignaient des effets secondaires des médicaments mais ont continué le traitement jusqu'à la fin.

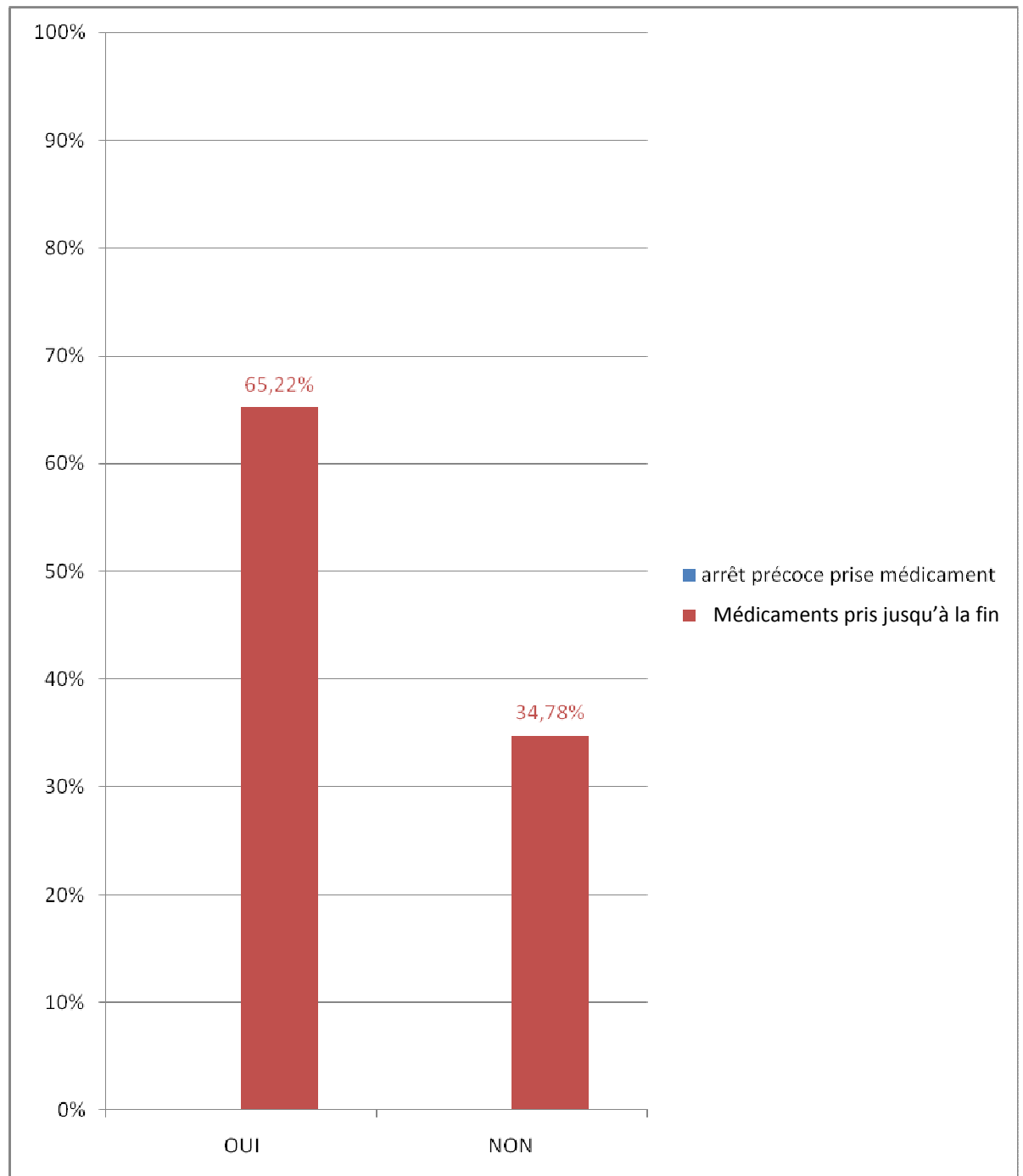


Figure 17 : Observance thérapeutique selon les effets secondaires des médicaments

- Dans l'ensemble, 56,52% des consultants n'ont pas traité leurs partenaires dont 34,78% du genre masculin.

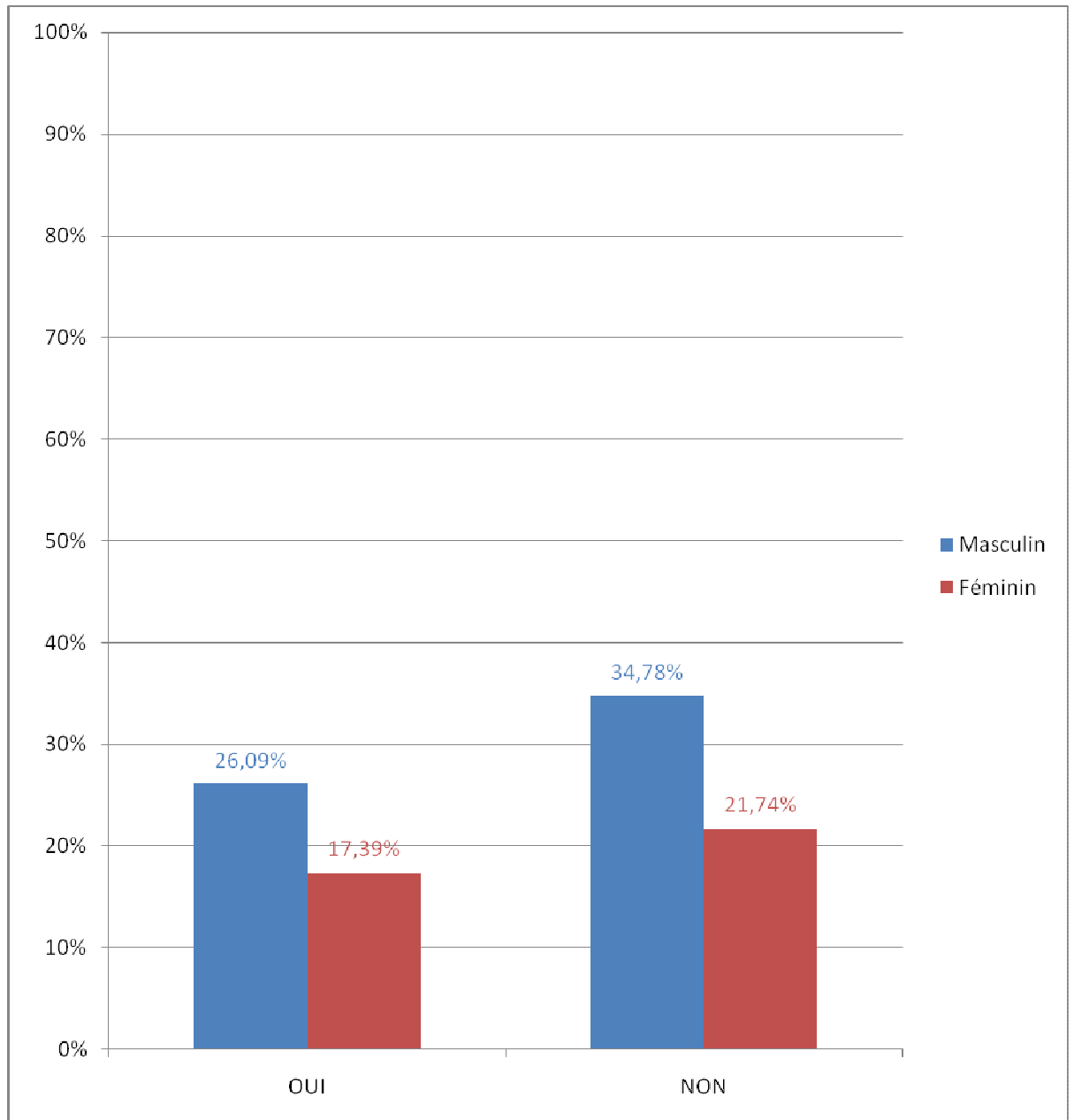


Figure 18 : Répartition du genre selon traitement du partenaire

- On a retenu 17,39 % du genre masculin contre 8,70 % du genre féminin qui ont utilisé des préservatifs pendant le traitement

