

SOMMAIRE

SOMMAIRE	Pages
LISTE DES TABLEAUX	
LISTE DES FIGURES	
LISTE DES PHOTOS	
LISTE DES ABREVIATIONS	
INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE	
I- RAPPELS ET GENERALITES.....	3
I-1 Quelques définitions.....	3
I-1-1 Les IST	3
I-1-2 La prévalence d'une maladie :	3
I-2 Historique des IST :	3
I-3 Facteurs favorisant les IST :	4
I-3-1 Facteurs comportementaux :	4
I-3-2 L'âge et le sexe :	4
I-3-3 Le statut matrimonial :	4
I-3-4 La profession :	5
I-3-5 La situation géographique :	5
I-3-6 les facteurs biologiques :	5
I-3-8 les facteurs sociopolitiques et économiques :	6
I-3-9 Indicateurs et facteurs de risque :	6
I-4 L'étude des principaux IST :	6
I-4-1 les IST avec écoulements génitaux.....	7
I-4-1-1 La Gonococcie :	7
I-4-1-2 Trichomonase :	9
I-4-1-3 Chlamydiose:	11
I-4-1-4 Candidoses génitales :	12
I-4-2 Les IST avec ulcération génitale :	13
I-4-2-1 Syphilis vénérienne :	13
I-4-2-2 Chancre mou :	14
I-4-2-3 Herpès génital :	15
I-4-3 Les IST tumorales :	16

I-4-3-1 Lymphogranulome vénérien ou Maladie de Nicolas-Favre :	16
I-4-4 Les autres IST :	16
I-4-4-1 VIH/SIDA :	16
I-4-4-2 Les Hépatites virales :	18
DEUXIEME PARTIE : L'ETUDE PROPREMENT DITE	
I- Objectif d'étude :	19
I-1 Objectif principal :	19
I-2 Objectifs spécifiques :	19
II- Matériels et Méthodes :	19
II-1 Cadre d'étude :	19
II-1-1 Le CSB II d'Ambohipo :	19
II-1-2 Le secteur sanitaire :	23
II-1-3 Les aspects socio- économiques:	25
II-2 Méthodologie :	26
II-2-1 Type d'étude :	26
II-2-2 Population d'étude :	26
II-2-3 Critères d'inclusion :	26
II-2-4 Critères d'exclusion :	26
II-2-5 Matériels d'étude :	26
II-2-6 Méthode d'étude :	26
II-2-7 Paramètres d'étude :	27
II-2-8 Analyse des paramètres :	27
III- Résultats :	27
III-1 Répartition totale des consultants selon le genre.	28
III- 2 Selon le genre.....	29
III- 3 Selon l'âge	30
III- 4 Relation entre l'âge et le genre	31
III- 5 Lien entre l'approche syndromique et le genre	32
III- 6 Répartition des consultants selon les écoulements génitaux et l'âge.....	33
III- 7 Répartition des consultants selon les écoulements génitaux et le genre.....	34
III- 8 Répartition des consultants selon les écoulements génitaux et les ulcérations génitales.	35
III- 9 Répartition mensuelle des cas d'IST	36
III- 10 Répartition mensuelle des cas de syphilis chez les femmes enceintes.	37

III- 11 Répartition mensuelle des cas de VIH/SIDA chez les femmes enceintes	38
III- 12 Répartition des cas d'IST selon le quartier d'origine	39
III- 14 Répartition des cas d'IST selon la situation matrimoniale	41
III- 15 Répartition des personnels prenant en charge les malades porteurs d'IST.	42
TROISIEME PARTIE : DISCUSSIONS, COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS	
I – DISCUSSIONS ET COMMENTAIRES	43
I-1 Sur le profil socio-démographique :	44
I-1-1 Selon le genre :	44
I-1-2 Selon l'âge :	45
I-1-3 Selon l'âge et le genre :	46
I-2 Selon l'approche syndromique :	47
I-3 La répartition des écoulements génitaux selon l'âge :	48
I-4 La répartition des écoulements génitaux selon le genre :	49
I-5 La répartition des écoulements génitaux et des ulcérations génitales :	49
I-6 La répartition mensuelle des cas d'IST :	51
I-7 La répartition mensuelle de la syphilis chez les femmes enceintes :	51
I-8 Selon le quartier d'origine :	52
I-9 Selon la profession :	52
I-10 Selon la situation matrimoniale :	53
I-11 Les personnels prenant en charge les IST/SIDA :	53
II- SUGGESTIONS :	54
II-1 Pour le Personnel du CSB II d'Ambohipo :	54
II-2 Pour la lutte contre les IST/SIDA en générale :	55
CONCLUSION	59
ANNEXES	
BIBLIOGRAPHIE	

LISTE DES TABLEAUX

N° d'ordre	Intitulée	Pages
Tableau I :	Traitement minute de l'urétrite gonococcique non compliquée chez l'homme, en fonction des régions.....	9
Tableau II :	Répartition des habitants par Fokontany.	25
Tableau III :	Répartition totale des consultants (avec/sans IST/SIDA) selon le genre.....	28
Tableau IV :	Répartition des cas d'IST/SIDA selon le genre.....	29
Tableau V :	Répartition des cas d'IST/SIDA selon l'âge.	30
Tableau VI :	Répartition des cas d'IST/SIDA selon l'âge et le genre.....	31
Tableau VII :	Répartition des consultants selon l'approche syndromique.	32
Tableau VIII :	Répartition des consultants selon les écoulements génitaux et l'âge.....	33
Tableau IX :	Répartition des consultants selon les écoulements génitaux et le genre.	34
Tableau X :	Répartition des consultants selon les écoulements génitaux et les ulcérations génitales.	35
Tableau XI :	Répartition mensuelle des cas d'IST.	36
Tableau XII :	Répartition mensuelle des cas de syphilis chez les femmes enceintes....	37
Tableau XIII :	Répartition mensuelle des cas de VIH/SIDA chez les femmes enceintes.	38
Tableau XIV :	Répartition des cas d'IST selon le quartier d'origine.....	39
Tableau XV :	Répartition des cas d'IST selon la profession	40
Tableau XVI :	Répartition des cas d'IST selon la situation matrimoniale.....	41
Tableau XVII :	Répartition des personnels prenant en charge les malades porteurs d'IST.....	42

LISTE DES FIGURES

N° d'ordre	Intitulée	Pages
Figure 1 :	Plan schématique des locaux du CSB II d'Ambohipo.	22
Figure 2 :	Localisation du CSB II d'Ambohipo.....	24
Figure 3 :	Répartition totale des consultants selon le genre.....	28
Figure 4 :	Répartition des cas d'IST/SIDA selon le genre.....	29
Figure 5 :	Répartition des cas d'IST/SIDA selon l'âge.	30
Figure 6 :	Répartition des cas d'IST/SIDA selon l'approche syndromique.	32
Figure 7 :	Répartition des consultants selon les écoulements génitaux et l'âge.	33
Figure 8 :	Répartition des consultants selon les écoulements génitaux et le genre.	34
Figure 9 :	Répartition des consultants selon les écoulements génitaux et les ulcérations génitales.	35
Figure 10 :	Répartition des cas d'IST selon le quartier d'origine.....	39
Figure 11 :	Répartition des cas d'IST selon la situation matrimoniale.....	41

LISTE DES PHOTOS

N° d'ordre	Intitulée	Pages
Photo I :	Le bâtiment du CSB II Ambohipo.....	21
Photo II :	Le bâtiment montrant la maternité et le bureau du médecin chef.	21

LISTE DES ABREVIATIONS

CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CPN	Consultation Pré-natale
CSB II	Centre de Santé de Base de niveau II
EPP	Estimation Projection Pays
FTA-Abs	Fluorescent Treponemal Antibody –Absorption test
GEU	Grossesse Extra-Utérine
HPV	Human Papilloma Virus
HVS	Herpès Virus Simplex
IEC	Information, Education, Communication
IST	Infection Sexuellement Transmissible
MST	Maladie Sexuellement Transmissible
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PED	Pays En voie de Développement
PF	Planning familial
PEV	Programme Elargie de Vaccination
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
SIDA	Syndrome de l'Immuno-déficience Acquise
SE/CNLS	Secrétaire Exécutif du Conseil National de Lutte contre le SIDA
TPHA	Treponema Pallidum Hemagglutination Assay
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) posent des risques graves et portent préjudice à la santé et au bien être de centaines de millions d'hommes et de femmes dans le monde entier. Parmi les conséquences des IST figurent la stérilité féminine et masculine, la grossesse ectopique, la mortalité, les maladies chroniques chez le nourrisson, voire son décès, et le cancer du col de l'utérus. Comme la présence d'une IST peut accroître la probabilité de la transmission du VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine), la lutte contre ces infections constitue une stratégie importante pour freiner la propagation du VIH/SIDA.

