

## SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>Pages</b>
	1

### **PREMIERE PARTIE : GENERALITES SUR LES IST ET L'EVALUATION**

<b>1. Les infections sexuellement transmissibles ou IST</b> .....	
1.1. Les IST d'origine bactérienne.....	2
1.1.1. La syphilis vénérienne.....	2
1.1.2. Gonococcie.....	2
1.1.3. Chlamydioses.....	4
1.1.4. Chancre mou ou chancrelle.....	5
1.1.5. Granulome inguinal ou donovanose.....	7
1.1.6. Autres bactérioses.....	7
1.2. Les viroses.....	8
1.2.1. L'Herpès génital.....	8
1.2.2. Infection à cytomégalovirus.....	8
1.2.3. Hépatites virales.....	8
1.2.4. Infection par le virus de l'immunodéficience humaine VIH.....	10
1.2.5. Infection à Human papilloma virus ou HPV.....	10
1.3. Parasitoses et mycoses.....	10
1.3.1. Trichomonase.....	10
1.3.2. Autres protozoases.....	10
1.3.3. Ectoparasites.....	10
<b>2. L'évaluation</b> .....	11
2.1. Eléments d'une définition de l'évaluation.....	11
2.2. Cadre conceptuel pour l'évaluation des programmes de santé.....	11
2.3. Evaluation stratégique.....	11
	<b>13</b>

### **DEUXIEME PARTIE : EVALUATION DES ACTIVITES DE LUTTE CONTRE LES IST AU CSB<sub>2</sub> D'AMBOHIPO**

<b>1. Cadre d'étude</b> .....	<b>Pages</b>
1.1. Le centre de santé de base du niveau 2 ou CSB <sub>2</sub> d'Ambohipo.....	15
1.1.1. Le dispensaire.....	15
1.1.2. Le laboratoire d'analyse.....	15
1.1.3. La maternité.....	15
1.2. Le personnel.....	16
1.3. Le secteur sanitaire.....	16
1.3.1. Démographie.....	16
1.3.2. Autres formations sanitaires.....	18
<b>2. Méthodologie</b> .....	19
2.1. Méthode d'étude.....	19
2.2. Les paramètres d'étude.....	19
<b>3. Résultats</b> .....	19
3.1. Les séances d'IEC/IST-SIDA.....	20
3.2. Nombre de participants IEC.....	20
3.3. Le nombre de cas d'IST.....	21
3.4. L'âge.....	22
3.5. Le sexe.....	22
3.6. Le domicile.....	23
3.7. Types d'IST.....	24
3.8. Traitement des partenaires.....	25
	26

### **TROISIEME PARTIE :**

### **COMMENTAIRES, DISCUSSIONS ET SUGGESTIONS**

<b>1. Commentaires et discussions</b> .....	
1.1. Les activités d'IEC.....	27
	27
1.2. Les cas d'IST.....	<b>Pages</b>
1.3. Le traitement des partenaires.....	28
1.4. Le domicile.....	29

<b>2. Suggestions</b> .....	29
2.1. Stratégie mobile pour l'IEC.....	29
2.2. Promotion des préservatifs.....	30
2.3. La disponibilité des médicaments.....	30
	31
<b>CONCLUSION</b> .....	
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	32



## LISTE DES TABLEAUX

N° D'ORDRE	INTITULEE	Pages
<i>Tableau n° 1</i>	Bactéries responsables de maladies sexuellement transmissibles.....	3
<i>Tableau n° 2</i>	Traitement minute de l'urétrite gonococcique non compliquée chez l'homme, en fonction des régions.....	6
<i>Tableau n° 3</i>	Virus, parasites et champignons responsables de maladies sexuellement transmissibles.....	9
<i>Tableau n° 4</i>	Répartition de la population par fokontany.....	19
<i>Tableau n° 5</i>	Nombre de participants IEC réalisé par mois.....	21
<i>Tableau n° 6</i>	Répartition des malades selon les tranches d'âge.....	22
<i>Tableau n° 7</i>	Répartition des IST selon le sexe.....	23
<i>Tableau n° 8</i>	Répartition des malades selon le domicile.....	24
<i>Tableau n° 9</i>	Répartition des malades selon le type d'IST.....	25
<i>Tableau n° 10</i>	Nombre de malades venus avec ou sans leurs partenaires.....	26



## LISTE DES FIGURES

N° D'ORDRE	INTITULEE	Pages
<i>Figure n° 1</i>	Cadre de référence pour l'évaluation des programmes de santé... .....	12
<i>Figure n° 2</i>	La structure du programme de santé et l'évaluation.....	14
<i>Figure n° 3</i>	Plan schématique du CSB <sub>2</sub> d'Ambohipo.....	17
<i>Figure n° 4</i>	Plan schématique du secteur sanitaire d'Ambohipo.....	18
<i>Figure n° 5</i>	Diagramme de la participation aux séances d'IEC.....	21
<i>Figure n° 6</i>	Diagramme de la répartition des malades selon les tranches d'âge.....	22
<i>Figure n° 7</i>	Diagramme de la répartition des IST selon le sexe.....	23
<i>Figure n° 8</i>	Diagramme de la répartition de malades selon le domicile.....	24
<i>Figure n° 9</i>	Diagramme de la répartition des malades selon le type d'IST.....	25
<i>Figure n° 10</i>	Diagramme du nombre de malades venus avec ou sans leurs partenaires.....	26



## LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

<b>A D N</b>	: Acide Désoxyribonucléique
<b>C M V</b>	: Cytomégalovirus
<b>C P N</b>	: Consultation Pré-Natale
<b>C S B<sub>2</sub></b>	: Centre de Santé de Base du niveau 2
<b>D E</b>	: Diplôme d'Etat
<b>E B V</b>	: Epstein-Barr Virus
<b>H P V</b>	: Human Papilloma Virus
<b>H S V</b>	: Herpès Simplex Virus
<b>H T L V</b>	: Human T Cell Leukemia/Lymphoma Virus
<b>I E C</b>	: Information, Education, Communication
<b>I M</b>	: Intramusculaire
<b>I S T</b>	: Infection Sexuellement Transmissible
<b>N N</b>	: Néo-Natale
<b>P F</b>	: Planification Familiale
<b>P O</b>	: Per OS
<b>S I D A</b>	: Syndrome d'Immunodéficience Acquise
<b>T P H A</b>	: Treponema Pallidum Hemagglutination Assay
<b>U C C</b>	: Unité Changeant Couleur
<b>V I H</b>	: Virus de l'Immunodéficience Humaine



## INTRODUCTION

Les maladies sexuellement transmissibles représentent un important problème de santé publique dans les pays en voie de développement. Elles sévissent aussi bien en zone urbaine qu'en zone rurale avec une prévalence souvent sous estimée. Ceci est dû au fait que les malades ne sont pas toujours vus au centre de santé pour des problèmes divers d'accessibilité. En effet, dans les pays en développement, une grande partie de la population vit loin des formations sanitaires (à plus de 5 kilomètres à pieds). De plus, l'ignorance et l'insuffisance d'information sur les maladies vénériennes font que les soins médicaux corrects sont souvent reçus tardivement ou de façon insuffisante.

La haute prévalence des infections sexuellement transmissibles ou IST constitue un risque majeur d'explosion du SIDA. Des efforts importants sont déjà déployés dans le but de réduire la prévalence des IST et de diminuer ainsi le risque de développement du SIDA, mais des problèmes de moyens et de stratégie se posent dans la réalisation des programmes de lutte.

« Pour une meilleure stratégie de lutte contre les IST au CSB<sub>2</sub> d'Ambohipo » est une étude qui a pour objectif d'évaluer les activités de lutte contre les IST dans le secteur sanitaire afin de suggérer une stratégie de lutte plus adéquate.

L'étude comprend :

- Une première partie qui développe « les généralités sur les IST et l'évaluation »
- Une deuxième partie qui s'intitule « évaluation des activités de lutte contre les IST au CSB<sub>2</sub> d'Ambohipo »
- Une troisième partie qui se rapporte aux commentaires, discussions et suggestions.

## GENERALITES SUR LES IST ET L'EVALUATION

### 1. LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES OU IST

Les maladies sexuellement transmissibles représentent un important problème de santé publique dans les pays en voie de développement. Elles peuvent être d'origine bactérienne, d'origine virale, d'origine parasitaire ou mycosique.

#### 1.1. Les IST d'origine bactérienne (1)(2)(3)

Les IST d'origine bactérienne peuvent être classées en six catégories :  
(Tableau n° 1)

- Syphilis vénérienne
- Gonococcie
- Chlamydioses
- Chancre mou
- Granulome inguinal
- Autres bactérioses

##### 1.1.1. *La syphilis vénérienne*

- La syphilis vénérienne est due à *Treponema pallidum*. Elle est cosmopolite mais particulièrement répandue sous les tropiques.
- Cliniquement, le chancre génital ou anal apparaît environ 3 semaines après le contage. C'est classiquement une exulcération superficielle, unique, indolore, propre, à bords nets, reposant sur une base indurée, accompagnée d'adénopathies inguinales fermes, indolores.

Les lésions cutané-muqueuses de la phase secondaire sont polymorphes. Les syphilides papuleuses, les plaques muqueuses sont évocatrices mais d'autres aspects sont trompeurs.