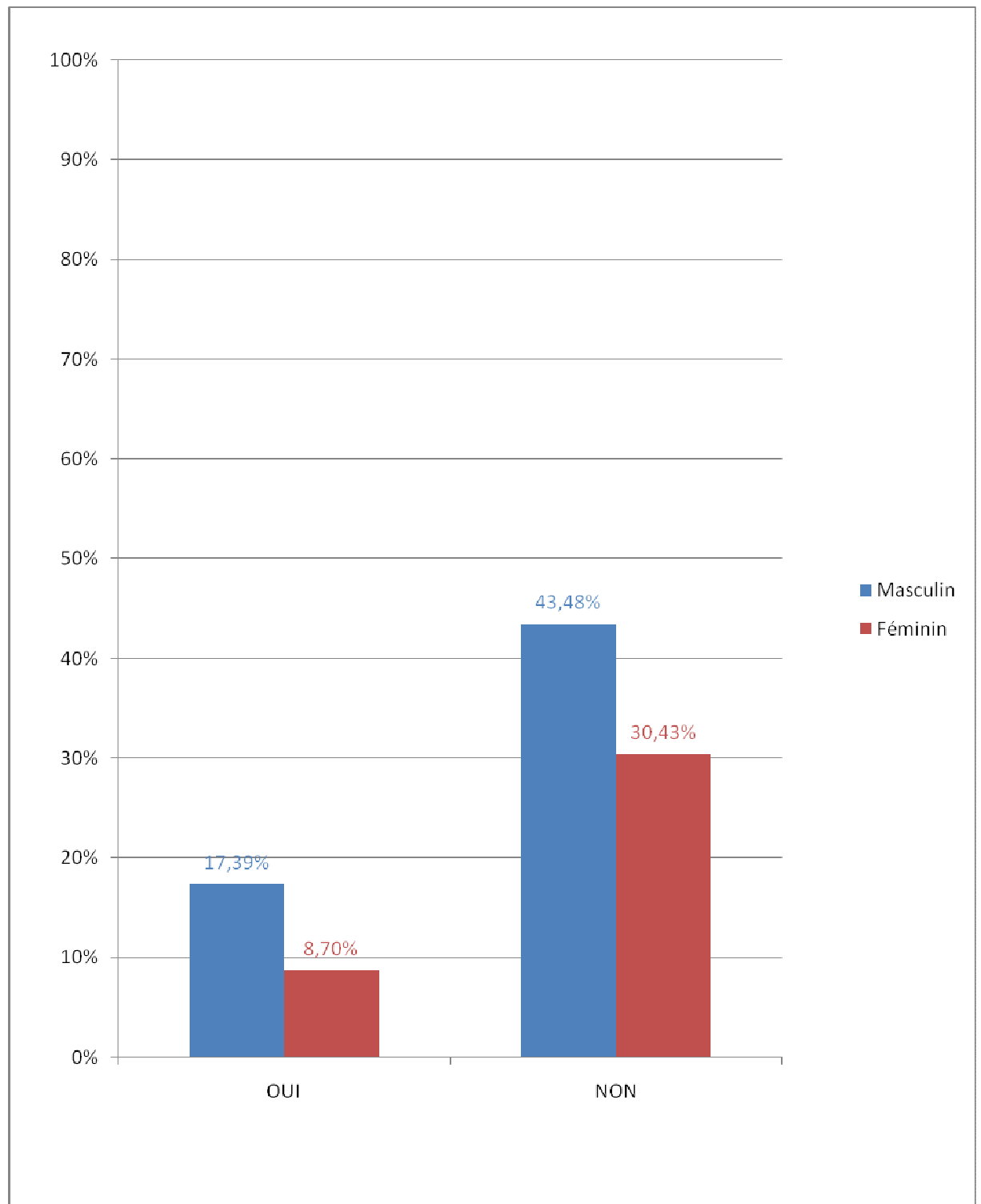


Figure 19: Répartition du genre selon utilisation de préservatifs pendant le traitement

II.4. caractéristiques évolutives

- Tous les consultants ont fait le traitement jusqu'à la fin dont 17,10 % parmi ceux venus pour contrôle (30,26 %), sont cliniquement guéris.

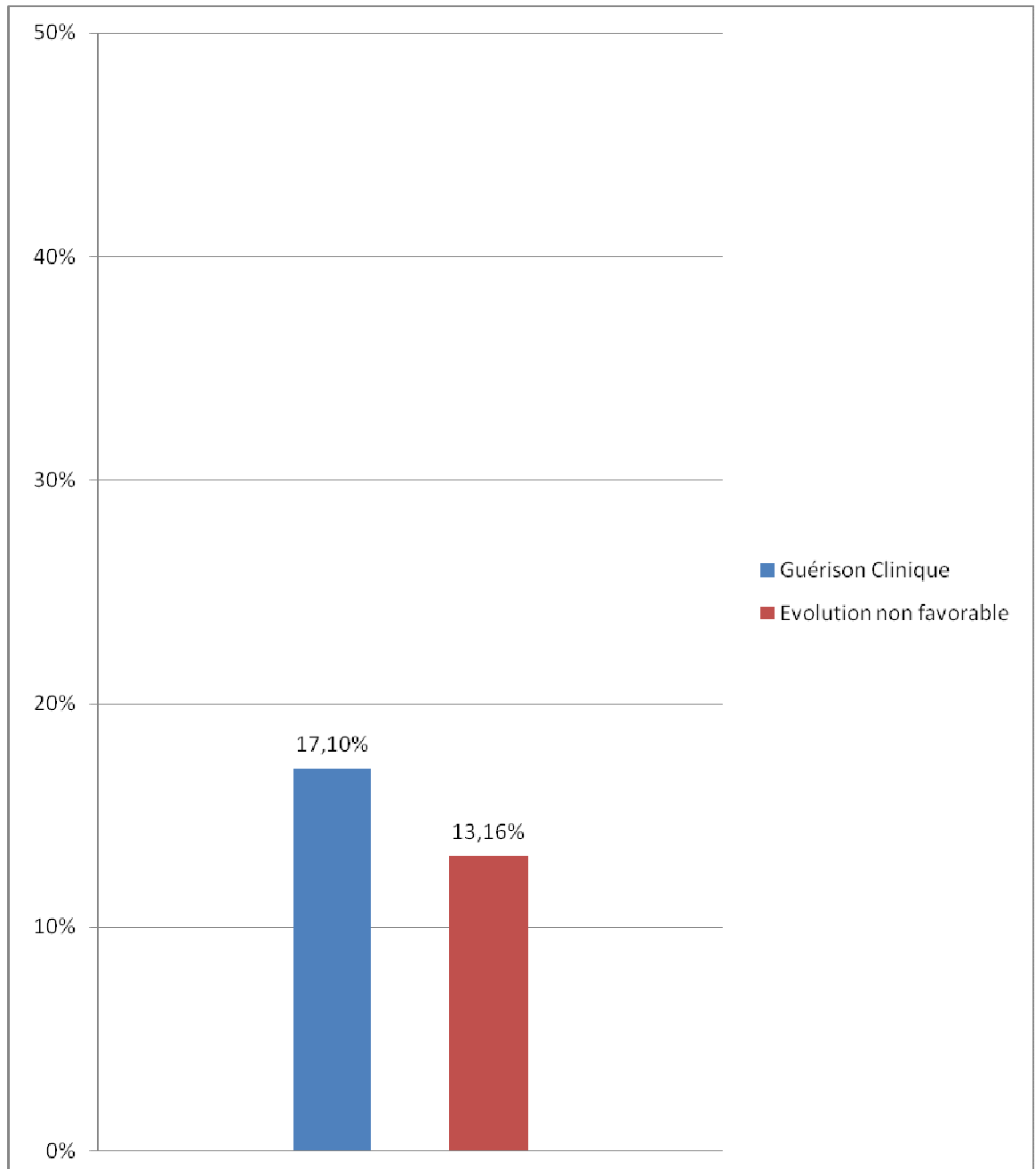


Figure 20: Observance thérapeutique selon les manifestations cliniques

- Parmi ceux venus pour contrôle, 27,62 % des consultants n'ont pas eu de nouveau partenaire pendant le traitement dont 14,46 % présentaient une guérison clinique.