Les chiffres donnés par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) récemment montrent qu'il y a 340 millions de nouveau cas par an dont la majorité se trouve dans les pays en voie de développement. Et les personnes les plus exposées sont surtout les jeunes de 15 à 49 ans. Ainsi, les maladies sexuellement transmissibles et ses complications constituent les trois premiers motifs de consultation des adultes. Les IST représentent la deuxième cause de morbidité des femmes en âge de procréer.

A Madagascar les IST représentaient la sixième cause de morbidité en 2006, dont la gonococcie seule représente 50 %. En 2001, les personnes vivant avec le VIH à Madagascar étaient de 22000 (1). De ce fait, Madagascar a pris un nouveau départ avec l'adoption, en novembre 2006 de Madagascar Action Plan (MAP), pour la période 2007– 2011, afin d'atteindre les objectifs du millénaire pour le développement (MDG) et améliorer la condition de vie de la population. Le MAP représente pour le gouvernement et les partenaires au développement, le cadre de référence pour les programmes de développement pour les cinq prochaines années. Ce plan d'action comporte huit engagements dont le cinquième concerne la santé, le planning familial et la lutte contre le VIH/SIDA.

Selon le rapport ONUSIDA/OMS 2009, le nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA dans le monde en 2009 était de 33,3 millions dont la majorité se trouve en Afrique Sub-saharienne avec 22,5 millions. Le nombre de décès dû au SIDA en 2009 était de 1,8 millions (dont l'Afrique Sub-saharienne représente les 1,3 millions) (2).

Ainsi la sévérité et l'impact de cette endémie, ainsi que l'interrelation IST/VIH nous ont motivé à procéder à l'étude de l'opérationnalisation de la prise en charge des IST/SIDA

dans le CSB II d'Ambohipo durant l'année 2009. Le choix d'Ambohipo, du fait de sa zone stratégique, il est entouré d'une population estudiantine, l'existence de vente illicite des médicaments et la présence de nombreux bars, facteurs favorisant les IST. L'objectif de cette étude est d'identifier le profil de la population à risque d'IST/SIDA suivis dans le CSB II d'Ambohipo et déterminer les facteurs favorisant la dissémination et la recrudescence de ces maladies.

Pour atteindre cet objectif, nous avons divisé notre travail en trois parties, outre l'introduction et la conclusion :

- Première partie : revue de la littérature.

(Rappels et généralités)

- Deuxième partie : étude proprement dite.
- Troisième partie : discussions, commentaires et suggestions.

PREMIERE PARTIE :
REVUE DE LA LITTERATURE

I- RAPPELS ET GENERALITES

I-1 Quelques définitions

I-1-1 Les IST

Une IST ou Infection sexuellement transmissible (qu'on appelait avant maladie sexuellement transmissible) est une maladie qui se transmet par des relations sexuelles avec une ou des personne(s) déjà contaminée(s), qu'il y ait ou non pénétration. Les IST peuvent être dues à différents microbes: bactéries, virus, parasites, champignons. Parmi les IST les plus connus, on peut citer: le VIH/SIDA, l'hépatite B, l'herpès, la blennorragie, les chlamydioses, les condylomes, la syphilis, les papilloma-virus...

I-1-2 La prévalence d'une maladie : (3)

C'est le nombre total des cas d'une maladie définie (ou de tout autre événement, tel qu'un accident) existant ou survenant dans une population donnée, sans distinction entre les cas nouveaux et les cas anciens. La prévalence peut être enregistrée à un moment précis ou durant une période déterminée. Elle s'exprime sous la forme d'un taux dont le dénominateur représente soit le nombre d'individus de la population au moment choisi, soit le nombre estimatif d'individus au milieu de la période considérée. La prévalence à un moment donné est utilisée en épidémiologie, statistique sanitaire et démographique.

La prévalence au cours d'une période plus ou moins longue convient à l'étude des maladies de longue durée et sert surtout aux statistiques d'assurance maladie et aux statistiques hospitalières (prévalence au cours de tel mois ou telle année).

I-2- Historique des IST : (4)

Les IST sont connues depuis des siècles. Elles connaissent leurs apogées pendant les périodes de guerre. Au début, elles étaient dominées par la blennorragie et la syphilis dont le traitement avant le début du XX^e siècle était l'absorption orale de mercure, traitement très contraignant. A un moment, tout le monde les croit en voie de disparition, surtout quand les sulfamides et la pénicilline firent leur entrée dans l'arsenal thérapeutique (en 1942).

Mais aujourd'hui, ces maladies sont en recrudescence mondiale et concernent de nombreux autres germes, virus, champignons et même des parasites.

Depuis 20 ans, dans les pays développés, les infections à manifestation aiguë (gonococcie, chancre mou) ont régressé au profit des infections à évolution plus sournoise (infection à *chlamydia trachomatis*, herpès génital, infection à humain papilloma virus (HPV), mycoplasmoses, infection à VIH au début,...).

I-3- Facteurs favorisant les IST :

Ces facteurs sont très nombreux :

I-3-1 Facteurs comportementaux : (4) (5) (6) (7)

Ce sont surtout la pratique sexuelle :

--les rapports sexuels non protégés par des préservatifs, les partenaires sexuels multiples, la prostitution et l'homosexualité sont les premières causes de survenue des IST.

--Les rapports sexuels ano-génitaux facilitent la contamination des IST surtout de l'infection à VIH du fait de la fragilité de la muqueuse anale. Aussi la consommation de tabac, d'alcool et de drogues, l'utilisation de contraceptifs type dispositif intra-utérine (DIU) ainsi que la précocité des rapports sexuels augmentent le risque de transmission des IST.

I-3-2 L'âge et le sexe : (8) (9) (10)

- Les femmes sont beaucoup plus exposées et plus vulnérables aux IST que les hommes pour plusieurs raisons :
 - ✓ Les femmes sont biologiquement plus réceptives que les hommes.
 - ✓ Les tableaux cliniques féminins sont plus frustrés que ceux des hommes et exposent à un risque plus élevé de transmission (temps d'exposition plus long) et de complication (temps d'évolution plus long).
- Le risque de contracter des IST est plus élevé chez les sujets jeunes d'âge inférieur à 25 ans, surtout ceux dans la tranche d'âge de 15-24 ans. Pour les femmes les plus vulnérables sont de 15-44 ans.

I-3-3 Le statut matrimonial : (4) (11)

Les IST sont plus fréquentes chez les célibataires endurcis, les divorcé(e)s ou les séparé(es), les veufs ou veuves.

I-3-4 La profession : (4) (12)

Certaines professions sont exposées aux IST que d'autres, mais en tout cas, tout dépend de l'éducation acquise et/ou du comportement sexuel de chaque individu :

- Les prostitués et les travailleurs de sexe sont les sujets à haut risque.
- Les militaires, les camionneurs, les marins, les touristes et les grands voyageurs,...le sont également.

Des études effectuées à Madagascar en 2002 montrent les plus vulnérables aux IST/SIDA, comme les prostituées, les agriculteurs, les ménagères, les commerçants, les militaires, les marins et enfin les hôteliers (source : LNR juin 2000).

I-3-5 La situation géographique : (4) (5)

L'incidence des IST est plus élevée dans la population habitant dans une grande ville, dans un milieu à population dense, dans un pays en voie de développement.

I-3-6 les facteurs biologiques : (4) (5) (13)

- les antécédents biologiques (fausses couches, interruption volontaire de grossesse...) jouent un rôle important dans la survenue des IST.
- les sujets non circoncis attrapent facilement les IST,
- la coinfection et la plaie des muqueuses facilitent la transmission et la virulence des IST et du SIDA,
- la résistance aux antibiothérapies et l'augmentation des réservoirs asymptomatiques rendent difficile la prise en charge, donc favorisent la recrudescence des IST.