**Tableau n° 1 : Bactéries responsables de maladies sexuellement transmissibles.(1)**

Agents pathogènes	Urétrite cervicite	Ulcération génitale	Adénite (bubon)	Autre pathologie	Traitement	
					1 <sup>ère</sup> intention	2 <sup>e</sup> intention
Neisseria gonorrhoeae	+	0	0	Septicémie stérilité conjonctivite NN	Spectino- mycine	Céphalos- porine 3 <sup>e</sup> génération
Haemophilus ducreyi	0	+	+		Erythro- mycine	Céphalos- porine 3 <sup>e</sup> génération
Treponema pallidum	0	+ (syphilis primaire)	0	Syphilis secondaire et tertiaire	Pénicilline	Cyclines
Calymmatobactérium granulomatis	0	+ donovanose	0		Cyclines	Cotrimo- xazole
Chlamydia trachomatis	+ (sérotyp D, K)	0	+ (Maladie de Nicolas- Favre sérotyp L)	Stérilité conjonctivite pneumonie NN	Cyclines	Macrolides
Gardnerella vaginalis	+ (vaginose bactérienne)	0	0	0	Métroni- dazole	
Ureaplasma mealyticum	+ (Si $\geq$ 104 UCC/ml chez l'homme)	0	0	0	Cyclines	Macrolides
Mycoplasma hominis	+ (Si $\geq$ 104 UCC/ml chez la femme)	0	0	0	Cyclines	Macrolides
Autres (Haemophilus influenzae, anaérobies...)	+ ?	0	0	0	Adaptée	Adaptée

NN : néo-natale

UCC : unité changeant couleur (seuil de pathogénicité  $\geq$  104 unité changeant couleur/ml)

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

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

- Pour le diagnostic, la mise en évidence des tréponèmes par l'examen microscopique direct sur fond noir ou la lecture de frottis colorés par la méthode de Vage suppose un appareillage approprié et des techniciens expérimentés.

L'interprétation des réactions sérologiques est délicate. Les tests spécifiques (immunofluorescence indirecte ; hémagglutination indirecte ou TPHA) ne permettent pas de différencier la syphilis vénérienne des tréponématoses endémiques. En dehors des premiers jours du chancre, un TPHA négatif élimine une syphilis.

- Pour le traitement, dans les syphilis récentes (moins d'un an) il suffit d'effectuer une à deux injections de 2.400.000 U de benzathine pénicilline G (Extencilline®).

En cas d'allergie confirmée à la pénicilline, on prescrit une cure de 15 jours de cyclines (Tétracycline 2g/jour, ou doxycycline 200mg/jour).

Dans les syphilis tardives sans atteinte neurologique (syphilis tertiaire ou latente de plus d'un an), on conseille de faire 3 injections de la même dose de benzathine pénicilline à une semaine d'intervalle.

### **1.1.2. *Gonococcie* (4)(5)(6)**

- Chez l'homme, l'urétrite aiguë (ou blennorragie) est la manifestation la plus courante. Elle survient 5 à 6 jours après le contagion et se traduit par des brûlures à la miction ; l'émission d'urines troubles et la présence d'une goutte de pus au méat sont fréquentes.
- Chez la femme, la gonococcie est souvent latente ; il faut la rechercher de parti près chez la partenaire d'un sujet atteint d'urétrite. Elle est souvent plurifocale : uréthro-skénite (avec dysurie, pollakiurie, et issue d'une goutte de

pus à la pression du méat), bartholinite (douleurs labiales unilatérales), cervicites (leucorrhées purulentes), annexite, rectite et amygdalite.

- Chez l'enfant, la conjonctivite du nouveau-né contaminé lors de l'accouchement peut aboutir, faute de soins, à la fonte purulente de l'œil. La vulvo-vaginite des petites filles peut résulter d'une contamination indirecte (linges de toilettes souillées) mais doit faire rechercher un abus sexuel.
- Le diagnostic biologique est facile chez l'homme : l'étalement d'une goutte de pus urétral, coloré par le bleu de méthylène ou le gram, met en évidence de nombreux gonocoques.

Il est difficile chez la femme : l'examen direct des sécrétions urétrales, vaginales ou endocervicales est insuffisant ; il faut recourir à la culture délicate, sur milieux spéciaux pour identifier formellement *N. gonorrhoeae*.

- Dans les pays en voie de développement, le traitement des gonococcies est compliqué par l'extension considérable des souches de gonocoques résistantes à la pénicilline par production de pénicillinase (bêtalactamases).  
En cas d'urétrite gonococcique non compliquée chez l'homme, un traitement minute, selon les modalités exposées dans le tableau n° 2 est suffisant.
- Le traitement préventif est représenté par le traitement systématique des partenaires sexuels. La prévention des conjonctivites néonatales repose sur le traitement systématique du nouveau-né à la naissance, par collyre antiseptique (nitrate d'argent).

### **1.1.3. Chlamydioses**

#### **i) Chlamydioses urogénitales et néonatales**

- Chez l'homme, *chlamydia trachomatis* est responsable de la majorité des urétrites non gonococciques et post-gonococciques, d'épididymites, de prostatites.
- Chez la femme, l'infection est souvent silencieuse. Elle se complique à bas bruit de salpingite chronique, cause majeure de stérilité et de grossesse extra-utérine.

- Le diagnostic est délicat : l'isolement de *C. trachomatis* sur culture de tissu donne d'excellents résultats mais nécessite un laboratoire bien équipé.

**Tableau n° 2 :** Traitement minute de l'urétrite gonococcique non compliquée chez l'homme, en fonction des régions. (1)

<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
Amoxicilline 3g + Probénécide 1g (PO)	Ceftriaxone 250mg (IM)	Kanamycine 2g (IM)
Procaïne-benzylpénicilline aqueuse 4,8 millions UI (IM) + Probénécide 1g (PO)	Ciprofloxacine 500mg (PO)	Triméthoprim 80mg + sulfaméthoxazole 400mg = Bactrim® 10cp (PO) pendant 3 jours
Doxycycline 200mg (PO) pendant 7 jours	Spectinomycine 2mg (IM)	Tiamphénicol 250mg 10cp (PO) pendant 2 jours
<p>A : régions (de plus en plus rares) où les souches productrices de <math>\beta</math>-lactamase ont une incidence &lt; 1p.100.</p> <p>B : régions (de plus en plus fréquentes) où les souches productrices de <math>\beta</math>-lactamase en fonction de la prévalence des souches résistantes de gonocoques.</p> <p>C : per OS ; IM : intramusculaire.</p>		

- Le traitement repose sur les cyclines, constamment efficaces ; on prescrit habituellement 2g de tétracycline ou 200mg de doxycycline par jour pendant 7 à 21 jours. Chez la femme enceinte ou le nouveau-né, on préfère l'érythromycine.
- ii) Lymphogranulome vénérien ou maladie de Nicolas-Favre.
- Due à des sérotypes particuliers de *C. Trachomatis*, elle s'observe surtout chez les homosexuels masculins et dans certains pays tropicaux (Inde, Afrique Noire).
  - La symptomatologie est très riche, différente selon le sexe. Le chancre d'inoculation passe inaperçu dans 50p.100 des cas : c'est une ulcération herpétiforme des organes génitaux ou de l'anus. Le bubon inguinal qui

lui succède s'observe surtout chez l'homme. Il est fait de plusieurs adénopathies plus ou moins coalescentes ; d'abord mobiles, elles adhèrent ensuite à la peau, se ramollissent et se fistulisent (fistulisations multiples en « pomme d'arrosoir ») ; leur évolution est interminable.

- Le diagnostic est clinique, car l'isolement de *C. Trachomatis* à partir du pus ganglionnaire ou d'une lésion génitale et le sérodiagnostic (immunofluorescence spécifique) sont rarement réalisables dans les pays tropicaux.
- Le traitement repose sur les sulfamides et surtout les cyclines.

#### **1.1.4. *Chancre mou ou chancrelle (7)(8)***

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

Le chancre mou s'observe surtout chez l'homme. Parfois multiple, il siège au niveau des organes génitaux externes (gland, prépuce, fourreau) ou autour de l'orifice anal. Il est douloureux. Il s'accompagne d'adénopathies satellites susceptibles de se ramollir et de se fistuliser en un seul pertuis.

- Le diagnostic est difficile à prouver. Seule la culture est un argument formel.
- Le traitement général repose sur les sulfamides, l'association sulfaméthoxazole-triméthoprim et les macrolides.

#### **1.1.5. *Granulome inguinal ou donovanose (9)***

- Le granulome inguinal ou donovanose ne s'observe que dans certaines régions tropicales (Antilles, Amérique du Sud, Inde, Papouasie-Nouvelle-Guinée, îles du Pacifique). Il est dû à une bactérie proche des *Klebsiella*, *Calymmatobacterium granulomatis*, et n'est pas toujours transmis par contact vénérien.

- La donovanose se rencontre dans les 2 sexes. C'est une ulcération génitale chronique, granulomateuse, indolore.
- Le diagnostic est généralement clinique en zone d'endémie.
- Le traitement est délicat et aléatoire. Il utilise des cures alternées de streptomycine, de cyclines et de chloramphénicol.