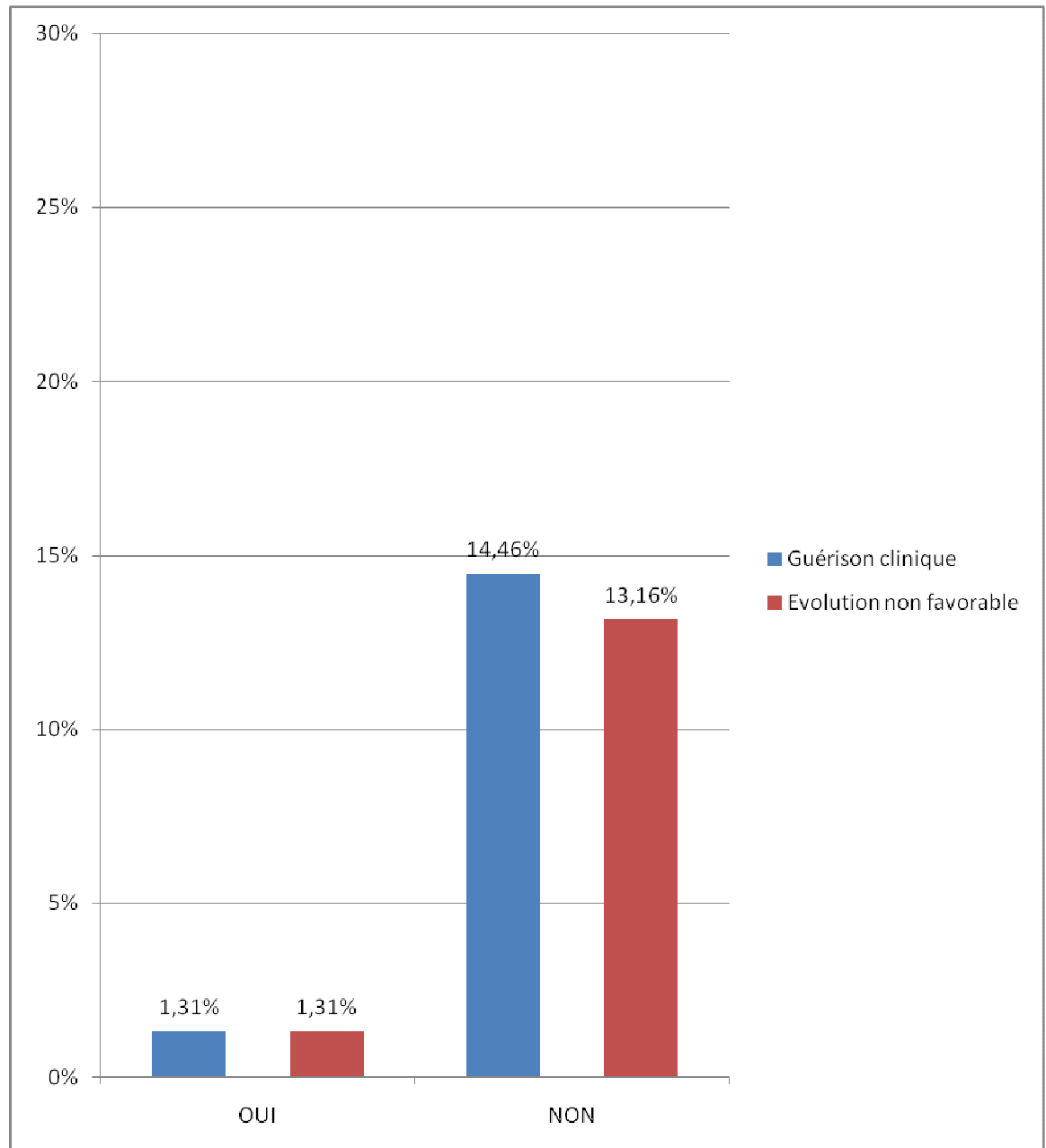


Figure 21 : Répartition des manifestations cliniques après traitement selon nouveau partenaire pendant le traitement

- Dans l'ensemble, 7,89 % des patients ont eu des rapports sexuels pendant le traitement dont 5,26 % sont guéris contre 2,63 %.