I-3-7 les facteurs socioculturels : (4)

Sont incriminés dans la haute prévalence des IST :

- la liberté sexuelle, liberté des mœurs à cause des films dans la culture moderne,
- l'exode rural, la mobilité accrue des populations avec augmentation de la promiscuité sexuelle,
- la disparition progressive des coutumes traditionnelles,
- la révolution sexuelle couplée d'un manque d'éducation sexuelle,
- la baisse des contraintes socio-familiales,

I-3-8 les facteurs sociopolitiques et économiques : (5) (11)

Plusieurs facteurs politiques favorisent la dissémination des IST :

- la pauvreté, le chômage,
- le déséquilibre politique,
- les crises économiques,
- la promiscuité,
- l'urbanisation et l'industrialisation,
- l'emploi féminin,
- le développement de zones d'exploitation (type zone franche, PMI, PME, zone de développement) sans mesures sanitaires et sociales appropriées.

I-3-9 Indicateurs et facteurs de risque : (5) (14)

Au total, ces conditions favorisantes permettent de définir un certain nombre de critères qui doivent inciter au dépistage des IST, même en l'absence de signes cliniques d'appel :

- sujet moins de 25ans,
- sujet à partenaires sexuels récents,
- sujet à partenaires sexuels multiples,
- sujet n'utilisant pas de préservatifs,
- sujet consommant des drogues, surtout injectable,
- sujet travaillant du sexe,
- sujet à niveau socio-économique, éducatif et culturel bas.

I-4 L'étude des principaux IST :

On va classer les IST en 4 groupes :

- Avec écoulements génitaux,
- Avec ulcérations génitales,
- Les IST tumorales,
- Les autres IST.

I-4-1 les IST avec écoulements génitaux

I-4-1-1 La Gonococcie :

La plus fréquente.

a) Définition:

La gonococcie appelée aussi blennorragie est l'ensemble des manifestations morbides engendrées par le gonocoque ou *Neisseria gonorrhoeae*. Sa symptomatologie est bien connue. Elle n'a guère d'originalité sous les tropiques. (15) (16) (17)

b) Symptomatologie (18)

-- Chez l'homme :

L'urétrite aiguë (ou blennorragie) est la manifestation la plus courante. Elle survient 5 à 6 jours après le contagement (toujours vénérien) et se traduit par des brûlures à la miction « **chaude-pisse** », l'émission d'urines troubles et la présence d'une goutte de pus au méat. Les complications locales sont fréquentes, littrites, comprêtes (repaires de germes), prostatites, vésiculites, épидидymite (parfois responsables de stérilité si elles sont bilatérales). Quant au rétrécissement urétral, il complique des urétrites itératives mal traitées. Rappelons la possibilité de conjonctivite par auto-inoculation, celle d'arthrites des grosses articulations et de septicémies aux manifestations cutanées caractéristiques.

- Chez la femme :

La gonococcie est souvent latente, il faut la rechercher de parti pris chez la partenaire d'un sujet atteint d'urétrite. Elle est souvent plurifocale: uréthro-skénite (avec dysurie, pollakiurie et issue d'une goutte de pus à la pression du méat), bartholinite, cervicite (leucorrhées purulentes), annexite, rectite, amygdalite. Elle est souvent négligée du fait même de sa latence clinique sauf en cas d'infection haute (endométrite, salpingite). Un diagnostic rapide avant le stade des séquelles (obstruction tubaire responsable de stérilité) est nécessaire. Chez la femme enceinte, l'infection par le gonocoque peut entraîner un avortement avant la 12^e semaine et une infection amniotique avec rupture prématurée des membranes et accouchement prématuré après la 18^e semaine.

- 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 (linge de toilette souillée, par exemple) mais doit faire rechercher un abus sexuel.

c) Diagnostic biologique:

Il est facile chez l'homme : l'étalement d'une goutte de pus urétral, colorée par le bleu de méthylène ou le Gram, met en évidence de nombreux gonocoques : diplocoques en grain de café, ne prenant pas le Gram, extra- et intracellulaires si l'examen direct est négatif, on a recours au massage prostatique et à la culture.

Il est difficile chez la femme : l'examen direct des sécrétions urétrales, vaginales ou endo-cervicales est insuffisant, car de nombreux diplocoques vivent en saprophytes dans ses voies génitales, il faut recourir à la culture, délicate, sur milieux spéciaux pour identifier formellement *Neisseria gonorrhoeae*.

d) Traitement :

Traitement curatif :

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 (bêta-lactamases de type TEM). De telle souche représente de 10 à 30 % des isolats en Afrique et en Asie du Sud-est, et encore plus aux Philippines. La résistance aux cyclines est habituelle.

En cas d'urétrite gonococcique non compliquée chez l'homme, un traitement minute, selon les modalités exposées dans le Tableau I, est suffisant. En France, un tel traitement est associé systématiquement à une cure de cyclines, car une infection à Chlamydia est associée chez 20 % des hommes et 30 à 40 % des femmes. Dans les pays en voie de développement, la fréquence de l'association est inconnue mais probablement élevée, ceci justifiant la prescription systématique d'un traitement double. Faute de pouvoir utiliser les céphalosporines de 3^e génération ou la spectinomycine dans les régions démunies à haute prévalence de gonocoques producteurs de beta-lactamase, le traitement repose sur la kanamycine, le thiamphénicol ou le bactrim selon les prévalences locales de résistance à ces antibiotiques.

Traitement préventif :

Le traitement des partenaires sexuels est systématique.

La prévention des conjonctivites néonatales repose sur le traitement systématique du nouveau né à la naissance, par collyre antiseptique (nitrate d'argent).

Tableau I : Traitement minute de l'urétrite gonococcique non compliquée chez l'homme, en fonction des régions. (15)

A	B	C
Amoxicilline 3g + Probénécide 1g (Po)	Ceftriaxone 250mg (IM)	Kanamycine 2g(IM)
Procaine-benzylpénicilline Aqueuse 4,8 MIU(IM) + Probénécide 1g(Po)	Ciprofloxacine 500mg (Po)	Trimethoprim 80mg + Sulfamethoxazole 400mg :Bactrim*10cp (Po) pendant 3 jours.
Doxycycline 200 mg (Po) pendant 7 jours	Spectinomycine 2mg (IM)	Triamphénicol 250mg 10cp (Po) pendant 2j

A : Régions (de plus en plus rare) où les souches productrices de bêta-lactamase ont une incidence inférieure à 1%.

B : Régions (de plus en plus fréquentes) où les souches productrices de Bêta-lactamase ont une incidence supérieure à 1%.

C : Régions démunies à forte prévalence de souches productrices de bêta-lactamase en fonction de la prévalence des souches résistantes de gonocoques.

Po: per os

IM: intramusculaire

I-4-1-2 Trichomonase : (19)

a) Définition :

C'est une parasitose qui atteint le vagin, le col ou l'urètre chez la femme, l'urètre et la prostate chez l'homme, est transmise ordinairement par contact sexuel. Elle peut l'être différemment, en particulier chez la fillette, la femme âgée.

b) Clinique :

La période d'incubation est de quelques jours à plusieurs semaines. Chez l'homme, l'affection est asymptomatique mais peut être une cause d'urétrite. Chez la femme, la vaginite en est la manifestation essentielle. Dans sa forme majeure, elle se traduit par des leucorrhées abondantes séreuses ou squameuses, de coloration jaunâtre ou malodorantes.

Un prélèvement sera fait au niveau des sécrétions cervicales, vaginales ou urétrales en vue d'un examen à l'état frais, de frottis sur lames colorées. L'examen direct à l'état frais des sécrétions diluées dans du sérum physiologique met en évidence les trichomonas mobiles. Un examen dans une solution de bleu de crésyl (1% dans du sérum physiologique) permet de reconnaître à la fois les trichomonas flagelles et les formes rondes.

c) Traitement :

La trichomonase doit être traitée, qu'elle soit symptomatique ou asymptomatique. Chez la femme, le traitement est à la fois général et local. Chez la femme enceinte, le traitement par voie général est à éviter. Chez l'homme, il est tout à fait indiqué.