#### **1.1.6. *Autres bactérioses***

On peut citer parmi les autres bactérioses les mycoplasmoses, l'infection à *Gardnerella vaginalis* et l'infection à streptocoque du groupe B.

### **1.2. Les viroses (10)(11)(12)**

Les IST d'origine virale peuvent être divisées en 5 types (Tableau n° 3)

- \* L'Herpès génital
- \* L'infection à cytomégalovirus
- \* Les hépatites virales
- \* L'infection par le VIH
- \* L'infection à Human Papilloma Virus (HPV)

#### **1.2.1. *L'Herpès génital***

- Dû à l'Herpès simplex virus type II, il semble moins répandu sous les tropiques que dans les pays industrialisés. La primo-infection réalise habituellement une vulvo-vaginite, une balanite et/ou une urétrite ; les pharyngites, les atteintes cutanées sont rares. Les lésions vésiculeuses multiples se transforment en vastes ulcérations qui se recouvrent d'une croûte avant de cicatriser en 15 à 20 jours. Douleur et prurit sont habituels ; les adénopathies satellites, la fièvre sont fréquentes.

#### **1.2.2. *Infection à cytomégalovirus***

L'isolement de CMV dans les urines ou au niveau du col est banal, mais l'importance de la transmission par voie sexuelle reste à préciser. Les infections congénitales ou périnatales sont redoutables.

**Tableau n° 3 :** Virus, parasites et champignons responsables de maladies sexuellement transmissibles. (1)

<b>Agents pathogènes</b>	<b>Pathologie</b>	<b>Traitement</b>
<b>Virus</b>		
Virus de l'hépatite B	Hépatite virale	0
Virus de l'hépatite C	Hépatite virale	0
Herpès simplex virus (HSV)	Herpès génital Herpès néonatal Ophtalmie herpétique	Aciclovir Phosphono formate
Cytomégalovirus (CMV)	0 (Sauf chez l'immunodéprimé et la femme enceinte)	Phosphono formate
Epstein-Barr Virus (EBV)	Mononucléose infectieuse	Aciclovir corticothérapie générale
Virus de l'immuno-déficience humaine (VIH)	Syndrome immunodéficientaire acquise	Antirétroviraux
HTLV-I	Syndrome lymphoproliféraif Neuromyélopathies	0
Human Papilloma Virus (HPV)	Condylomes cancer du col utérin Papillomes laryngés	Local
Levures Candida albicans	Candidose génitale (balanite, vulvovaginite, urétrite subaiguë)	Imidazolés par voie locale
Protozooses Trichomonas vaginalis	Urétrite subaiguë vulvovaginite	Imidazolés par voie locale et générale
Ectoparasitoses	Gale humaine	Insecticide

sarcoptes scabiei Phtirius inguinalis	Phtiriase	Insecticide
------------------------------------------	-----------	-------------

### **1.2.3. Hépatites virales**

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

### **1.2.4. Infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)**

La transmission sexuelle surtout homosexuelle en Europe et aux Etats-Unis, plutôt hétérosexuelle en zone tropicale, joue un rôle fondamental dans la diffusion de cette redoutable infection responsable du syndrome d'immunodéficience acquise ou SIDA.

### **1.2.5. Infection à Human papilloma virus ou HPV**

Les HPV sont des virus à ADN de la famille des papovaviridae. Il en existe une quarantaine de types différents. Certains induisent des végétations vénériennes (crêtes de coq, condylomes, verrues génitales), qui relèvent d'un badigeon prudent par une solution de podophyline diluée (8 à 20p.100 pendant une durée et à un rythme variable), de méthodes physiques (cautérisation, cryothérapie), ou de la chirurgie.

## **1.3. Parasitoses et mycoses (13)(14)(15)**

### **1.3.1. Trichomonase**

Les vaginites, les urétrites à *T. vaginalis* sont répandues sous les tropiques.

### **1.3.2. *Autres protozooses***

L'amibiase est courante chez les homosexuels mais il s'agit en règle de zymodèmes non pathogènes.

### **1.3.3. *Ectoparasites***

Le pou de pubis (*Phtirius inguinalis*) et le sarcopte de la gale (*Sarcoptes scabiei*) se transmettent souvent à l'occasion de rapports intimes.

## **2. L'ÉVALUATION**

### **2.1. Éléments d'une définition de l'évaluation**

L'évaluation porte un regard critique sur les différentes composantes de la planification et de la programmation. Cette définition contient implicitement la notion de jugement de valeurs que doit porter l'évaluation sur les différentes composantes du programme. En d'autres termes, la fonction première de l'évaluation est de déterminer la valeur ou le degré de succès dans l'atteinte d'un objectif prédéterminé.

### **2.2. Cadre conceptuel pour l'évaluation des programmes de santé (16)(17)(18)**

Le cadre conceptuel concerne essentiellement 3 dimensions : (Figure n° 1)

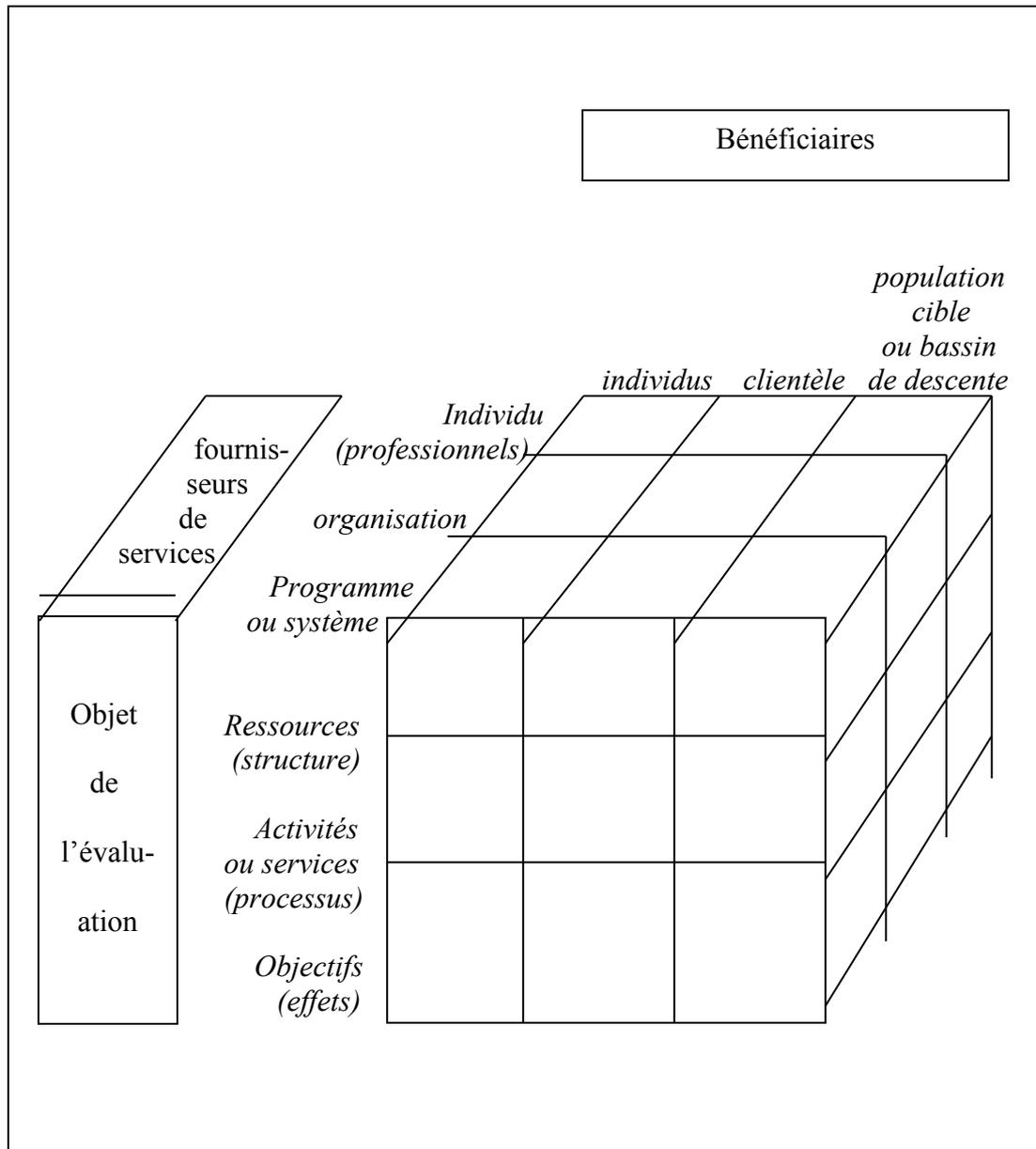
- \* Les bénéficiaires
- \* Les fournisseurs de services
- \* L'objet de l'évaluation

Ces trois dimensions ne constituent pas une liste exhaustive des éléments de l'évaluation mais elles peuvent former un cadre de référence pour une évaluation de programme.

- Au niveau des bénéficiaires

Les services peuvent viser des individus indifférenciés, une clientèle plus précise ou bien une population cible. Dans le cas d'un programme de santé

communautaire, la population cible constitue généralement l'objet visé par la démarche, alors que dans le cas d'un médecin ou d'un hôpital, c'est plutôt d'une clientèle qu'il s'agit. Enfin, le niveau des individus correspond à une toute autre façon de les regrouper, car il est évident que les trois catégories ne sont pas exhaustives.