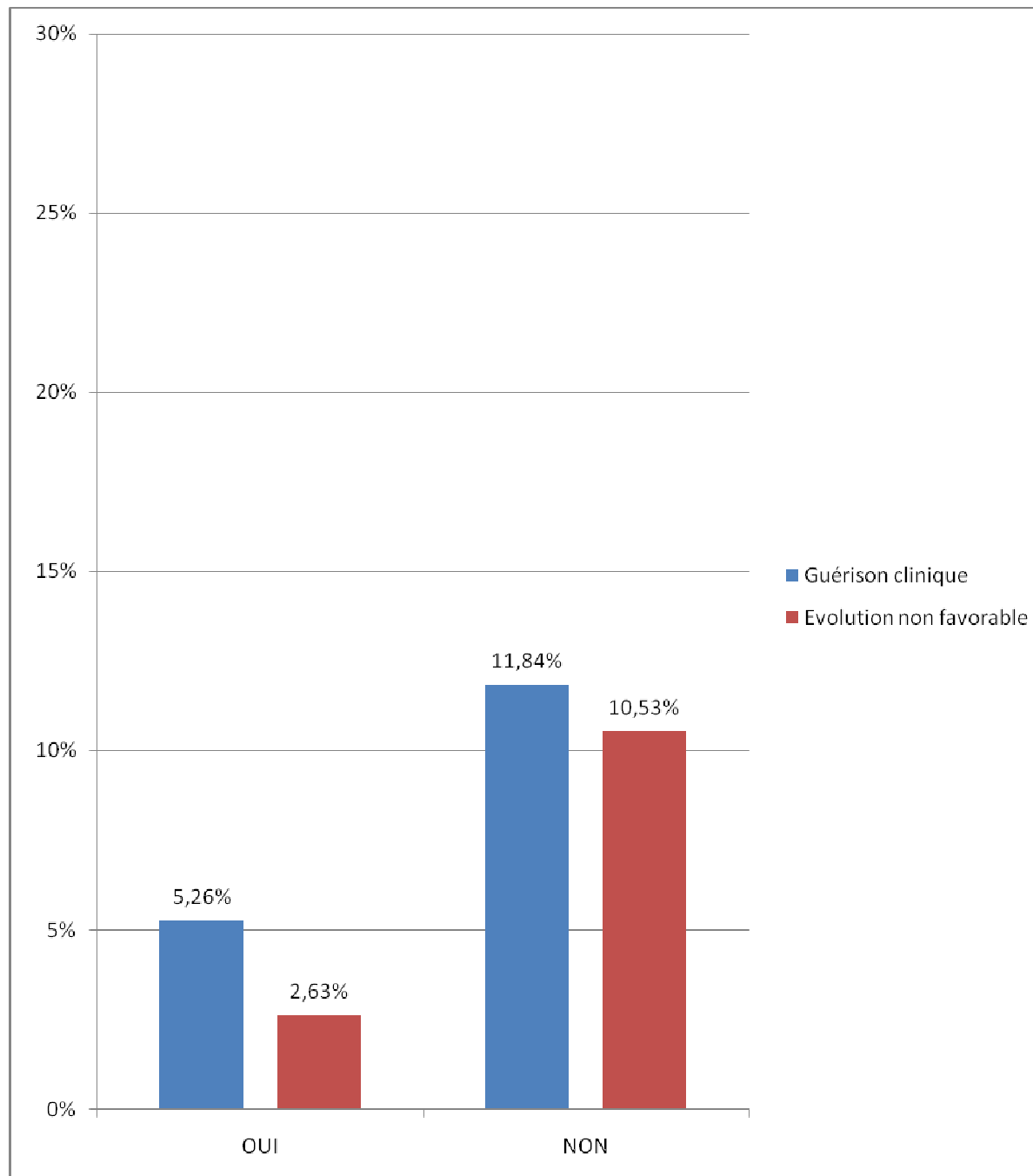


Figure 22: Répartition des manifestations cliniques après traitement selon rapport sexuel pendant le traitement

- Dans l'ensemble, 21,05 % des consultants pour contrôle n'ont pas utilisé de préservatifs pendant le traitement dont 11,83 % sont guéris contre 9,22 %.

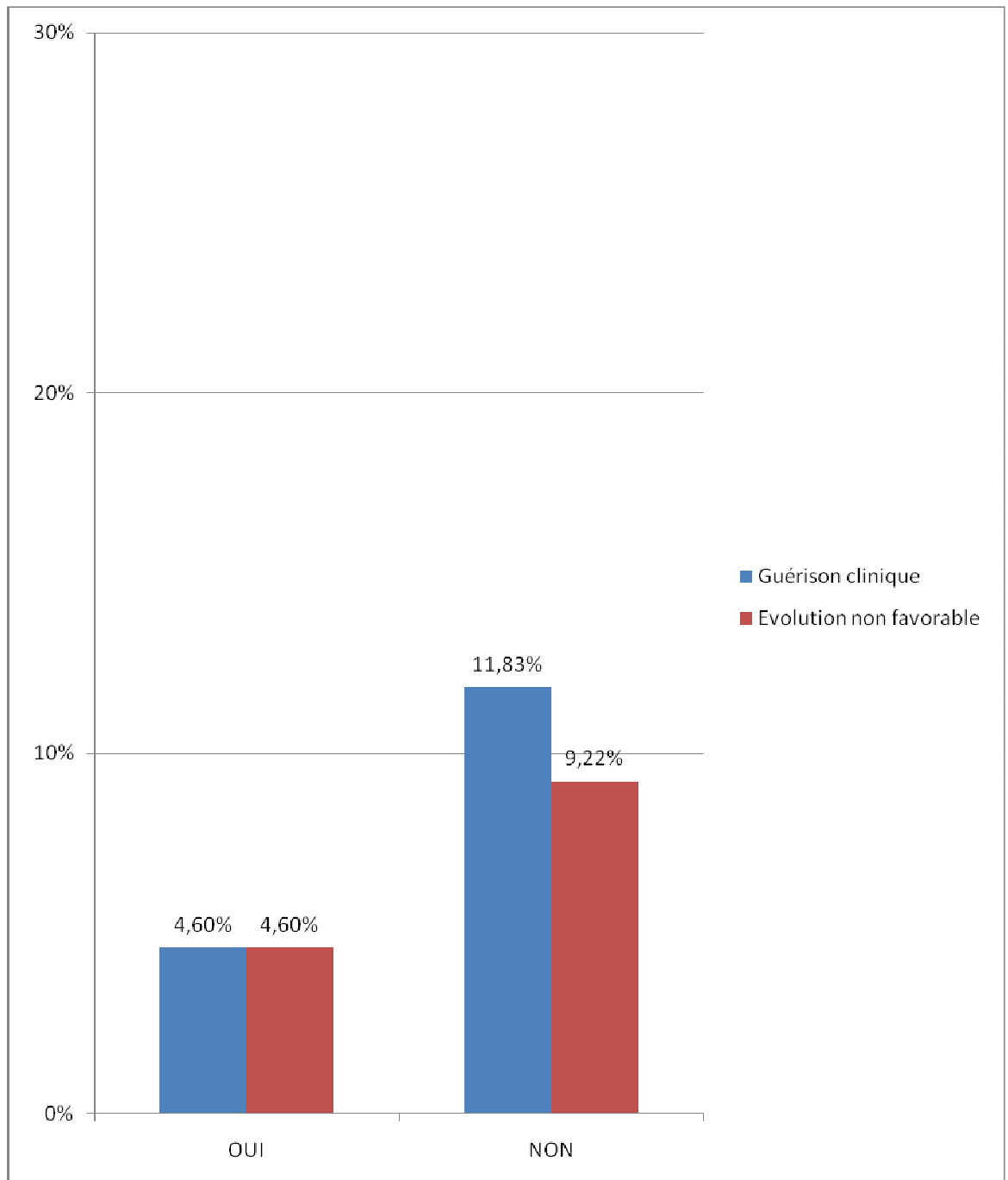


Figure 23: Répartition des manifestations cliniques après traitement selon utilisation de préservatifs pendant le traitement.

TROISIEME PARTIE

DISCUSSION

I. Consultants pour IST selon le genre, l'âge, le premier rapport sexuel et la profession:

Durant notre enquête, on a constaté que les hommes étaient plus nombreux (61,84%) à venir pour se faire soigner. A noter que la limite de notre étude était le mode de recrutement des patients puisqu'on a retenu seulement les consultants pour IST symptomatiques au niveau des 4 formations sanitaires de la CUA. Ce résultat s'explique par le fait que les hommes venaient surtout consulter par soucis du VIH devant les signes douteux. Concernant les femmes, en majorité, sont des malades asymptomatiques et quelques-unes (38,16 %) ne venaient consulter qu'en présence de symptômes déjà plus ou moins évolués. Les résultats de notre étude diffèrent de ceux trouvés dans la littérature qui constatait que 98 % du genre féminin viennent en consultation d'après Rafaralahy (23). Et selon une étude faite à Bangui, Kobelembi enregistrait plus de femmes (56,3 %) que des hommes (47,3 %) durant son enquête (24). Les raisons avancées vis-à-vis de ces résultats étaient surtout la tendance à l'automédication pour les hommes d'où la moindre fréquentation des centres par rapport aux femmes qui sont plus motivées à la consultation par soucis de leur santé reproductive.

Notre étude montre que l'âge moyen des consultants était de 28,34 ans pour les hommes et 27,15 ans pour les femmes. Cet âge moyen permet de dire que les IST touchent surtout les jeunes adultes sexuellement actifs. Ce résultat était comparable à celui du travail réalisé au Tchad qui parlait de la population en âge d'activité génitale (15 ans à 49 ans) ainsi plus exposée aux IST/SIDA à cause de leur comportement (activités sexuelles...) (25). Cette situation concerne en majeure partie les hommes qui sont des travailleurs mobiles (34,21 %) qui devraient se déplacer pour leur travail (chauffeurs, marchands ambulants, mécaniciens, guides, animateurs...). Cette mobilité les rend plus vulnérables à la tentation. Selon l'OMS, la pauvreté oblige les hommes vivant particulièrement dans les pays en voie de développement à travailler loin de leur famille si bien que l'abstinence sexuelle devient un comportement non contrôlé (26).