--Traitement général :

Le traitement minute qui comporte la prise en une seule fois de métronidazole : 8 cp à 250 mg. Cette cure est à renouveler impérativement douze à vingt et un jour après la première. Le traitement de la femme qui allaite est le même, mais l'allaitement doit-être suspendu durant vingt quatre heures après la prise du médicament. Chez les enfants, la trichomonase est traitée par le métronidazole, 10 à 30 mg/kg/j pendant 5 à 8 jours.

--Traitement local :

Il comporte la prescription d'ovules de métronidazole ou d'un autre dérivé de l'imidazole, tous les soirs durant 15 jours sans interruption, même pendant les règles. Le malade ne prendra ni bière, ni alcool durant les 2 à 3 jours qui suivent la prise du médicament. Durant toute la durée du traitement jusqu'après la deuxième cure, les rapports sexuels sont déconseillés ou protégés.

I-4-1-3 Chlamydirose: (19)

a) Définition :

Les chlamydioses sont des infections très fréquentes longtemps méconnues. Elles sont dues au *chlamydia trachomatis*, minuscule bactérie, parasite intracellulaire obligatoire, dont on distingue différents sous-groupes: A, B, C agents du trachome, D à K, responsables d'infections génito-urinaires, respiratoires, oculaires, ...

L1, L2, L3 agent de la lymphogranulomatose vénérienne.

b) Clinique:

Les infections génito-urinaires se présentent habituellement sous 3 formes cliniques :

- L'écoulement urétral: rarement aigu, purulent et abondant, le plus souvent minime, purulent, muco-purulent ou muqueux. L'écoulement est intermittent ou sous forme de goutte matinale.
- Absence d'écoulement urétral: ce sont les signes fonctionnels (brûlures, douleurs, picotement urétraux ou testiculaires...) qui motivent la consultation.
- Absence d'écoulement et de signes fonctionnels: ce sont les formes asymptomatiques souvent retrouvées chez les contacts. Les complications constituent le principal risque de ces affections :

- ❖ Chez l'homme : épидidymite, prostatite, prostatite-vésiculite avec oligospermie, rétrécissement urétral.
- ❖ Chez la femme: métrite précédée par une cervicite et salpingite pouvant évoluer vers la stérilité par obstruction tubaire.
- ❖ Chez le nouveau né: conjonctivites, pneumonies.

c) Traitement:

On peut utiliser les macrolides Erythromycine*1000 (1sachet x 2/j), le thiophénicol* (1 g x 2/j) et surtout les cyclines (Doxycycline 100 mg x 2/j) pendant au minimum 15 jours. Parmi ces antibiotiques, seules les cyclines sont contre-indiquées chez la femme enceinte.

En cas de conjonctivite ou de pneumonie du nouveau né : Erythromycine*sirop 50 mg/kg/j en 2 prises pendant 15 et 21 jours.

I-4-1-4 Candidoses génitales : (19)

a) Définition :

Les candidoses sont les manifestations pathologiques provoquées par un champignon pathogène appelé *Candida albicans*.

b) Clinique :

Les candidoses génitales sont très répandues. Elles ne sont pas toujours en relation avec une transmission sexuelle, mais quand elles le sont, leur association avec les autres MST est fréquente :

- Chez l'homme, la candidose génitale se manifeste généralement par une balanite ou balano-posthite prurigineuse, très rarement par une urétrite subaigüe.
- Chez la femme, il s'agit le plus souvent d'une vulvo-vaginite qui se caractérise classiquement par des leucorrhées blanches, caillabottées, indolores, s'accompagnant de prurit, brûlures et dyspareunie. Les symptômes s'exacerbent dans les jours qui précèdent les règles.

c) Traitement :

- Chez la femme :

❖ Première épisode : le traitement local est suffisant, ovules de nystatine (ou comprimés gynécologiques) 1 à 2 par jour pendant trois semaines.

❖ Première récurrence : on ajoute à une deuxième cure locale de 21 jours un traitement oral visant le réservoir intestinal (Nystatine ou Amphotéricine B).

>> Nystatine : 8 à 12 dragées/j en 3 à 4 prises durant 15 à 21 jours.

>>Amphotéricine B : 3 à 4 cuillères à café/j de suspension buvable ou 6 à 8 caps/j durant 15 à 21 jours.

❖ Récidives multiples : on recherche un facteur favorisant ou déclenchant par l'interrogatoire (diabète, maladies métaboliques). On institue un traitement prolongé de la patiente et du partenaire 3 fois 20 jours avec arrêt intermédiaire de 10 jours (voie orale et locale).

- Chez l'homme :

Le traitement est essentiellement local le Miconazole Daktarin* (gel ou lait), nystatine (pommade) ou l'Amphotéricine B (pommade ou lotion).

I-4-2 Les IST avec ulcération génitale :

I-4-2-1 Syphilis vénérienne : (15) (20) (21)

a) Définition :

C'est une infection chronique systématique due à *Tréponéma pallidum*, transmise généralement par voie vénérienne. La contamination est directe par contact avec un chancre ou des lésions secondaires. Elle peut-être transplacentaire.

b) Epidémiologie :

Due à *Tréponema pallidum*, elle est cosmopolite mais particulièrement répandue sous les tropiques, notamment dans les grandes villes et le long des axes routiers ou ferroviaires. Les campagnes d'éradication des tréponématoses endémiques ont probablement fait disparaître un certain degré de protection collective à l'égard de la syphilis vénérienne.

c) Symptomatologie :

Le chancre génital ou anal apparaît environ 3 semaines après le contag. C'est classiquement une exulcération superficielle, unique, indolore, propre, à bords nets, reposant sur une base indurée, accompagnée d'adénopathies inguinales, fermes, indolores.

En pratique, seul le caractère induré de l'exulcération évoque le diagnostic de syphilis. Les chancres atypiques ou mixtes (associés à un chancre mou) sont de diagnostic difficile. Les lésions cutanéomuqueuses de la phase secondaire sont polymorphes. La roséole est difficile à voir sur peau noire. Les syphilides papuleuses, les plaques muqueuses évocatrices mais d'autres aspects sont trompeurs. L'état général peut-être altéré, notamment au stade de syphilides papuleuses. L'atteinte méningée existe dans environ 1/3 des syphilis précoces, mais ceci est sans conséquence pratique, sauf chez l'immunodéprimé. Les accidents tertiaires sont fréquents : cutanés, osseux (gommes et surtout cardio-vasculaires (aortite, anévrisme de la crosse) et neurologiques (paralysie générale beaucoup plus que Tabès). La syphilis congénitale existe mais semble, en Afrique du moins, relativement rare.

d) 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 Vago suppose un appareillage

approprié et des techniciens expérimentés. L'interprétation des réactions sérologiques est délicate : les tests réaginaires (Kline, VDRL,...) exposent à de nombreux faux positifs et ne constituent que des examens d'orientations, les tests spécifiques (immunofluorescence indirecte ou FTA-ABS, hémagglutination indirecte ou TPHA) ne permettent pas de différencier la syphilis vénérienne des tréponématoses endémique. En dehors des premiers jours du chancre un TPHA négatif élimine une syphilis.

e) Traitement :

Dans les syphilis récentes (syphilis primo-secondaire ou latente de moins d'un an), il suffit d'effectuer une à deux injections de 2 400 000 UI de Benzathine pénicilline G (Extencilline*). En cas d'allergie, confirmée à la pénicilline, on prescrit une cure de 15 jours de cyclines (tétracycline 2 g/j, ou Doxycycline 200 mg/j). Dans les syphilis tardives sans atteinte neurologique, on conseille de faire 3 injections de la même dose de Benzathine pénicilline à une semaine d'intervalle. Dans les syphilis « latentes » purement sérologiques, une cure de benzathine pénicilline est justifiée si on n'a pas la notion d'un traitement antérieur, a fortiori si le taux du VDRL quantitatif est élevé ou croissant ; il ne faut cependant pas attendre de ce traitement la négativation sérologie «syphilitique » fixée, bien souvent due à une vieille tréponématose endémique.