**Figure n° 1 :** Cadre de référence pour l'évaluation des programmes de santé. (16)

Modifié et adapté d'après Donabédiau A.

- Le niveau des fournisseurs de services

La progression peut aller d'un simple individu jusqu'à un programme ou même un système de santé. Une organisation, comme un hôpital ou tout autre établissement de soins, peut être également représentée.

- **Objet de l'évaluation**

L'objet de l'évaluation constitue le point central du cadre conceptuel et de la démarche évaluative. Quel élément du plan, du programme ou du système de santé fait l'objet de l'évaluation ? Les éléments du programme sont les ressources, les activités ou services et les objectifs. Ces trois éléments correspondent à ce que de façon classique, l'on convient d'appeler l'évaluation de la structure, du processus et des effets.

La figure n° 2 présente de façon plus précise les relations entre le programme et l'évaluation. En ce qui concerne l'évaluation, on peut voir que les trois principales questions posées portent sur :

- les effets du programme c'est à dire le degré d'atteinte des résultats escomptés et des autres conséquences,
- la justesse des activités,
- l'adéquation des ressources.

Il faut noter en particulier que chaque objectif spécifique, activité et ressource fait l'objet d'une question d'évaluation du programme. Aussi l'adéquation des ressources est évaluée par rapport à la contribution de ressources spécifiques à la réalisation d'activités également spécifiques. De même, au niveau des objectifs, leur réalisation est évaluée par rapport à des activités spécifiques. C'est donc tout un réseau de relations de détermination qu'il faut évaluer, et non pas des éléments indépendants les uns des autres.

### **2.3. Evaluation stratégique (19)(20)**

L'évaluation stratégique vise à apprécier l'adéquation entre le programme et les problèmes à résoudre. En d'autres termes, il s'agit ici de juger de la pertinence des objectifs du programme en regard des problèmes qui affectent la population en question.

Les questions posées par ce type d'évaluation sont :

- i) Les objectifs du programme correspondent-ils aux problèmes définis et aux priorités telles qu'établies pour cette population ?
- ii) Quelle peut être la contribution du programme à la solution des problèmes identifiés ?

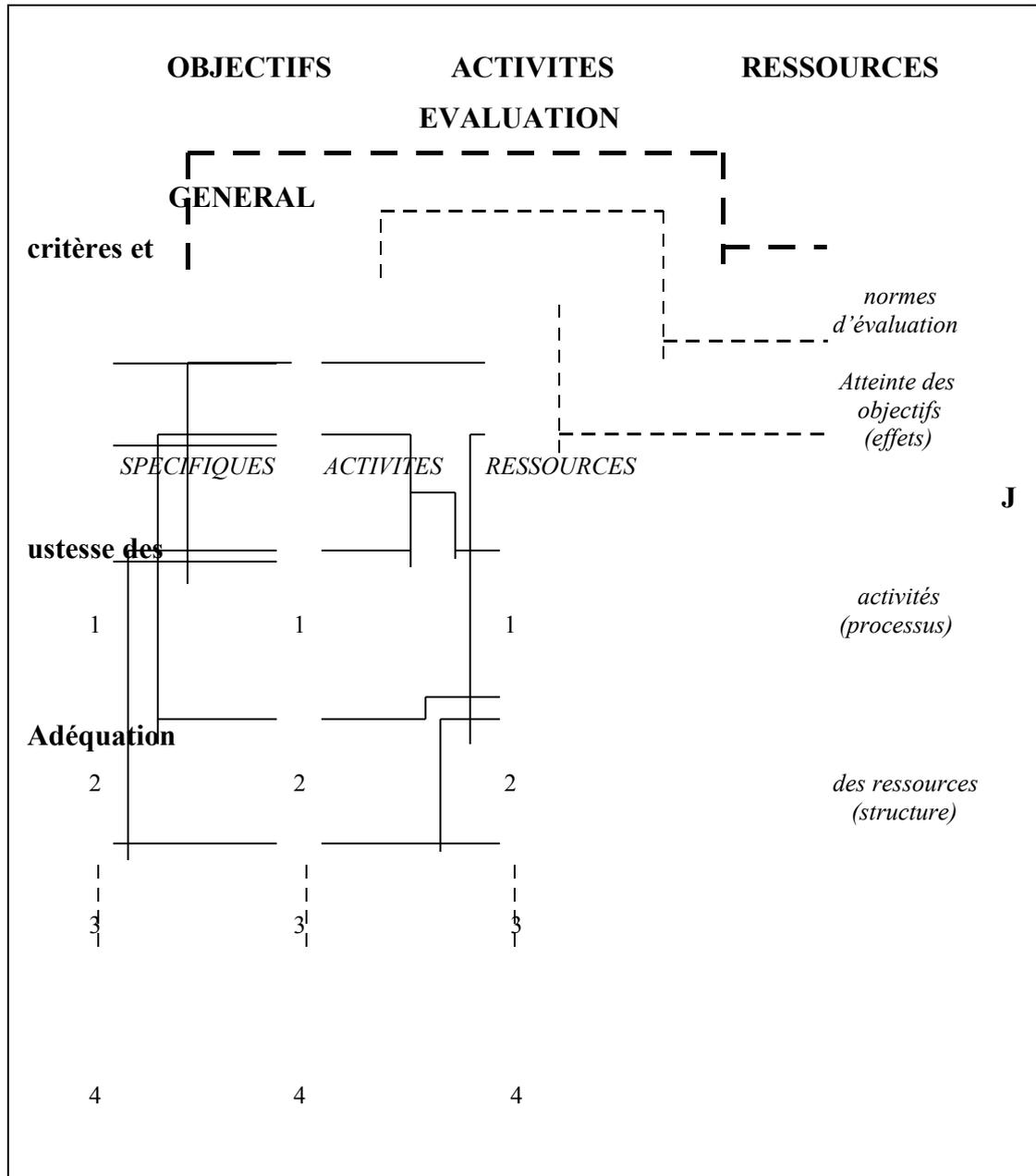


Figure n° 2 : La structure du programme de santé et l'évaluation.

(16)

## **EVALUATION DES ACTIVITES DE LUTTE CONTRE LES IST AU CSB<sub>2</sub> D'AMBOHIPO**

### **1. CADRE D'ETUDE**

#### **1.1. Le centre de santé de base du niveau 2 ou CSB<sub>2</sub> d'Ambohipo**

Le CSB<sub>2</sub> d'Ambohipo, lieu de la présente étude est une formation sanitaire de base qui comporte (Figure n° 3) :

- Un dispensaire
- Une maternité
- Un laboratoire d'analyse

##### **1.1.1. *Le dispensaire***

Le dispensaire se compose de :

- Un bureau du Médecin chef
- Un bureau des consultations externes
- Une salle des soins
- Une pharmacie
- Une salle pour le service de planification familiale
- Une salle pour le service du santé maternelle et infantile
- Une salle pour les internes du service
- Un secrétariat
- Une salle d'attente

##### **1.1.2. *Le laboratoire d'analyse***

Le laboratoire d'analyse réalise des examens élémentaires sur le sang, les urines et sur des prélèvements effectués sur place : crachats, écoulement génital.

### **1.1.3. *La maternité***

La maternité dispose :