Il y a également la précocité des actes sexuels, un des principaux facteurs de risque des IST. En fait, 35,52 % des consultants sans distinction de genre ont eu leur première

expérience sexuelle à l'âge de 15 ans. Une étude réalisée au Niger a trouvé que un tiers des jeunes femmes et un peu plus encore chez les jeunes hommes ont eu leur premier rapport sexuel avant 15 ans (27). L'adolescence réveille les pulsions sexuelles et la curiosité de l'individu. Cette expérience pourrait être aussi favorisée par les films à caractère érotique diffusés à la télévision accentuant ainsi la curiosité des adolescents. Ces différents facteurs donnent à ces jeunes gens l'envie d'imiter les adultes autrement dit l'initiation à l'acte sexuel pour satisfaire seulement les plaisirs charnels. Une étude sur la santé des adolescents affirme que chaque année, 1 adolescent sur 20 contracte une IST, et ce à un âge de plus en plus précoce (28).

II. Consultants IST selon leur comportement, attitude et pratique :

Durant notre enquête, on a remarqué que presque la majorité des consultants (80,26 %) avait au moins 2 partenaires sexuels par an. Il y avait plus de célibataires (56,57 %) que de consultants mariés (43,42 %). Ces chiffres témoignent que le multi partenariat sexuel est assez fréquent et peut concerner même les sujets mariés. Chez les femmes célibataires (26,31%), l'activité sexuelle devenait surtout une stratégie de survie, un moyen de se mettre à l'abri du besoin matériel et financier. Selon une enquête réalisée par Calvès au République centrafricaine, en 1998, 47 % des jeunes femmes et plus avaient affirmé qu'elles avaient plusieurs partenaires afin de satisfaire leurs besoins financiers (24). Dans notre étude, la raison principale avancée par les femmes mariées (19,73%) victime d'IST est que leur conjoint ne voulait pas venir en consultation et préférait seulement envoyer leur partenaire. Cette situation traduit encore le reflet d'une inégalité de pouvoir entre les hommes et les femmes. En plus, 32,43 % du genre masculin avaient des rapports sexuels non protégés avec des partenaires occasionnelles. Et seulement, 23,68 % des femmes affirmaient avoir eu des rapports sexuels protégés avec leur partenaire habituel. Ces résultats montrent une différence de comportement des deux genres. Chez les hommes, on constate un comportement plus à risque et moins responsable. De plus, presque 25% de ces hommes rapportaient qu'ils avaient au moins 3 rapports sexuels par semaine. L'important est de satisfaire les besoins sexuels avant de penser aux IST. Par contre, les femmes adoptaient une attitude plus responsable.

Au Botswana comme à Madagascar, selon une réunion interactive de la commission du VIH/SIDA et de la gouvernance en Afrique (CVGA), la société et la culture permet aux hommes d'exiger d'avoir des rapports sexuels non protégés, à tout moment, et la femme ne peut pas refuser même si elle sait qu'il est infecté (28). Au cours de notre étude, on a remarqué que la plupart des consultants était quand même bien sensibilisé sur les IST/SIDA (74,32 %) pourtant, ils négligent les mesures de prévention et ne se protègent pas. Une étude similaire réalisée en Guinée a montré que 95,5 % de la population jeune dans la communauté de Kaléla connaissent au moins 3 modes de transmission des IST/SIDA ; les voies de transmission cités couramment qui sont sexuelle, sanguine ou par objets métalliques tranchants et la voie materno-foetale (29). Dans notre étude près de 80 % de notre population d'étude connaissaient bien les principaux modes de transmission des IST/VIH. Toutefois, seulement 19% des patients avouaient de n'avoir jamais utilisé de préservatifs et 39,47 % utilisaient rarement ceux ci. Et encore, parmi ceux qui utilisaient toujours des préservatifs, on voyait que certains patients n'étaient pas sûrs de leur réponse ou ne disaient pas la vérité par crainte des réactions que pouvaient avancer les prestataires de santé vis à vis de leur comportement. Cependant, il est peu probable d'admettre l'applicabilité majoritaire du port de préservatif à chaque rapport sexuel. Une étude de la République Centrafricaine affirmait qu'un individu est susceptible d'adopter un acte pour prévenir une maladie s'il possède des connaissances minimales en matière de santé s'il considère la santé comme une dimension importante dans sa vie (14), ce qui n'était pas la réalité observée pendant notre travail.

Dans notre enquête, le niveau intellectuel est plus ou moins partagé puisqu'il y avait des illettrés (8%), des universitaires (18,42 %) et des consultants ayant fait les études secondaires (42,10 %). Ainsi, le niveau intellectuel n'expliquait pas tellement les comportements à risque de notre population d'étude. Par contre, le journal de médecine du Maghreb a montré d'après leurs études, une prédominance des sujets jeunes, sans emploi et de niveau intellectuel bas (30). En tout cas, il s'agit bien d'un manque d'informations ou de sensibilisations si bien que le comportement devient un facteur de risque. Ils manquaient surtout de sens de responsabilités et de conscientisations. D'après Asian J. Androl, l'éducation de la population est la clé de la prévention pour contrôler les MST (31). Selon l'OMS, quelque soit leur situation, les patient(s) ont besoin d'informations sur les IST, sur les comportements qui intensifient le risque et sur

la façon d'éviter ces comportements autrement dit, l'éducation des patients atteints d'IST pendant la consultation.

III.Consultants IST selon la clinique

Dans notre travail, un peu plus de la moitié des consultants (56,57 %) n'a jamais fait le dépistage du VIH. Les explications avancées sont soit par faute de temps soit par crainte du résultat si bien qu'ils préféreraient ne rien savoir sur leur statut sérologique. Il a été constaté que c'étaient surtout les hommes (34,49 %) qui ne voulaient pas connaître leur sérologie VIH.

Par rapport au dépistage du VIH, 31,08% avaient eu des antécédents d'IST toujours chez les hommes. Nos chiffres ne sont pas comparables à ceux d'une enquête réalisée par l'EDSMD -IV entre 2008 et 2009, qui montraient que les femmes (51%) présentaient un peu plus d'antécédents d'IST que les hommes (49 %) (23). L'effectif majoritaire du genre masculin avec leur comportement à risque (multi partenariat, rapport sexuel non protégé...) dans notre étude permet d'expliquer cette différence.

Concernant les manifestations cliniques observées durant notre enquête, 84,21 % des consultants venaient consulter pour écoulement génital et 15,79 % pour ulcérations et douleurs. Nos données sont comparables à celles d'une étude réalisée au Maroc qui rapportait que les écoulements génitaux suivies des ulcérations sont les IST les plus couramment rencontrées en santé publique au Maroc (32). Selon l'institut National de Veille Sanitaire (INVS) en France, le nombre d'infections à gonocoques a augmenté de 52 % de 2008 à 2009 (33). Un point qui nous distinguait des autres études était que le genre masculin (58%) prédominait toujours.

Pour la sérologie de la syphilis (23,68 %), on retenait 13,15 % de cas positifs. Leurs motifs de consultations étaient des ulcérations douloureuses ou écoulement avec prurit. A noter que la sérologie de la syphilis était systématique pour ceux qui venaient consulter pour des ulcérations mais demandée quand même si les consultants avaient des antécédents ou d'autres signes pouvant suspecter la syphilis. A noter que, une MST peut en cacher une autre et il faut toujours rechercher une ou des IST associées.