I-4-2-2 Chancre mou : (19) (22) (23)

a) Définition :

Le chancre mou ou chancrelle est une maladie infectieuse aigue, auto-inoculable et sexuellement transmissible, due au bacille de Ducrey (*Haemophilus ducreyi*). L'incubation est courte (3 jours en moyenne). Il est beaucoup plus fréquent chez l'homme que chez la femme.

b) Clinique :

La lésion initiale est une vésicule qui rapidement devient une ulcération en passant par les stades de pustule et de papulo-pustule. Le chancre est presque toujours douloureux, multiple (lésions d'âge différent) arrondi, inférieur à 10 mm de diamètre, de siège génital, à base molle, sa périphérie sur peau noire est soulignée par un reflet violacé très caractéristique mais non pathognomonique.

Le bubon présent deux fois sur 3 est formé d'adénopathies inguinales douloureuses avec péri adénite. Il a tendance à se ramollir et à se fistuliser.

Chez la femme, le chancre siège surtout à la vulve et exceptionnellement au vagin et au col.

c) Traitement :

De nombreux antimicrobiens peuvent être utilisés : Sulfamides, Cyclines, Macrolides et Chloramphénicol. Cependant avec l'émergence de souches résistantes, l'association Triméthoprim-Sulphaméthoxazole (Bactrim*) à dose quotidienne de 240 mg + 1200 mg pendant au moins 10 jours constitue le traitement le plus efficace et l'un des moins onéreux.

I-4-2-3 Herpès génital :(19) (24)

a) Définition :

C'est une infection à *Herpès Virus Simplex* (HVS), surtout de type 2, en passe de devenir avec *chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae* les principaux agents des IST. Rarement isolé, l'herpès génital peut-être la porte d'entrée d'une autre maladie vénérienne.

b) Clinique :

L'infection débute, 7 à 21 jours après le contact vénérien infectant, par une primo-infection : épisode de balano-posthite urétrite et méatite ou cervicite et/ou vulvo-vaginite aigue fébrile. La lésion herpétique est habituellement douloureuse, ne repose pas sur une base indurée, s'accompagne d'adénopathies. La contagiosité, de 14 jours environ lors de la primo-infection, varie de 3 à 4 jours chez l'homme, 6 à 8 jours chez la femme. Lors des réactivations cliniquement plus discrètes et plus courtes. Les récurrences (Herpès récurrent) sont toujours précédées de signes subjectifs (prurit, brûlures).

c) Traitement :

L'Herpès génital (sauf quand les poussées sont subintrantes) guérit spontanément en 5 à 7 jours, les médications immunostimulantes ou antivirales (Isoprinosine*, Acyclovir*) étant soit inefficaces, soit des adjuvants coûteux abrégant l'évolution de la maladie à condition d'être prescrits dès les premiers 48h.

Il est logique d'éviter tous rapports sexuels jusqu'à la cicatrisation complète des lésions (20 j pour la primo-infection, jusqu'à 12 jours lors des récurrences). Si ce délai paraît long, des rapports protégés (préservatifs masculins) peuvent être tolérées.

I-4-3 Les IST tumorales :

I-4-3-1 Lymphogranulome vénérien ou Maladie de Nicolas-Favre : (3)

a) Définition :

C'est une maladie sexuellement transmissible, due à un Chlamydia, caractérisée chez l'homme par une adénite inguinale suppurée à fistules multiples et, chez la femme, par une proctite chronique.

b) Symptômes :

- Incubation : 1 à 3 semaines.
- Chez l'homme : le chancre d'inoculation est une petite papule indolore qui s'ulcère et passe souvent inaperçue. 10 à 30 jours après, apparaît une adénopathie inguinale douloureuse, en général accompagnée de fièvre.
- Chez la femme, le chancre d'inoculation peut-être vaginal ou rectal, l'adénopathie intéresse les ganglions profonds et des fistules peuvent s'ouvrir dans le vagin. L'évolution est chronique et aboutit au rétrécissement du rectum, à un « esthiomène vulvaire » ou parfois à un éléphantiasis des organes génitaux externes.

c) Traitement :

- Antibiotiques : Tétracycline (0,5 g toutes les 6h pendant au moins 10 jours) ou Erythromycine ou Chloramphénicol.
- Ponction et aspiration des ganglions fluctuants.
- Chirurgie indiquée dans les complications tardives.
- Radiothérapie dans le rétrécissement du rectum douloureux.

I-4-4 Les autres IST :

I-4-4-1 VIH/SIDA : (19) (25) (26)

a) Définition :

Le syndrome immunodéficitaire acquis ou SIDA est caractérisé par un ensemble de manifestations infectieuses ou tumorales secondaires à l'effondrement de l'immunité cellulaire. Ce déficit irréversible est en rapport avec l'atteinte des lymphocytes T par un rétrovirus, Human immunodeficiency virus : HIV

b) Clinique :

- Le temps d'incubation serait d'environ six mois. La maladie peut débiter de façon brutale ou progressive, succédant parfois à des manifestations prodromiques évocatrices :

>>>Une polyadénopathie persistante dans au moins deux aires ganglionnaires non inguinales.

>>>L'ARC (AIDS Related complex) correspond à une altération modérée de l'état général avec amaigrissement, fièvre persistante, diarrhée, asthénie, sueurs nocturnes, plus ou moins associé à des adénopathies. La majorité des patients présentant ces signes développent un authentique SIDA dans les mois qui suivent;

>>>D'autres manifestations sont moins fréquentes : anémie, leucopénie, lymphopénie ou thrombopénie, démence, neuropathie et manifestations cutanées diverses.

- Le SIDA en période d'état se caractérise par une pathologie infectieuse opportuniste et se définit en pratique dans sa phase d'état par l'existence d'au moins deux des signes cliniques principaux parmi les suivants :

- a. Diarrhée chronique
- b. Amaigrissement important
- c. Fièvre à 38°C persistante plus d'un mois; et d'un signe secondaire parmi les suivants :
 - Toux chronique,
 - Dermatite maculo-papuleuse ou pustuleuse,
 - Infection virale récidivante (Herpès, Zona),
 - Sarcome de Kaposi.

Le mode de révélation du SIDA repose sur l'apparition d'affections évocatrices d'ordre infectieux et/ou tumoral.

c) Traitement :

Seule la prophylaxie individuelle est efficace pour lutter contre la transmission de ce véritable fléau; elle est celle de toute maladie sexuellement transmissible. Une fois déclarée, la maladie évolue rapidement et le pronostic est des plus sombres avec 10% de survie à 2 ans et une mortalité de 100% à 5 ans.

I-4-4-2 Les Hépatites virales : (19)

a) Définition :

Le terme d'hépatite virale est réservé aux affections inflammatoires provoquées par des virus qui touchent électivement le foie.

Les virus des hépatites, en particulier les hépatites B et C, peuvent se transmettre par voie sexuelle.

b) Clinique :

La forme aiguë commune réalise la jaunisse banale. L'ictère est précédé par une semaine de pseudo-grippe avec arthralgies, fébricule, céphalée, asthénie, urticaire ou prurit: le syndrome ictérique.

Puis l'ictère se déclare, d'intensité variable, avec prurit le plus souvent. Le foie est gros, mou, sensible, les urines sont rares, brunes. Les selles souvent décolorées. La fièvre est absente ou peu élevée.

Les transaminases sont, dès ce moment très élevées (20 à 100 fois la valeur normale). La bilirubine, sous sa forme conjuguée, est élevée. La recherche de l'antigène et des anticorps du virus B permet de préciser qu'il s'agit d'une hépatite B. En quelques semaines, l'ictère disparaît laissant persister une asthénie qui dure plusieurs mois.

c) Traitement :

La forme commune sera traitée par le repos et une alimentation équilibrée. Les autres formes recevront un traitement symptomatique. Dans les cas d'hépatite chronique active, des résultats favorables sont parfois obtenus par des perfusions intraveineuses d'un antiviral de la famille des nucléosides puriques, la vidarabine ; c'est au niveau de la prévention que doivent porter les efforts. La vaccination efficace contre l'hépatite B est bien tolérée.

DEUXIEME PARTIE :
L'ETUDE PROPREMENT DITE

I- OBJECTIF D'ETUDE :

I-1 Objectif principal :

Notre objectif d'étude est de lutter contre les IST/VIH SIDA chez la population à risque suivie dans le CSB II d'Ambohipo en améliorant leur prise en charge.