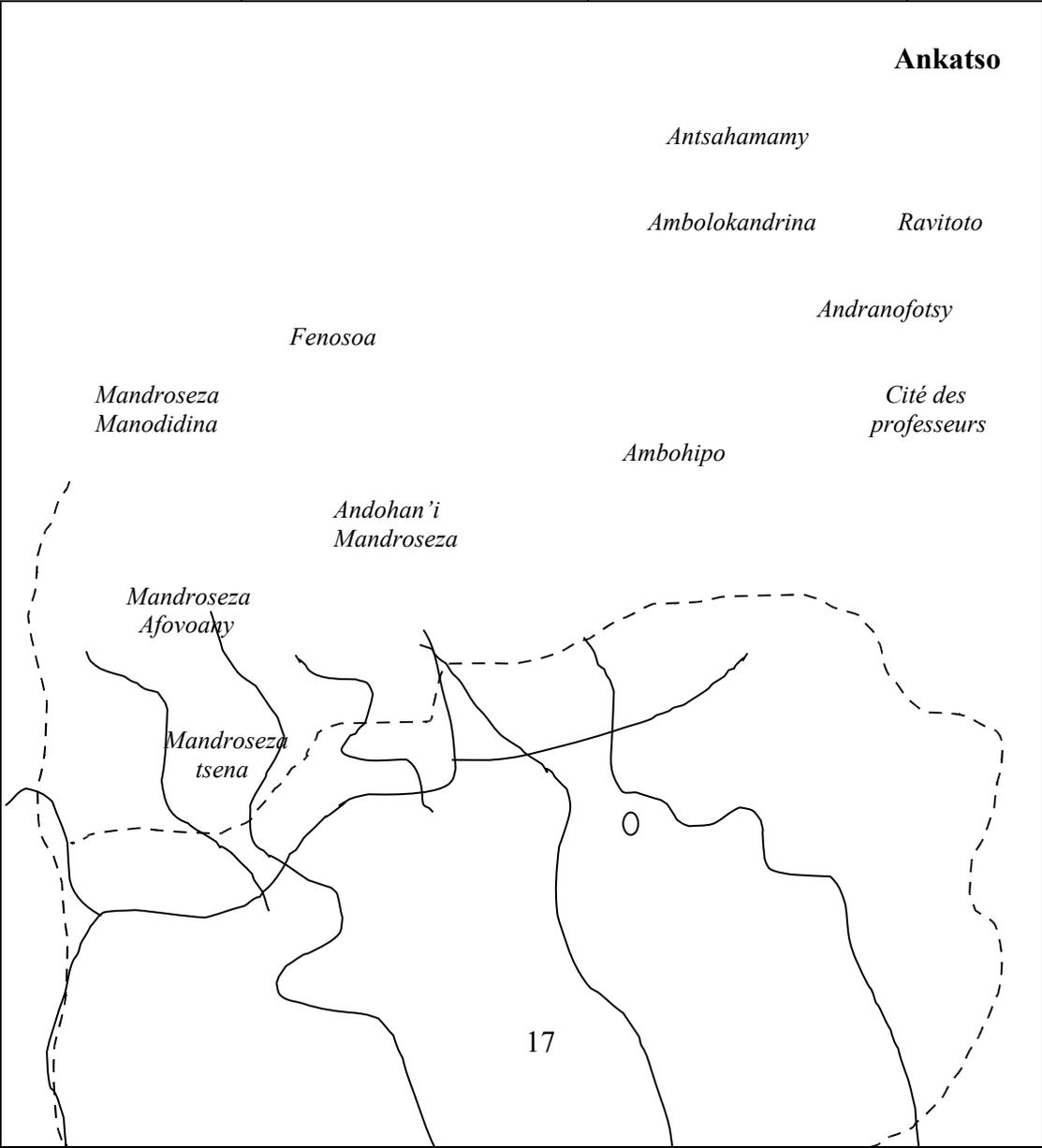
- D'une salle d'accouchement
- D'une grande salle de 7 lits pour les accouchées
- D'une salle du personnel permanent
- D'une salle des internes

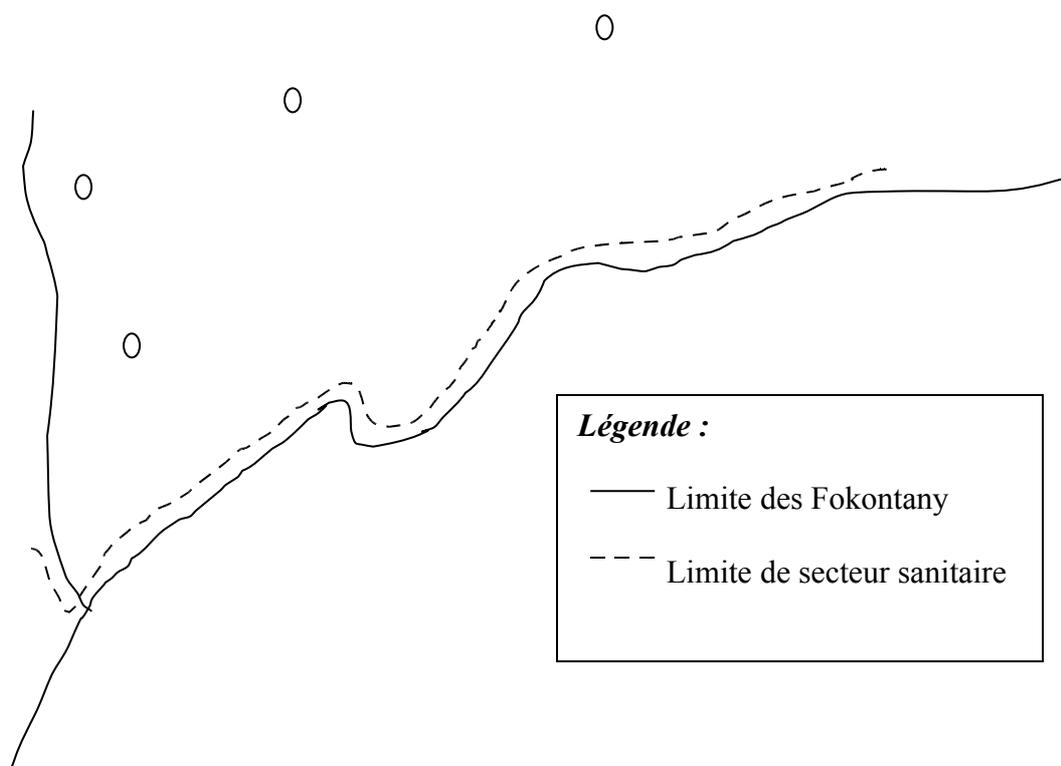
### **1.2. Le personnel**

**Entrée**

Laboratoire

Salle de stockage des médicaments	Pharmacie	
Salle de pansement		W.C
Salle des étudiants	Salle d'attente et salle d'IEC	
Salle de vaccination et CPN		
Bureau du Médecin	Bureau du médecin chef	Salle de PF





**Figure n° 4 :** Plan schématique du secteur sanitaire d'Ambohipo.

**Source :** CSB<sub>2</sub> Ambohipo.

### 1.3.1. Démographie

Le secteur sanitaire compte 35.014 habitants (Tableau n° 4) :

- **Tableau n° 4 :** Répartition de la population par Fokontany.

<b>Fokontany</b>	<b>Effectif de la population</b>
Ambohipo	12.514
Ambolokandrina	11.266
Andohan'i Mandroseza	5.135

Mandroseza	6.099
<b>TOTAL</b>	<b>35.014</b>

### 1.3.2. *Autres formations sanitaires*

- Cabinet Médical « Teza »
- Centre de Médecine Préventive Universitaire

## 2. Méthodologie

### 2.1. Méthode d'étude (21)(22)(23)(24)

- L'étude concerne l'évaluation des activités de lutte contre les IST au CSB<sub>2</sub> d'Ambohipo en 2001.
- L'évaluation concerne les activités d'IEC et les activités de consultations et soins des IST.
- La méthode d'étude utilise les techniques de l'épidémiologie descriptive : pourcentage, tableaux et diagrammes.

### 2.2. Les paramètres d'étude

Les paramètres d'étude sont :

- Le nombre de séances d'IEC
- Le nombre de participants lors des séances d'IEC/IST-SIDA
- Le nombre de cas d'IST enregistrés
- L'âge
- Le sexe
- Le domicile
- Les types d'IST
- La stratégie de prise en charge

## 3. Résultats

### 3.1. Les séances d'IEC/IST-SIDA

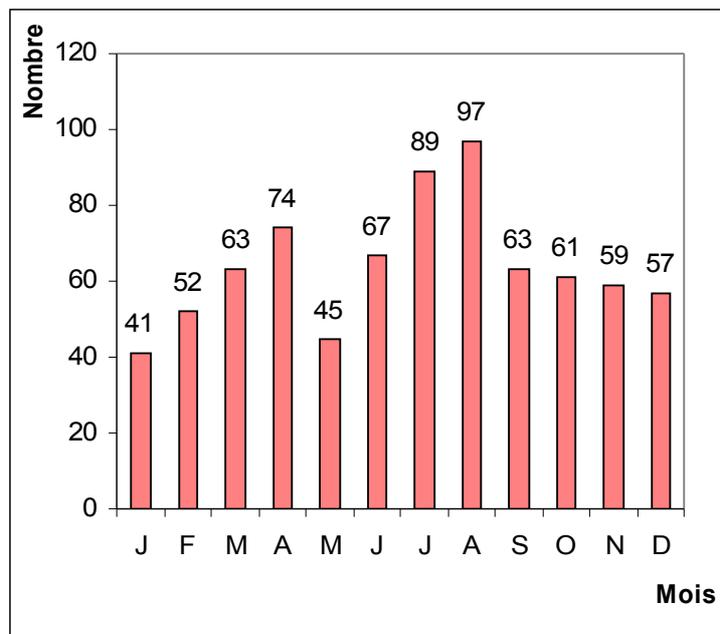
- Les séances d'IEC/IST-SIDA ont lieu une fois par semaine dans la grande salle d'attente du dispensaire du CSB<sub>2</sub> d'Ambohipo. Le CSB<sub>2</sub> totalise donc 52 séances d'IEC à stratégie fixe durant l'année 2001.
- Il n'y a pas de stratégie mobile.

### 3.2. Nombre de participants IEC

- *Tableau n° 5* : Nombre de participants IEC réalisé par mois.

Dénomi- nation	J	F	M	A	M	J	
Nombre	41	52	63	74	45	67	
Pourcentage	5,4	6,8	8,2	9,6	5,9	8,7	

- Les participants sont particulièrement nombreux au mois de Juillet et au mois d’Août.



*Figure n° 5* : Diagramme de la participation aux séances d’IEC.

### 3.3. Le nombre de cas d’IST

- 304 cas d’IST ont été enregistrés au CSB<sub>2</sub> durant l’année 2001.