Une enquête réalisée dans le pays même montrait que 3,8% de la population adulte 15 à 49 ans est atteinte de syphilis (34), et que le niveau est légèrement supérieur chez le genre féminin (4,2 %) contre le genre masculin (3,5 %), résultat qui n'est pas comparable à notre étude. Selon une étude au Burkina Faso, KABORE relevait une évolution de 3,3 à 3,5 % la prévalence de la syphilis dans les sites sentinelles entre 2005 et 2006 (35). Selon l'OMS, la syphilis constitue aujourd'hui encore un problème de santé publique et l'on évalue à 12 millions le nombre de personnes infectées chaque année, bien qu'il existe des mesures de prévention efficaces, comme le préservatif, et des mesures thérapeutiques elles aussi efficaces et relativement peu coûteuses.

IV. Consultants IST selon caractéristiques thérapeutiques et évolutives :

Notre enquête retenait que 56,52 % des consultants surtout les hommes (34,78 %) n'apportaient pas leurs partenaires au centre de santé. Il s'agit surtout d'un(e) partenaire occasionnel(le) (45,94 %) ou non connu(e) par le patient. Ces partenaires non traités resteront porteurs d'infections et il y aura des risques majeurs sur la transmission à d'autres personnes. Les explications avancées par les consultants étaient que leurs partenaires sexuelles paraissaient asymptomatiques et ne sont pas convaincus de la nécessité du traitement. Probablement, ils n'ont pas avoué à leurs partenaires leur maladie par peur surtout si les IST ont été attrapées avec d'autres personnes. Cependant, Une grande faille dans la prise en charge correcte et efficace des IST a été observée puisqu'on ne peut pas guérir en même temps les deux partenaires. Une étude similaire réalisée dans un centre spécialisé pour les IST/SIDA à Antananarivo, Sambatra Izay Salama (SISAL) a montré que seulement 12,56% des partenaires sexuel(les) des consultants sont vus et traités (14).

Concernant le contrôle (30,26%) après traitement, 11,83 % étaient guéris cliniquement malgré des rapports sexuels sans préservatifs avec une nouvelle partenaire pendant le traitement. Aucune étude similaire montrant la prévalence du comportement à risque durant le traitement n'a été retenue. Par ailleurs, une enquête démographique et de santé réalisée au Rwanda a identifié que parmi les femmes ayant une IST, 52% ont informé leur(s) partenaire(s) de leur état mais 59% n'avaient pris aucune mesure pour éviter d'infecter leur(s) partenaire(s). Et parmi les femmes qui ont pris des mesures, 23% ont demandé à leur partenaire d'utiliser un préservatif et 3% seulement ont évité les

rapports sexuels (36). Dans le présent travail, Une persistance des symptômes (13,16%) a été notée quand même, ce qui serait due à des résistances de certains germes aux traitements puisque tous les patients venus pour contrôle affirmaient avoir fait le traitement jusqu'à la fin.

SUGGESTIONS

Afin d'améliorer la lutte contre les IST/SIDA dans les secteurs sanitaires de la CUA, nos suggestions portent sur :

- Le renforcement des activités d'IEC/IST-SIDA dans les secteurs concernés
- La lutte contre les IST en général

Pour les responsables de programmes :

- Les IEC/ Communication pour le Changement de Comportement (CCC) doivent être plus poussées dans les lieux publics, surtout les endroits les plus peuplés, où le taux d'analphabétisme et de délinquance est élevé. Il faut multiplier les affichages, les distributions de dépliants, la création d'évènements....
- Il convient de renforcer les IEC/CCC au niveau des mass-médias: Information sur les IST/SIDA, éducation pour l'adoption de comportements responsables, information sur l'existence et les activités des centres.
- Il faut faire des visites au niveau des écoles, des entreprises, des associations pour tenir des séances d'IEC, de dépistage et de soins.
- Renforcer la promotion et l'accès facile aux préservatifs pour diminuer le risque de transmission sexuelle des IST : distribution de préservatifs dans les lieux publics, les écoles, les entreprises, les centres de santé.

.- Former tous les personnels médicaux et paramédicaux sur la prise en charge des IST, formation en IEC/CCC et en bonne approche psychologique des patients, formation sur l'approche syndromique et le traitement des IST.

- Sensibiliser les parents et les encourager à éduquer leurs enfants. La sexualité n'est plus un sujet tabou et doit être discutée en famille. Les parents sont les plus proches de leurs enfants et ont le plus d'influence sur eux. Ce sont les parents qui connaissent mieux la façon de convaincre leurs enfants et c'est en famille qu'on commence à guider les jeunes sur leurs comportements.

- Collaborer avec le Ministère de l'enseignement pour introduire dans les programmes scolaires, à partir de l'éducation de base, les notions sur les IST/SIDA, l'éducation à la vie familiale et sur la santé de reproduction; conscientiser les étudiants sur les problèmes liés aux IST/SIDA: les éduquer pour qu'ils adoptent un comportement responsable qui diminue le risque de contracter les IST (abstinence sexuelle ou fidélité au couple, utilisation de préservatifs lors des rapports sexuels, éviction des drogues et de l'alcool...)

- Encourager la formation de différentes associations (associations de jeunes,...) les orienter vers des activités éducatives, sportives et culturelles pour diminuer les activités sexuelles et les aider à éviter les comportements à risque des IST.

- Améliorer les moyens de déclaration et de recueil statistique des IST/SIDA pour bien connaître la situation et suivre l'évolution endémo-épidémique afin de mettre en œuvre des stratégies de lutte très sérieuses à tous les niveaux (à partir des bases jusqu'au ministère de la santé).

Pour les médecins et les personnels de santé :

- Améliorer les conditions de travail et les qualités des prestations au niveau des centres de santé (dépistage, prise en charge). Il faut à tout prix motiver les gens pour recourir à un Centre de Santé en cas de maladie ou suspicion d'infections.

- Sensibiliser les consultants, les éduquer en matière d'IST/SIDA, encourager l'adoption de comportements diminuant le risque d'IST/SIDA (abstinence, fidélité au couple, utilisation de préservatifs, ...)
- Motiver les consultants pour le traitement de leurs partenaires sexuels et pour faire les contrôles, dans le but de bien surveiller l'évolution de l'infection, et d'assurer la guérison des malades et de leurs partenaires, et d'éviter ainsi la réinfection par phénomène de ping-pong.
- Motiver les patients et les aider dans l'observance au traitement. Pour chaque patient, il faut considérer son choix sur les alternatives de traitement qui peut dépendre de la forme galénique du médicament, de la durée de la cure....

Pour la population en général :

- L'IST/SIDA est un problème qui concerne tout le monde. Toutes les populations des différentes couches sociales et des différentes régions doivent participer à la lutte contre les IST/SIDA: et plus les gens participent à différents événements, plus les messages sont ancrés dans leur esprit et l'adoption de comportements responsables devient une routine, une habitude naturelle.

Bref, les IST/SIDA constituent de véritables problèmes de santé publique et menacent surtout les jeunes, mais la participation de tous les secteurs et de toute la population aux activités curatives et préventives pour lutter contre ces infections permettra de réduire leurs transmissions et de combattre ce fléau.

CONCLUSION

CONCLUSION

Notre étude nous a permis de dire que les IST touchent surtout les hommes, et les jeunes adultes sexuellement actifs. Il existe des comportements sexuels à risques comme l'âge du 1^{er} rapport sexuel très précoce, la pratique de partenaires multiples et la moindre utilisation de préservatifs avec les partenaires occasionnels. Et les malades n'amènent pas leurs partenaires à se faire traiter. Les médecins ne proposent pas la réalisation de la sérologie de la syphilis devant tous les cas d'IST. Une réorientation de la lutte contre les IST/Sida vers ces points serait indispensable. Une étude multicentrique est nécessaire pour bien préciser l'importance de ces facteurs.