I-2 Objectifs spécifiques :

- Identifier le profil de la population à risque suivie dans le CSB II d'Ambohipo.
- Donner le résultat de dépistage des IST/SIDA chez la population à risque.
- Déterminer les facteurs favorisant la dissémination et la recrudescence de ces maladies.

II- MATERIELS ET METHODES :

II-1 Cadre d'étude :

L'étude a été réalisée au CSB II d'Ambohipo. Cette formation est un centre de santé qui se trouve dans le 2^{ème} arrondissement. Il est rattaché au service de santé de district d'Antananarivo Rénivohitra.

II-1-1 Le CSB II d'Ambohipo :

Comme c'est un centre de santé de base de niveau II, il présente toutes les activités de soins de santé primaire.

a- Historique : (27)

Le dispensaire d'Ambohipo fut inauguré officiellement le 10 juin 1970 dans le cadre de la célébration de la fête de l'indépendance. Le Docteur Antoine de PADOUE en fut le premier médecin chef. Depuis, bon nombre de médecins, sages-femmes et infirmiers s'y sont succédés. Actuellement, en 2010 : 08 Médecins, 04 sages-femmes, 01 infirmier, 06 stagiaires internés, 02 secrétaires y travaillent sous la direction d'un médecin-chef. Initialement conçu pour les habitants de la cité d'Ambohipo, le dispensaire dénommé actuellement CSB II reçoit la population des quartiers et des villages environnants.

b- Organisation :

Il s'agit d'une formation sanitaire qui dispose de neuf salles outre le bureau du médecin chef et le laboratoire, réparties comme suit :

- Au rez-de-chaussée, neuf pièces réparties comme suit :

- ❖ Une salle de soins et de pharmacie,
- ❖ Une salle pour les consultations externes,
- ❖ Une salle de secrétariat,
- ❖ Une salle cloisonnée dont :
 - Une pour les soins maternels, infantiles.
 - Une pour les consultations externes.
- ❖ Une salle pour la PF,
- ❖ Une salle d'attente,
- ❖ Un water closet (w.c) à fosse septique
- ❖ Un garage pour automobile.
- ❖ Un nouveau bâtiment de Maternité en face du bureau du Médecin-chef fait son apparition ;

- Le Médecin-chef est logé à l'étage.

c- Le bâtiment :

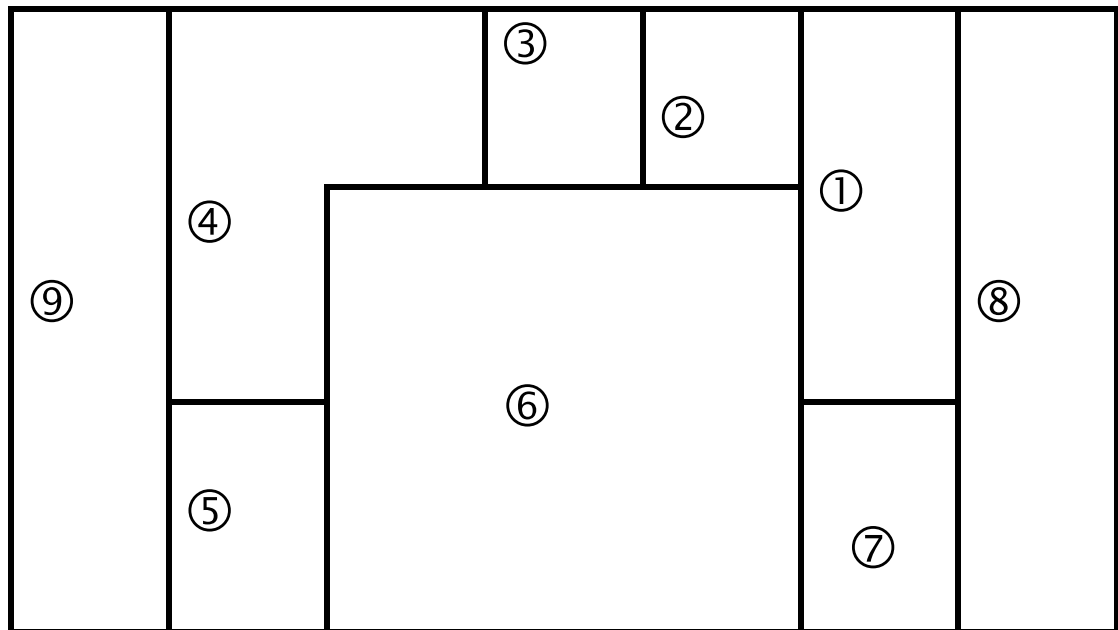


Photo I : Le bâtiment du CSB II Ambohipo.



Photo II : Le bâtiment montrant la maternité et le bureau du médecin chef.

d- Le plan du CSB II :



Bureau du
Médecin chef

Laboratoire

Figure 1 : Plan schématique des locaux du CSB II d'Ambohipo.

1 : Salle de soins et de pharmacie.

2 : Salle pour les consultations externes.

3 : Salle de secrétariat.

4 : Salle cloisonnée (une pour les soins maternels et infantiles, et l'autre pour consultations externes).

5 : Salle pour la PF.

6 : Salle d'attente.

7 : Water closet (w.c.).

8 : Garage pour automobile.

9 : Maternité.

e- Le personnel :

Le personnel du CSB II d'Ambohipo se compose de :

- Personnels techniques :

- ✓ 08 médecins dont un médecin chef,
- ✓ 04 sages-femmes,
- ✓ 01 infirmier,
- ✓ 08 Stagiaires internes : le nombre varie selon le moment.

- Personnel administratif :

- ✓ 02 secrétaires.

- Personnel d'exploitation.

- ✓ 01 employé de service.

II-1-2 Le secteur sanitaire :**a- Situation géographique :**

Le CSB II d'Ambohipo est situé dans le 2^{ème} arrondissement d'Antananarivo Rénivohitra, il est limité :

- Au Nord, par le 4^{ème} arrondissement.
- Au Sud, par le 1^{er} et le 3^{ème} arrondissement.

(Voir figure II)