### 3.4. L’âge

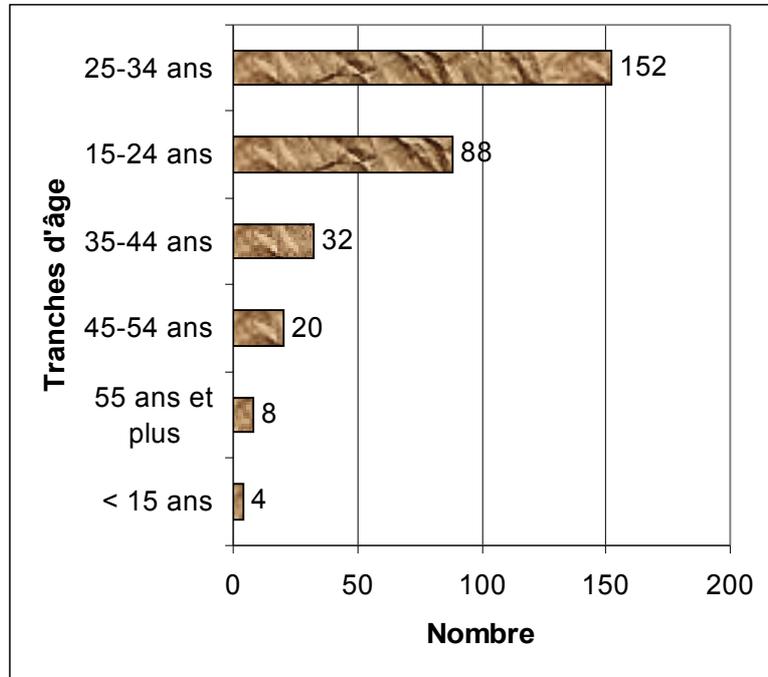
- *Tableau n° 6* : Répartition des malades selon les tranches d’âge.

Dénomi- nation	< 15 ans	15- 24 ans	25- 34 ans	35- 44 ans	45- 54 ans	55- 64 ans	65- 74 ans	75- 84 ans	85- 94 ans	95- 104 ans

<b>Nombre</b>	<b>4</b>	<b>88</b>	<b>152</b>	<b>32</b>	<b>20</b>	<b>8</b>
<b>Pourcentage</b>	<b>1,3</b>	<b>28,9</b>	<b>50,1</b>	<b>10,5</b>	<b>6,6</b>	<b>2,6</b>

- La majorité des cas d'IST concerne la tranche d'âge 25-34 ans.

**Figure n° 6 :** Diagramme de la répartition des malades selon les tranches



d'âge.

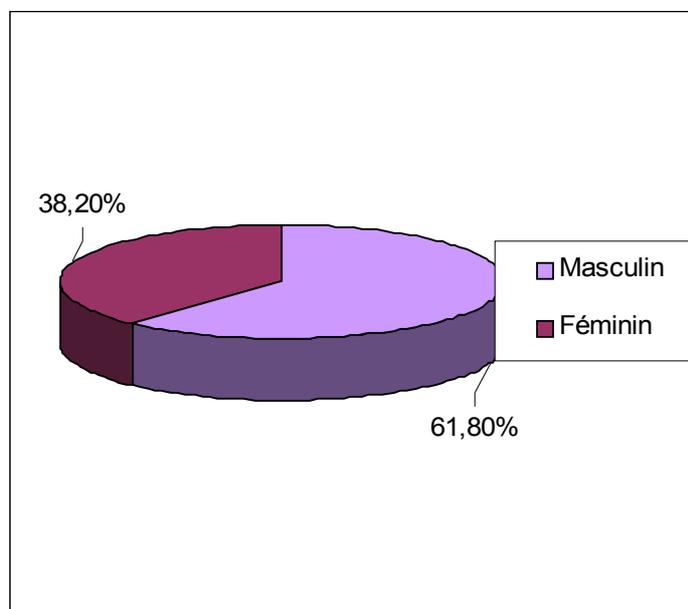
### 3.5. Le sexe

- **Tableau n° 7 :** Répartition des IST selon le sexe.

<b>Dénomination</b>	<b>Masculin</b>	<b>Féminin</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Nombre</b>	188	116	<b>304</b>
<b>Pourcentage</b>	61,8	38,2	<b>100%</b>

- Les cas d'IST vus et traités au CSB<sub>2</sub> sont plus nombreux chez le sexe masculin.

**Figure n° 7 :** Diagramme de la répartition des IST selon le sexe

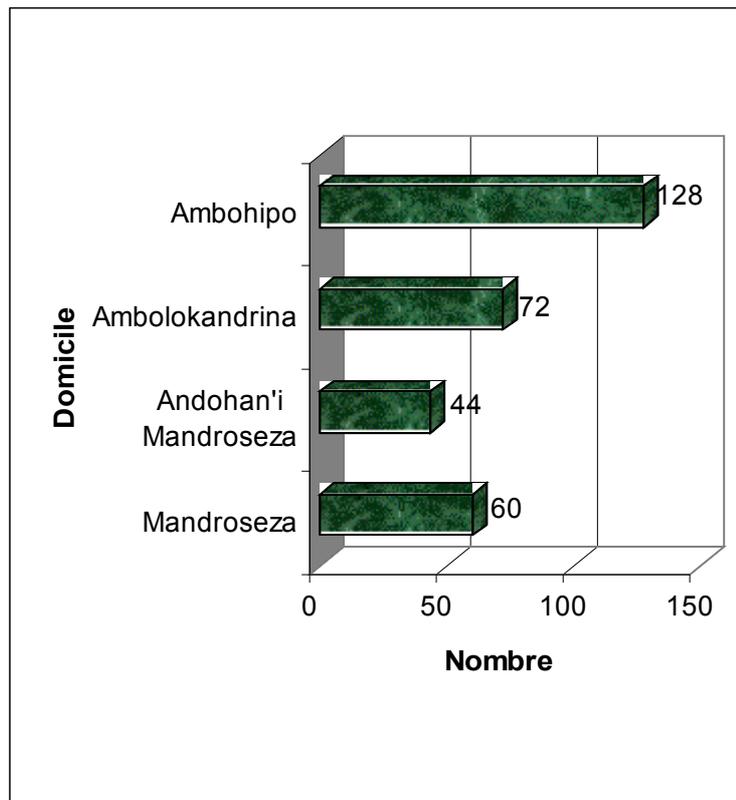


### 3.6. Le domicile

• **Tableau n° 8 :** Répartition des malades selon le domicile.

Dénomination	Ambohipo	Ambolo-kandrina	Andohan'i Mandroseza	Mandroseza	TOTAL
<b>Nombre</b>	128	72	44	60	<b>304</b>
<b>Pourcentage</b>	42,1	23,8	14,4	19,7	<b>100%</b>

- La majorité des malades vus et traités au CSB<sub>2</sub> sont d'Ambohipo.

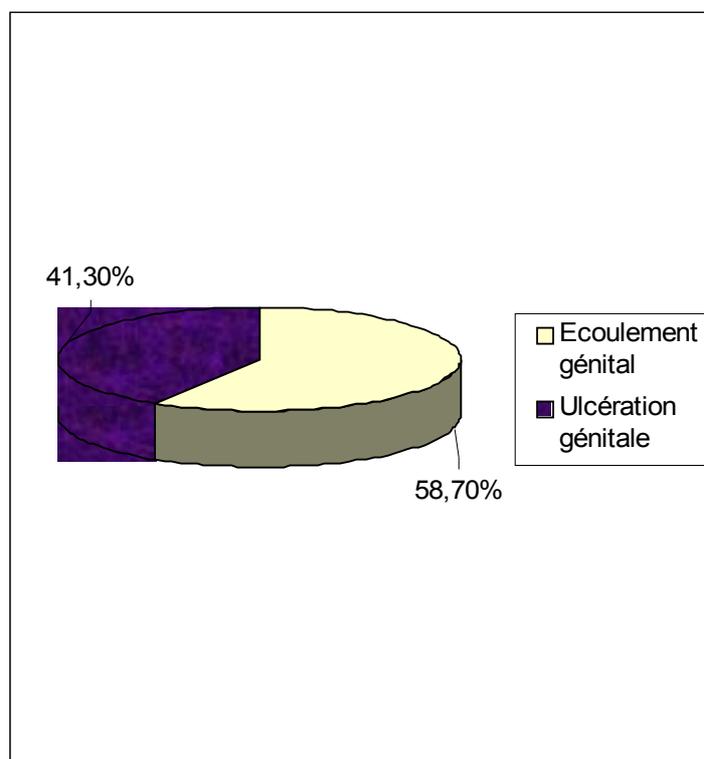


*Figure n° 8* : Diagramme de la répartition des malades selon le domicile.

### 3.7. Types d'IST

- *Tableau n° 9* : Répartition des malades selon le type d'IST.