ANNEXES

Annexe : Fiche d'enquête IST/SIDA

Episode actuelle d'IST

a. Etat civil:

Sexe : Adresse : Age : Profession : Statut matrimonial :
Ethnie : Nb fratrie : Rang : Statut matrimonial (parents) :
Religion : Gestité : Parité : avortement :
Niveau intellectuel : Illettré(e) ☐ Primaire ☐ Secondaire ☐ Universitaire ☐

b. Clinique :

1-Age de premier rapport sexuel :

2-Antécédent d'IST : oui ☐ non ☐ Si oui,-combien de fois :

Type : écoulement ☐ ulcération(s) ☐ Prurits ☐

3-Manifestations :

☐ Ecoulement: Couleur : Odeur : Aspect :

Abondance :

☐ Prurit

☐ Ulcération : Siège : Douleur : Nombre : Base
indurée :

☐ Adénopathie

☐ Douleurs: Scrotale ☐ Vulvaire ☐ Anale ☐

4-Rapport sexuel supposé contaminant et apparition du 1^{er} signe :

Jour(s) semaine(s) mois an(s)

5- Signes depuis quand:

6-Signes associés:

Dyspareunie ☐: avant 1^{er} signe ☐ après 1^{er} signe ☐

Douleurs pelviennes ☐

Brûlures mictionnelles ☐ Brûlures vaginales ☐ Pollakiurie ☐ Hématurie ☐

Fièvre ☐ °c

7-Examen de l'appareil génital :

-**Chez la femme:** Œdème ☐ Cervicite ☐ Rougeur ☐ Pertes sanguinolantes ☐

-**Chez l'homme:**

Méat urinaire : Rougeur ☐ Ulcération ☐

Signes d'orchi-épididymite : gros testicule douloureux ☐ Epididyme sensible ☐

8-Toucher vaginal : Douleurs : Culs de sac ☐ A la mobilisation de l'utérus ☐

9-Toucher rectal : Prostate douloureuse : oui ☐ non ☐

10-1^{ère} consultation : oui ☐ non ☐ autre :

11-Notion de prise de décoction : oui ☐ non ☐

12-Traitement(s) déjà fait(s) :

Nom(s) du médicament : Posologie : Durée de prise :

☐ Automédication : ☐ Chez le médecin :

13- Rapport sexuel non protégé :

☐ avec un(e) partenaire occasionnel(le) /habituel(le)

☐ avec un(e) nouveau (elle) partenaire

☐ en dehors du ménage

14-Sérologies : -VIH oui ☐ non ☐ Résultat :

-syphilis oui ☐ non ☐ Résultat :

15-Partenaire symptomatique : Oui ☐ Non ☐

Si oui, quel(s) symptôme(s): Ecoulement ☐ Prurits ☐ Ulcération(s) ☐

16-Diagnostic final:

17-Traitement reçu(s):

Médicaments :

Posologie :

Connaissances/attitudes/pratiques :

18-Utilisation de préservatifs : Jamais ☐ Souvent ☐ Rarement ☐ Toujours ☐ Pourquoi:

19-Nombre de partenaires sexuels(les) : /an /mois

20-Rythme de changement de partenaires : /jour /mois /an Pourquoi:

21-Dépistage VIH/SIDA : oui ☐ non ☐ Pourquoi:

- Si oui,-combien de fois: -Date du dernier test : -Résultat :
- 22**-Nombre de rapport(s) sexuel(s) : /semaine: /mois:
- 23**-Si vous aviez une IST, à qui demanderiez-vous conseils?
- 24**-Si contaminé(e) par IST, savez-vous qu'il est nécessaire de se protéger? Oui ☐ Non ☐
- 25**-A un certains moments de votre vie, avez-vous déjà échangé contre de l'argent ou d'autres avantages en nature des prestations sexuelles ? Oui ☐ Non ☐
- 26**-Sensibilisation sur IST/SIDA : Oui ☐ Non ☐
- Si oui : Campagnes d'information ☐ Education ☐ Autres(bouches à oreilles, TV, radio) ☐
- Mode de transmission :
- Rapport sexuel par pénétration ☐ Fellation ☐ Echange de seringue ☐
- Poignée de main ☐ Caresse sexuelle ☐ Mère-enfant ☐ A la piscine ☐ Utilisation des toilettes ou douches de personnes contaminées ☐
- Mode de prévention: Préservatif ☐ Eviter le partage de nécessaire de toilette (rasoir, brosse à dent, coupe ongle) ☐ Abstinence ☐ Matériel stérile en cas d'injection ☐ Fidélité ☐
- Opinions sur : IST : mortelles ☐ incurables ☐ évolution favorable ☐ autres :
- SIDA : mortel ☐ mythe ☐ n'existe pas ☐ incurable ☐ bien traité ☐
- Y a-t-il un rapport entre IST / VIH-SIDA: Oui ☐ Non ☐ Si oui, lequel(s):
- 27**-Un seul rapport sexuel non protégé peut être suffisant pour transmettre une IST/SIDA ? Oui ☐ Non ☐
- 28**-Après avoir assisté à une sensibilisation, changement de comportement: Oui ☐ Non ☐
- Lequel(s) :

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Marouf M, Mammeri O, Mahammedi F, Meguenni, Chabni. Etude épidémiologique MST. www.univthemcen.dz/medecine/.../maladiessextrans.ppt, 2007.
- 2- Aequo E. Testez-vous, les IST en question. Bruxelles : Plate-forme Prévention Sida, 2010: 3.
- 3- Rasolondrina N T. Aspects épidémiologiques des infections sexuellement transmissibles au dispensaire SISAL 67 ha. Antananarivo : Thèse Médecine, 2004 ; N° 7003 : 1-25.
- 4- Centreplanif.chru-lille. Pertes vaginales (VB, CVV et trichomonase). centreplanif.chru-lille.fr/doc/.../64292_1lesperte.pdf, 2008 : 2.
- 5- Carlos T, Ros D, Schmit C S. Global epidemiology of sexually transmitted diseases. Brazil: Urology Department, Mãe de Deus Hospital, 2008; RS 90450180.
- 6- ONUSIDA. Rapport de situation nationale à l'intention de L'UNGASS Madagascar. UNAIDS, 2009.
- 7- ONU/SIDA. Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA. Genève : ONU/SIDA, 2010.
- 8- Health Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper. Population issues in the 21st century-The role of the world Bank .The International Bank for Reconstruction and Development / the World Bank. 1818 H Street NW: HNP Discussion Paper, 2007.
- 9- Association HERPES. Herpès génital et autres IST. Association HERPES, Guide pratique, 2010 : 3.

- 10- Clicanoo. Chlamydia, l'infection qui rend stérile et aveugle. Réunion: Revue de presse de l'Océan Indien sur la santé, 2011 : 66.
- 11- Bailey P, Ramaswamy M, Hawkes S J, Geretti A M. Herpes simplex virus type 2: epidemiology and management options in developing countries. Postgrad Med J 2008; 84: 299 –306.
- 12- Ministère de la Santé. Politique Nationale de Santé des adolescents et des jeunes à Madagascar. OMS, FNUAP, UNICEF, JSI, 2000.
- 13- USAID. Knowledge of STIs and HIV/AIDS and Prevalence of syphilis. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADC944.pdf, 2004.
- 14- Razakarivony G M. Prise en charge des maladies sexuellement transmissibles au dispensaire SISAL 67ha en 2001. Antananarivo : Thèse Médecine, 2004 ; N°6802.
- 15- Milinah Z R. Les infections sexuellement transmissibles dans le district sanitaire de Maroantsetra. Antananarivo: Thèse Médecine, 2004 ; N°6881.
- 16- Chafiou M I. Opérationnalisation de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA (CSBII d'Isotry central : janvier-novembre 2010).Antananarivo : Thèse Médecine, 2011 ; N°8119.
- 17- Ministère de la Santé. La prise en charge des maladies sexuellement transmissibles à Madagascar. Protocoles pour les soins de santé Primaire. Antananarivo : Min San, 1998.
- 18- Collège des universitaires des maladies infectieuses et tropicales. Guide de traitement référence pour une bonne pratique médicale. Le POPI, 8è édition, 2003 : 66-70.