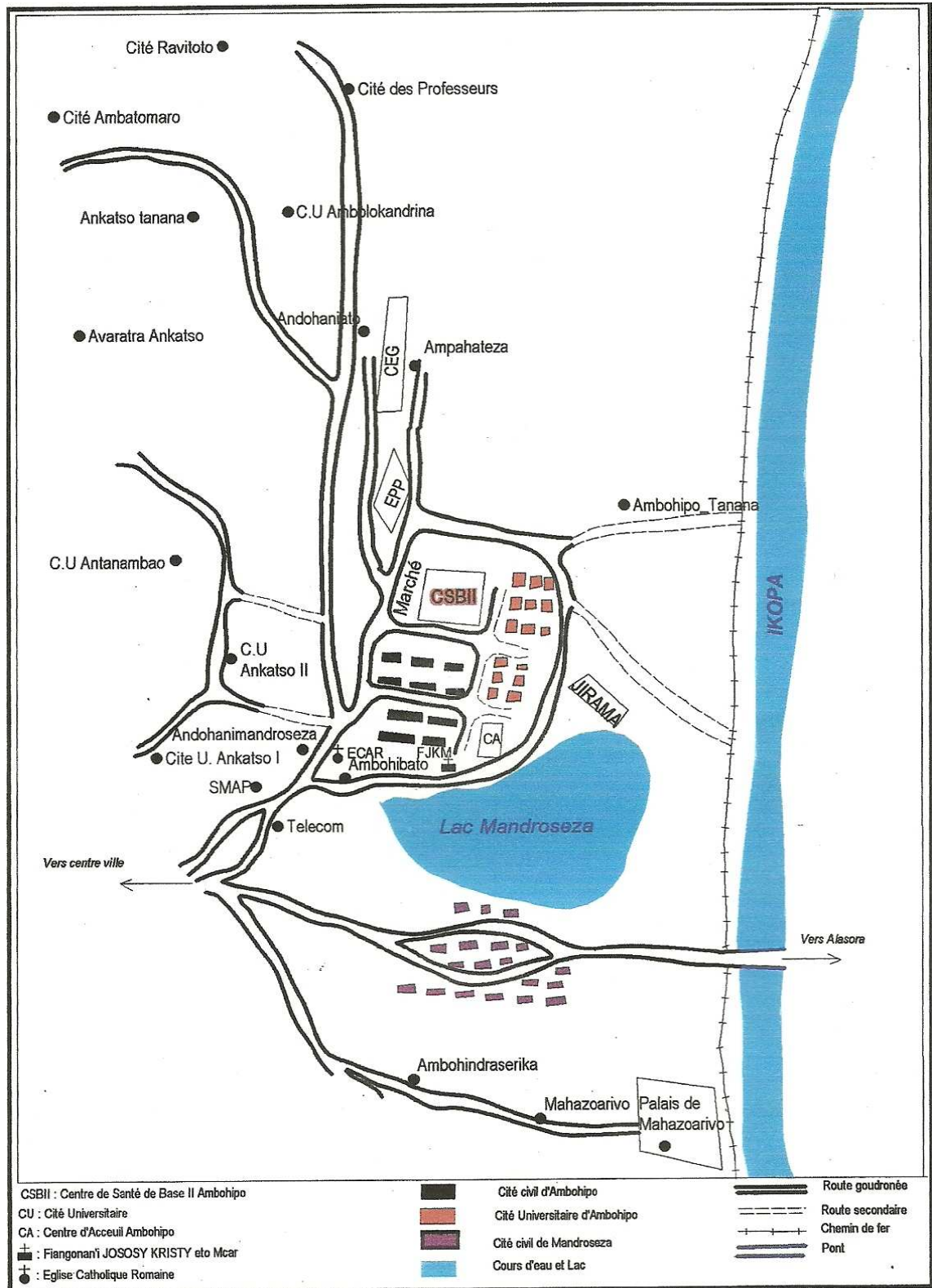


Figure 2 : Localisation du CSB II d'Ambohipo

a) Situation démographique :

Le secteur sanitaire du CSB II d'Ambohipo comporte 50 991 habitants (estimation 2009), réparties au niveau de 4 Fokontany qui sont :

- Ambolonkandrina,
- Ambohipo,
- Andohan'i Mandroseza,
- Mandroseza.

Tableau II : Répartition des habitants par Fokontany.

Fokontany	Habitants
Ambolonkandrina	13 889
Ambohipo	21 839
Andohan'i Mandroseza	7 946
Mandroseza	7 317
Total	50 991

II-1-3 Les aspects socio- économiques:

La plupart des Fokontany faisant partie du secteur sanitaire du CSB II d'Ambohipo abritent une population à niveau socio-économique bas, c'est-à-dire, ce centre reçoit en particulier des habitants pauvres. Les autres habitants, avec leurs propres moyens, s'adressent aux centres performants comme :

- Centre hospitalier universitaire de Béfélatanana,
- Centre hospitalier universitaire d'Ampéfiloha,
- Centre hospitalier de Soavinandriana,
- Organisation sanitaire inter-entreprise (OSTIE).

II-2 Méthodologie :

II-2-1 Type d'étude :

C'est une étude rétrospective descriptive transversale anonyme étudiant les données des patients atteints d'IST venus en consultation externe de Janvier 2009 à décembre 2009.

II-2-2 Population d'étude :

Ce sont les patients atteints d'IST venus en consultation externe au CSB II d'Ambohipo et qui s'élèvent au nombre de 356.

Cette population d'étude comprend 356 malades atteints d'IST dont 43 femmes enceintes.

A noter que le nombre total de consultation externe pendant cette période était de 7 965.

II-2-3 Critères d'inclusion :

Ont été sélectionnés dans cette étude, les patients enregistrés et fichés au niveau du centre et ceux qui ont reçu le counselling pré-test et ayant accepté de subir le dépistage du VIH/SIDA et de la syphilis, ceci entre Janvier 2009 et décembre 2009.

II-2-4 Critères d'exclusion :

Ont été exclus de cette étude les patients présentant des IST mais ne possédant pas de résultats de dépistage du VIH/SIDA et de la syphilis.

II-2-5 Matériels d'étude :

Les matériels d'étude sont :

- Registre de consultation externe pour IST,
- Registre des résultats sérologiques,
- Registre de confidentialité,
- Fiche d'enquête : fiche individuelle d'entretien pré-test (voir annexe).

II-2-6 Méthode d'étude :

Notre étude se fait à partir des données des registres de consultation externe et des registres de confidentialité, et de registre des résultats sérologiques.

II-2-7 Paramètres d'étude :

Les variables à analyser sont : âge, sexe, adresse, situation matrimoniale, répartition des cas selon l'approche syndromique, résultats de dépistage de syphilis et VIH/SIDA, profession, agents de santé prenant en charge les IST.

II-2-8 Analyse des paramètres :

Les données saisies sont analysées sur un logiciel **R** (GNU/Linux) avec les tests statistiques correspondants.

III- RESULTATS :

Nous allons montrer sous forme de tableaux et de graphiques le profil de la population d'étude et les aspects épidémiologiques des IST retrouvés chez les patients suivis dans le CSB II d'Ambohipo de Janvier à Décembre 2009.

III- 1 Répartition totale des consultants selon le genre.

Tableau III : Répartition totale des consultants (avec/sans IST/SIDA) selon le genre.

Consultants	Nombre	Pourcentage
Féminin	5000	62,8 %
Masculin	2965	37,2 %
Total	7965	100,0 %

La majorité des consultants sont des femmes. Elles représentent 62,8 %.

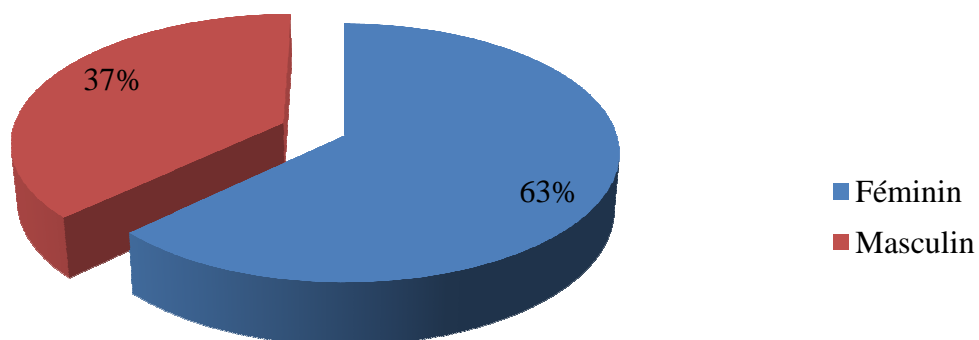


Figure 3 : Répartition totale des consultants selon le genre.

Les femmes représentent plus de la moitié des consultants.

III- 2 Selon le genre

Tableau IV : Répartition des cas d'IST/SIDA selon le genre.

Consultants	nombre	pourcentage
Féminin	275	77,25 %
Masculin	81	22,75 %
Total	356	100,00 %

Les femmes sont en majorité touchées, elles représentent 77,25 %.

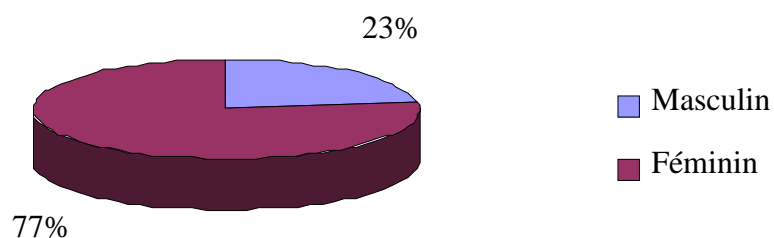


Figure 4 : Répartition des cas d'IST/SIDA selon le genre.

Les femmes représentent plus de $\frac{3}{4}$ des sujets consultants pour IST/SIDA.

III- 3 Selon l'âge

Tableau V : Répartition des cas d'IST/SIDA selon l'âge.

Age	nombres	pourcentages
0 - 11 mois	26	7,3 %
1 - 14 ans	01	0,3 %
15- 24 ans	164	46,1 %
25 ans et plus	165	46,3 %
Total	356	100,0 %

Les jeunes de 25 ans et plus sont les plus touchés. Ils représentent 46,3 %.