Dénomination	Écoulement	Ulcération	TOTAL
	génital	génitale	
Nombre	178	126	304
Pourcentage	58,7	41,3	100%



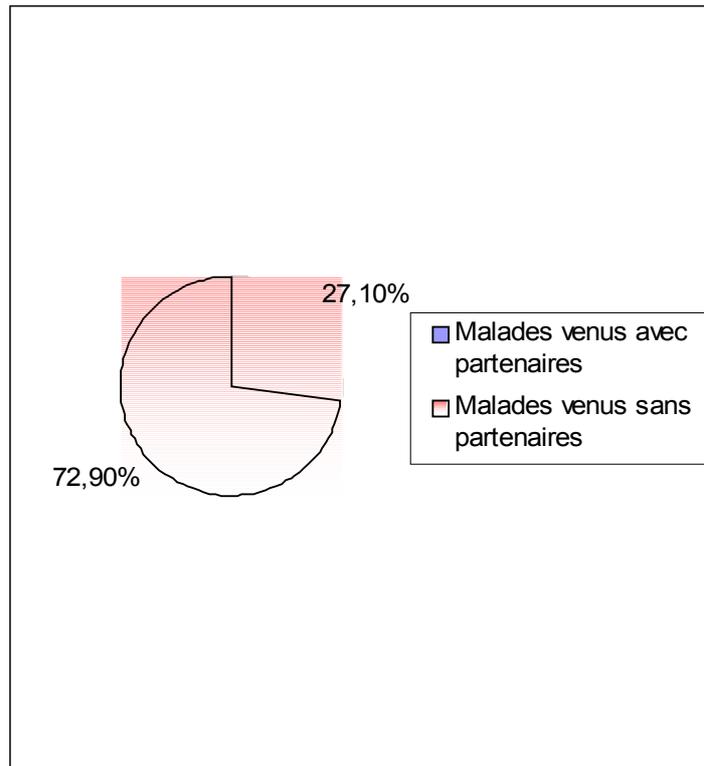
*Figure n° 9* : Diagramme de la répartition des malades selon le type d'IST.

### 3.8. Traitement des partenaires

- *Tableau n° 10* : Nombre de malades venus avec ou sans leurs partenaires.

Dénomination	Malades venus avec partenaires	Malades venus sans partenaires	TOTAL
Nombre	82	222	304
Pourcentage	27,1	72,9	100%

- 27,1% des malades sont venus avec leurs partenaires.



**Figure n° 10** : Diagramme du nombre de malades venus avec ou sans leurs partenaires.

## COMMENTAIRES, DISCUSSIONS ET SUGGESTIONS

### 1. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

Le secteur sanitaire du CSB<sub>2</sub> d'Ambohipo compte 35.014 habitants répartis au niveau de 4 fokontany. Les stratégies de lutte contre les IST sont :

- L'IEC à stratégie fixe.
- Le traitement des malades au CSB<sub>2</sub>.
- Le traitement des partenaires au CSB<sub>2</sub>.

#### 1.1. Les activités d'IEC

- Les activités d'IEC/IST-SIDA sont réalisées à raison d'une séance par semaine dans la salle d'attente du dispensaire du CSB<sub>2</sub>.
- Les sujets traités concernent essentiellement :
  - des informations générales sur la conduite à tenir en cas d'IST,
  - des données simples sur les principales maladies regroupées dans la dénomination IST :
    - \* Gonococcie
    - \* Syphilis
    - \* IST d'origine virale
    - \* IST d'origine parasitaire ou mycosique
    - \* Des informations générales sur le SIDA
    - \* Les méthodes de prévention : préservatifs, fidélité.
- Le nombre de participants à chaque séance varie de 10 à 30 participants. Ils sont en majorité du sexe féminin. Les personnes qui assistent aux séances d'IEC sont constituées essentiellement par les malades qui viennent en consultation, les mères et les femmes utilisatrices du CSB<sub>2</sub> pour des services tels que :
  - la vaccination
  - la planification familiale
  - les pesées
  - les CPN
- En 2001, le nombre de participants par mois est présenté au tableau n° 5. Il s'élève dans l'année concernée à 768 participants. Ce chiffre totalise le nombre de participants dénombré à chaque séance. Il ne distingue pas les participants habituels des nouveaux participants.
- Le nombre de participants est élevé pendant la période des grandes vacances : juin, juillet, août, septembre.

## **1.2. Les cas d'IST**

- En 2001, 304 cas d'IST ont été enregistrés au CSB<sub>2</sub> d'Ambohipo. La répartition des cas par tranche d'âge est présentée au tableau n° 6 :

- < 15 ans : 1,3%
- 15-24 ans : 28,9%
- 25-34 ans : 50,1%
- 35-44 ans : 10,5%
- 45-54 ans : 6,6%
- 55 ans et plus : 2,6%

Ces chiffres montrent que les tranches d'âge les plus concernées sont :

- 15-24 ans : 28,9%
- 25-34 ans : 50,1%

- En tenant compte du sexe, on note à partir du tableau n° 7 que les malades de sexe masculin sont plus nombreux au CSB<sub>2</sub> d'Ambohipo que les malades du sexe féminin :

- malades du sexe masculin : 61,8%
- malades du sexe féminin : 38,2%

Cette situation semble en contradiction avec la supériorité du nombre de femmes qui utilisent le CSB<sub>2</sub> en général par rapport au nombre d'utilisateurs du sexe féminin.

Il faut rappeler que la gonococcie est chez la femme, souvent latente. Ceci peut expliquer le retard de consultations chez les malades du sexe féminin.

Il faut remarquer également que selon le tableau n° 9, le nombre de cas d'écoulement génital est supérieur au nombre de cas d'ulcération génitale :

- écoulement génital : 58,7%
- ulcération génitale : 41,3%

L'écoulement génital est classiquement suspect de gonococcie.

### **1.3. Le traitement des partenaires**

- Les observations faites précédemment mettent en évidence l'importance de la stratégie de lutte contre les IST incluant le traitement systématique des partenaires.

- Le problème est que, comme le montre le tableau n° 10, les malades viennent souvent seuls au CSB<sub>2</sub> :

- malades venant avec partenaires : 27,1%
- malades venant sans partenaires : 72,9%

Pour que cette stratégie puisse devenir efficace, il faut que tous les malades ou au moins la majorité viennent avec leurs partenaires.

#### **1.4. Le domicile**

Selon le tableau n° 8, les malades viennent surtout d'Ambohipo :

- Ambohipo : 42,1%
- Ambolokandrina : 23,8%
- Mandroseza : 19,7%
- Andohan'i Mandroseza : 14,4%

Le facteur d'accessibilité géographique semble jouer ici pour déterminer le nombre d'IST venant consulter en fonction de la distance qui sépare le CSB<sub>2</sub> des Fokontany concernés.

## **2. SUGGESTIONS**

Compte tenu des observations sur la lutte menée contre les IST au CSB<sub>2</sub> d'Ambohipo et afin d'améliorer les stratégies de lutte, nos suggestions vont concerner trois points principaux :

- \* des stratégies mobiles pour l'IEC,
- \* promotion des préservatifs,
- \* disponibilités des médicaments pour traiter les IST.

### **2.1. Stratégie mobile pour l'IEC**

- Les séances d'IEC hebdomadaire menées au CSB<sub>2</sub> ne concernent que 768 participants en 2001, alors que le nombre de la population s'élève à 35.014 habitants. Ceci correspond à environ 2,2% de couverture IEC.

En conséquence, l'IEC/IST-SIDA devrait être réalisée en stratégie mobile.

- Une séance hebdomadaire d'IEC au niveau de chaque fokontany devrait améliorer la couverture IEC.
- La population doit connaître d'avance la date l'heure et le lieu des séances d'IEC. Ceci peut se faire par voie d'affichage dans le fokontany concerné.
- L'IEC doit faire l'objet d'un programme annuel, précisant le nom des fokontany concernés, les sujets d'IEC à traiter, les ressources nécessaires pour réaliser le programme.
- La bonne marche du programme nécessite un renforcement du personnel IEC : Un infirmier ou une sage-femme devrait compléter le personnel IEC. Le renforcement du personnel comporte la formation du personnel.

## **2.2. Promotion des préservatifs**

- Les activités de promotion des préservatifs peuvent être intégrées aux activités d'IEC.
- Le rôle des préservatifs dans la lutte contre les IST, le mode d'emploi des préservatifs, les lieux pour s'en procurer, toutes ces informations peuvent être données lors des séances d'IEC.

## **2.3. La disponibilité des médicaments**

- La disponibilité permanente des médicaments requis constitue une stratégie importante dans la lutte contre les IST.
- Les IST doivent être traitées correctement pour éviter des problèmes comme les récives, les résistances aux médicaments, et pour éviter les conséquences fâcheuses à plus ou moins longue échéance : grossesse extra utérine, stérilité, etc.

- Certains malades n'apprécient pas l'utilisation des médicaments par voie injectable : la prescription de médicaments administrés par voie orale permettrait de les aider à assurer correctement leurs traitements.
- La non disponibilité d'un produit pharmaceutique qui obligerait le malade à s'en procurer ailleurs risquerait de compromettre la réalisation du traitement.
- Il est donc proposé pour le CSB<sub>2</sub> d'Ambohipo la constitution d'un stock suffisant des médicaments pour les IST et le contrôle périodique de l'état du stock pour éviter les ruptures des réserves.

## CONCLUSION

La prévalence élevée des infections sexuellement transmissibles constitue un grave problème de santé publique à Madagascar.