- 19- OMS. Rapport sur la santé dans le monde, 2002 : réduire le risque et promouvoir une vie saine. Genève : OMS, 2003 : 126-129.
- 20- Morisset R, Pechere JC. Les MST : reconnaître, comprendre, traiter. Paris : Maloine, 1990 ; 83 : 475.
- 21- OMS/UNESCO. L'éducation sanitaire à l'école pour la prévention du SIDA et les maladies sexuellement transmissibles. Genève : OMS, Série SIDA, 1992 ; 20 : 31-38.
- 22- Djiboh, Moumounih. Problèmes, défis et aspiration des adolescents en matière de santé reproductive. Paris : Masson, 1999 : 32-33.
- 23- Institut National de la Statistique, Ministère de l'Economie et de l'Industrie. Enquête Démographique et de Santé Madagascar 2008-2009. Calverton-Maryland: ICF Macro, 2010; 3: 33.
- 24 - Kobelembi F. Le comportement sexuel des adolescents - République Centrafricaine. Bangui, 2001 : 82.
- 25- Programme National de lutte contre le SIDA(PNLS). Cadre Stratégique National de Lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2007-2011. République du Tchad, PNLS, 2007.
- 26- Temmerman M. Sexually transmitted diseases and reproductive health. USA, 1993; 21: S55-58
- 27- Enquête Démographique et de Santé au Niger. Atteindre les adolescentes laissées pour compte. Niger, EDS, 2006.

- 28- Participant. Réunion interactive de la commission du VIH/SIDA et de la Gouvernance en Afrique (CVGA). Botswana: Rev Med 2007: 22.
- 29- Sidaction guinée. Étude des connaissances, attitudes et pratiques des jeunes à l'égard des IST/SIDA en milieu rural. Enquête de surveillance comportementale et biologique du VIH/SIDA au Guinée. Sidaction guinée, 2010.
- 30- Hassam B., Senouci K., Bennouna F., Biaz, Lazrak B. Profil épidémiologique des maladies sexuellement transmissibles. Médecine du Maghreb 1992; num 35.
- 31- Ros D CT, Schmitt C S. Global epidemiology of sexually transmitted diseases. Asian J Androl 2008:10.
- 32- Hessissen L, Karboubi L. La situation des IST et du SIDA au Maroc. CHU Ibn Sina Rabat: Santé Tropicale 2003.
- 33- Lettre d'information. Actualités sur les Infections Sexuellement Transmissibles en France. Lettre d'information, 2011; 7.
- 34- Randretsa I, Rabeza V, Barrère M, Soumaila M. Madagascar 2003-204 enquête démographique et de santé. INSTAT, 2005 : 13.
- 35- Kabore A. Situation épidémiologique du VIH/SIDA et des IST au Burkina Faso. Ouaga : CNLS-IST, 8ème session ordinaire, 2009.
- 36- Office national de la population de Kigali Rwanda. VIH/SIDA et infections sexuellement transmissibles au Rwanda. Kigali Rwanda : Office National de la Population, 2000: 23.

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 ampanatontosana 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 mamofady 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 rahamivadika amin'izany ».

PERMIS D'IMPRIMER

LU ET APPROUVE

Le Président de Thèse

Signé: Professeur RANDRIA Mamy Jean de Dieu

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé : Professeur RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa

Name and First names : ANDRIAMASY Toky Niaina
Title of the thesis : « The Epidemico-Clinical and Therapeutic Aspects of the Sexually Transmitted Diseases in the Health Areas of the CUA »
Category: Public Health
Number of figures: 23
Number of tables: 10
Number of pages: 55
Number of bibliographical references: 33

SUMMARY

This study: « The Epidemico-Clinical and Therapeutic Aspects of the Sexually Transmitted Diseases in the Health Areas of the CUA » aims to analyze the socio-demographic, clinical and therapeutic situation; and his control to measure the extend of the problem, then to suggest fight strategies against STD/AIDS in the concerned areas.

We carried out a prospective and descriptive study at four health centers of the CUA, which were lasting for three months, from 1st March 2011 to 31st May 2011.

We recorded 76 cases of SDT. The male type (61, 84%) is more numerous than the female one (38, 16%). The most concerned age bracket is in between 20 and 30, and 56, 57% are unmarried and 43, 42% married. A great majority (80, 26%) had at least two sexual partners within ONE year, and only a small minority (19, 74%) declared being faithful to their partners.

As for the use of condoms, 7, 89% asserted using them, and 55% of the patients had non-protected sexual relations with a chance partner or a new one. Genital discharges with itchings (84,21%) and painful ulcerations (15,79%) were the main most frequent causes of consultation. 56,52% of the patients neither presented their sexual partners nor had them treated.

To improve the management of the STD/AIDS in any fields, our main suggestions proceed on:

- The strengthening of the IEC/STD-AIDS activities
- The fight against STD in general

Key-words: STD/AIDS, prevalence, comportment, prevention, education

Director of the thesis: Professor RANDRIA Mamy Jean de Dieu

Reporter of the thesis: Doctor RAKOTOARIVELO Rivo

Address of author: Near Lot VB 83 J Ambatoroka

Nom et Prénoms : ANDRIAMASY Toky Niaina

Titre de la thèse : « Aspects épidémio-cliniques et thérapeutiques des IST/SIDA
dans les secteurs sanitaires de la CUA »

Rubrique : Santé Publique

Nombre de figures : 23

Nombre de pages : 55

Nombres de tableaux : 10

Nombre de références bibliographiques : 33

RESUME

« Aspects épidémio-cliniques et thérapeutiques des infections sexuellement transmissibles dans les secteurs sanitaires de la CUA » est une étude qui a pour objectif d'analyser la situation sociodémographique, clinique et thérapeutique des IST afin de mesurer l'ampleur du problème puis de proposer des stratégies de lutte contre les IST/SIDA dans les secteurs concernés.

Nous avons réalisé une étude prospective, descriptive au niveau des 4 formations sanitaires de la CUA, sur une période de trois mois allant du 1^{er} Mars 2011 au 31 Mai 2011. 76 cas d'IST ont été enregistrés. Le genre masculin (61,84%) était plus nombreux par rapport à celui du féminin (38,16%). La tranche d'âge la plus concernée était celle entre 20 et 30 ans et 56,57% étaient des célibataires. La grande majorité (80,26%) avait eu au moins 2 partenaires sexuels en 1 an et seulement une petite minorité a affirmé avoir été fidèles (19,74%) à leur partenaire. En ce qui concerne l'utilisation des préservatifs, 7,89 % des consultants ont dit y avoir toujours recours et 55% de ces consultants ont eu des rapports sexuels non protégés avec des partenaires occasionnels ou un nouveau partenaire. Les écoulements génitaux (84,21%) et les ulcérations avec douleurs (15,79%) ont été les principaux motifs de consultation les plus fréquents. 56,52% des consultants n'ont pas présenté et fait traité leurs partenaires sexuel(le)s. Afin d'améliorer la prise en charge des IST/SIDA dans tous les domaines, nos principales suggestions portent sur :

- Le renforcement des activités des IEC/IST-SIDA
- La lutte contre les IST en général

Mots clés : IST/SIDA, prévalence, comportement, prévention, éducation

Directeur de thèse : Professeur RANDRIA Mamy Jean de Dieu

Rapporteur de thèse : Docteur RAKOTOARIVELO Rivo

Adresse de l'Auteur : Près Lot VB 83 J Ambatoroka