Au niveau du CSB<sub>2</sub> d'Ambohipo, l'étude que nous avons menée sur les IST a montré les principaux points suivants : l'insuffisance des activités d'Information – Education – Communication qui ne couvrent que 2,2% de la population du secteur sanitaire ; l'importance du nombre de cas d'IST enregistrés en 2001 qui s'élève à 304 cas ; l'insuffisance du traitement des partenaires. Ces trois problèmes constituent un

obstacle sérieux à l'efficacité de la lutte contre les IST et ne permettent donc pas de réduire de façon conséquente la prévalence des IST.

Pour améliorer les stratégies de lutte, nous avons proposé :

- La pratique d'une stratégie mobile, au niveau de chaque fokontany du secteur sanitaire pour l'IEC/IST-SIDA.
- Les activités de promotion des préservatifs peuvent être intégrées aux activités d'IEC.
- La disponibilité des médicaments pour le traitement des IST doit être renforcée. Une bonne gestion des stocks permettrait d'éviter les problèmes de rupture susceptibles de compromettre sérieusement la lutte contre les IST dans le secteur sanitaire d'Ambohipo.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Gentilini M. Médecine tropicale. Médecine-sciences. Flammarion. 1995.
2. Maleville J. Géniaux M. Balle M. Texier L. Aspects actuels des maladies vénériennes dans les régions tropicales. Méd. Afr. Noire. 1984 ; 31 : 521.
3. Piot P. Meheus A. Epidémiologie des maladies sexuellement transmissibles dans les pays en développement. Ann. Soc. Belge. Méd. Trop. 1983 ; 63 : 87.
4. Osoba A.O. Sexually transmitted diseases in tropical Africa : a review of the present situation. Brit. J. Vener. Dis. 1981 ; 57 : 89.
5. Brisset C. La santé dans le Tiers Monde. Ed. La Découverte. Le Monde. 1984 : 251.
6. Martin-Bouyer G. Prophylaxie des maladies transmissibles. Enc. Médico. Chir 1975; 8005 M.
7. Saurat J.H. Grosshaus E. Laugier P. Lachapelle J.M. Dermatologie et vénérologie. 2<sup>e</sup> éd. Masson. 1990.
8. Gattef G. Lebras J. Problèmes épidémiologiques des grandes villes africaines. 5<sup>e</sup> journée médicale d'Abidjan. Méd. Afr. Noire. 1981 ; 28 : 431.
9. Deschryver A. Meheus A. Epidemiology of sexually transmitted diseases : the global picture. Bull WHO. 1990 ; 68 : 639-654.
10. Rosenbert M.J. Schulz K. Burton N. Sexually transmitted diseases in subsaharian Africa. Lancet. 1986 ; 12 : 152-153.
11. OMS. Prise en charge des patients atteints de maladie sexuellement transmissible. Ed. OMS. 1991 ; 810 : 23.
12. Georges A.J. Courbot M.C. Epidémiologie des infections à VIH en Afrique. Rev. Prat. 1990 ; 23 : 2131-2135.
13. Mann J.N. Kapita B.M. Colebunders R.L. Natural history of human immunodeficiency virus infection in Zaïre. Lancet. 1986 : 707-709.
14. Itoua Ngaporo A. Les aspects cliniques du Sida en Afrique. Rev. Prat. 1990 ; 23 : 2136, 2140.
15. Lesbordes J.L. Aspects cliniques de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine en Centrafrique. Méd. Trop. 1988 ; 48 : 351-357.



16. Pineault R. Daveluy C. La planification de la santé. Agence d'ARC. INC (Les Editions). 1990 : 411, 466.
17. NOCP. Les infections féminines à Youndé : importance de l'étiologie gonococcique. Méd. Trop. 1974 ; 34 : 573.
18. Lecomte R. Les paradigmes méthodiques en recherche évaluative. Les presses universitaires. 1982 : 3.
19. Lance J.M. L'évaluation des programmes à la prévention : concepts et principes d'application. Com. San. Sce. 1982.
20. Alperovitch A. De Dombal F.T. Gremy F. Evaluation of efficacy of medical action. North-Holland Publishing company. 1979.
21. Pineault R. Rationalisation de l'évaluation et du contrôle dans les organismes de santé. Adm. Hosp. Et soc. 1977.
22. Dabis F. Drucker J. Moren A. Epidémiologie d'intervention. Arnette. 1992.
23. Gremy F. Informatique médicale. Médecine-sciences. Flammarion. 1987.
24. Schwartz D. Méthodes statistiques à l'usage des médecins et des biologistes. Flammarion. 1993.



## VELIRANO

ETO ANATREHAN'I ZANAHARY, ETO ANOLOAN'IREO MPAMPIANATRA AHY SY IREO MPIARA-MIANATRA TAMIKO ETO AMIN'ITY TOERAM-PAMPINANARANA ITY ARY ETO ANOLOAN'NY SARIN'I HIPPOCRATE.

DIA MANOME TOKY SY MIANIANA AHO FA HANAJA LALANDAVA NY FITSIPIKA HITANDROVANA NY VONINAHITRA SY NY FAHAMARINANA EO AM-PANATONTOSANA NY RAHARAHAM-PITSABOANA.

HO TSABOIKO 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 AO AN-TRANON'OLONA AHO, DIA TSY AHITA IZAY ZAVA-MISEHO AO NY MASOKO, KA TANAKO HO AHY SAMIRERY IREO TSIAMBARATELO ABORAKA AMIKO ARY NY ASAKO TSY AVELAKO HATAO FITAOVANA HANATONTOSANA ZAVATRA MAMOAFADY NA HANAMORANA FAMITAN-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 LALAN'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 HO 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 la Faculté de Médecine d'Antananarivo**

**Signé : Professeur RAJAONARIVELO PAUL**



**Name and first name : RAMBELOSON Martin**

**Title of the thesis : “FOR A BETTER IST/ PREVENTION STRATEGY IN  
THE CSB<sub>2</sub> OF AMBOHIPO”**

**Heading : Public Health**

**Number of figures : 10    Number of pages : 32    Number of tables : 10**

**Number of appendix : 00    Number of diagrams : 06    Number of photographs : 00**

**Number of bibliographical references : 24**

### **SUMMARY**

“For a better IST prevention strategy in the CSB<sub>2</sub> of Ambohipo” is a research which aims to estimate the IST prevention activities in the sanitary sector in order to suggest an adapted prevention strategy.

By the use of descriptive epidemiological techniques the estimation of the activities rests essentially on the IEC/IST-AIDS, the treatment of the patients and partners.

The results show that the IEC activities covering concerns only 2,2% of the population ; that the IST cases number consulted and treated in the CSB<sub>2</sub> is important : 304 cases for the year 2001 ; the number of patients coming to treat their partners is insufficient : only 27,1% of the patients consult for their partners.

For a better IST prevention strategy, our propositions concern 3 points :

- The practice of an mobile strategy of IEC.
- Some condoms promotion activities integrated with the IEC activities.
- An continuous availability of IST treatment medicines.

**Key words :                    IST – IEC – Condoms – Medicines –  
Partner’s treatment.**

**Director of the thesis : Professor RATOVO Fortunat**

**Reporter of the thesis : Doctor RANDRIAMANJAKA Jean Rémi**

**Address of author :    Lot II H 2 GXZ Nanisana Iadiambola Tana (101)**



**Nom et Prénoms : RAMBELOSON Martin**

**Titre de la thèse : « POUR UNE MEILLEURE STRATEGIE DE LUTTE CONTRE  
LES IST AU CSB<sub>2</sub> D'AMBOHIPO »**

**Rubrique : Santé publique**

**Nombre de figures : 10    Nombre de pages : 32    Nombre de tableaux : 10**

**Nombre d'annexes : 00    Nombre de diagrammes : 06    Nombre de photos : 00**

**Nombre de références bibliographiques : 24**

## **RESUME**

« Pour une meilleure stratégie de lutte contre les IST au CSB<sub>2</sub> d'Ambohipo » est une étude qui a pour objectif d'évaluer les activités de lutte contre les IST dans le secteur sanitaire afin de suggérer une stratégie de lutte plus adéquate.

A l'aide des techniques de l'épidémiologie descriptive, l'évaluation des activités porte essentiellement sur l'IEC/IST-SIDA, le traitement des malades et le traitement des partenaires.

Les résultats de l'étude montrent que la couverture des activités d'IEC ne couvrent que 2,2% de la population ; que le nombre de cas d'IST vus et traités au niveau du CSB<sub>2</sub> est important : 304 cas pour l'année 2001 ; le nombre de malades qui viennent se soigner avec leurs partenaires est insuffisant : 27,1% des malades seulement consultent avec leurs partenaires.

Pour une meilleure stratégie de lutte contre les IST, nos propositions concernent les trois points suivants :

- La pratique d'une stratégie mobile en matière d'IEC.
- Des activités de promotion des préservatifs intégrées aux activités d'IEC.
- Une disponibilité permanente des médicaments destinés au traitement des IST.

**Mots clés :                    IST – IEC – Préservatif – Médicaments – Traitement des  
partenaires.**

**Directeur de thèse :    Professeur RATOVO Fortunat**

**Rapporteur de thèse : Docteur RANDRIAMANJAKA Jean Rémi**

**Adresse de l'auteur : Lot II H 2 GXZ Nanisana Iadiambola Tana (101)**