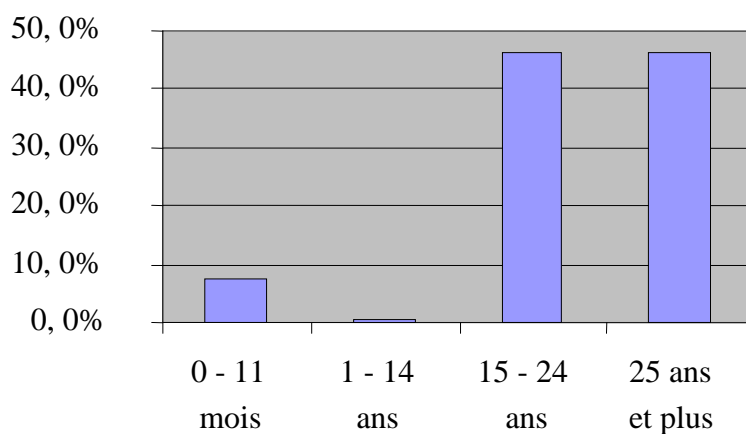


Figure 5 : Répartition des cas d'IST/SIDA selon l'âge.

Ce sont les enfants de 1 – 14 ans qui sont épargnés.

III- 4 Relation entre l'âge et le genre

Tableau VI : Répartition des cas d'IST/SIDA selon l'âge et le genre.

Age	Masculin	Féminin	Ensemble
0 – 11 mois	12	14	26
1 – 14 ans	00	01	01
15 – 24 ans	25	139	164
24 ans et plus	44	121	165
Total	81	275	356

Les femmes sont les plus touchées et la majorité de celles-ci se situe dans la tranche d'âge entre 15 – 24 ans.

III- 5 Lien entre l'approche syndromique et le genre

Tableau VII : Répartition des consultants selon l'approche syndromique.

Syndrome	Masculin	Féminin	Pourcentage
Ecoulement génital	53	179	65,2 %
Ulcération génitale	16	17	09,3 %
Douleur abdominale basse	00	62	17,4 %
Conjonctivite bactérienne	12	14	07,3 %
Prurit vulvaire	00	03	0,8 %
VIH/SIDA	00	00	00
Total	81	275	100 %

La majorité des consultants vient pour écoulement génital. Ils représentent 65,2 %.

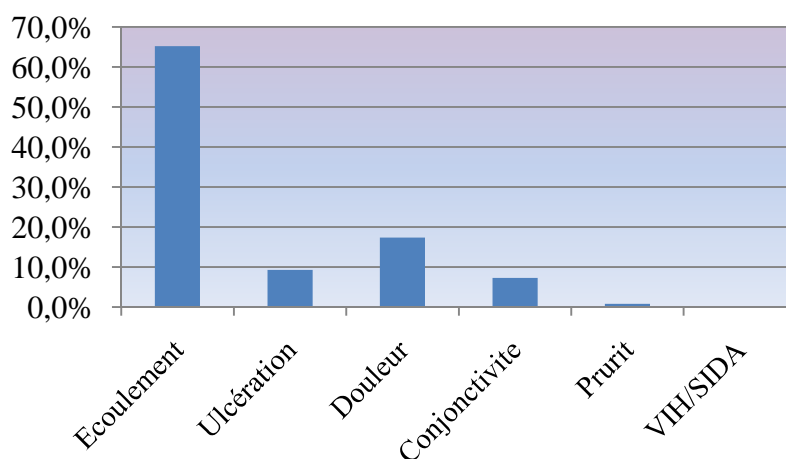


Figure 6 : Répartition des cas d'IST/SIDA selon l'approche syndromique.

Aucun patient n'a été détecté comme porteur de VIH/SIDA. Les écoulements génitaux seuls représentent plus de la moitié des IST.



III- 6 Répartition des consultants selon les écoulements génitaux et l'âge

Tableau VIII : Répartition des consultants selon les écoulements génitaux et l'âge.

Ecoulement génital	Age			Total
	1- 14 ans	15- 24 ans	25 ans et plus	
Nombre	01	114	117	232
Pourcentage	0,5 %	49,1 %	50,4 %	100 %

La plupart des écoulements génitaux survient chez les sujets dont la tranche d'âge se trouve entre 25 ans et plus. Elle représente 50,4 % .

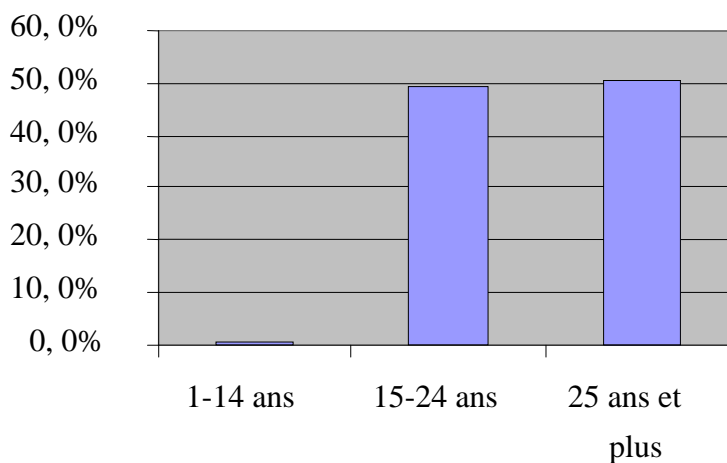


Figure 7 : Répartition des consultants selon les écoulements génitaux et l'âge.

Les enfants de 1-14 ans sont presque épargnés des écoulements génitaux.

III- 7 Répartition des consultants selon les écoulements génitaux et le genre

Tableau IX : Répartition des consultants selon les écoulements génitaux et le genre.

Ecoulement génital	Sexe		Total
	Féminin	Masculin	
Nombre	179	53	232
Pourcentage	77,2 %	22,8 %	100 %

Les femmes présentent plus d'écoulement génital que les hommes.

Elles représentent 77,2 %.



Figure 8 : Répartition des consultants selon les écoulements génitaux et le genre.

Les femmes représentent plus de 2/3 des écoulements génitaux.

III- 8 Répartition des consultants selon les écoulements génitaux et les ulcérations génitales.

Tableau X : Répartition des consultants selon les écoulements génitaux et les ulcérations génitales.

Motifs de consultation	Nombres	Pourcentages
Ecoulement génital	232	65,2 %
Ulcération génitale	53	09,3 %

Les écoulements génitaux sont plus nombreux que les ulcérations génitales parmi les consultations pour IST.

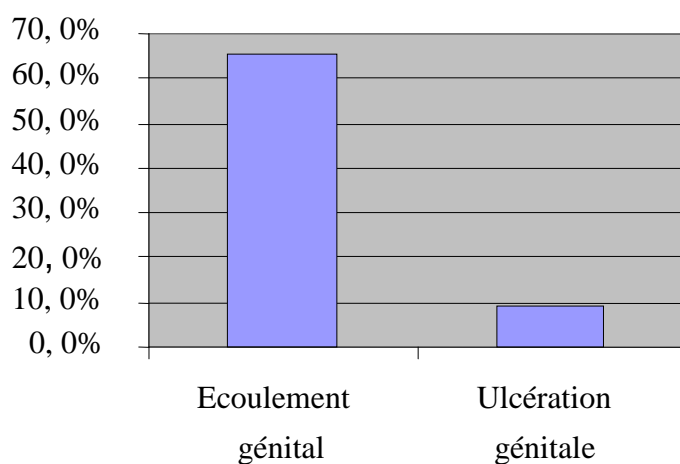


Figure 9 : Répartition des consultants selon les écoulements génitaux et les ulcérations génitales.

Les écoulements génitaux sont en majorité nombreux que les ulcérations génitales.

III- 9 Répartition mensuelle des cas d'IST

Tableau XI : Répartition mensuelle des cas d'IST.

Mois	Consultations					Ensemble
	EG	UG	DAB	CONJ	PV	
Janvier	19	04	00	01	01	25
Février	15	04	06	02	00	27
Mars	15	02	06	03	00	26
Avril	12	01	01	01	00	15
Mai	25	02	05	05	00	37
Juin	15	01	08	05	01	30
Juillet	20	02	01	01	00	24
Août	32	04	08	02	01	47
Septembre	35	07	10	02	00	54
Octobre	26	02	10	01	00	39
Novembre	14	02	01	03	00	20
Décembre	04	02	06	00	00	12
Total	232	33	62	26	03	356

EG : écoulement génital

CONJ : conjonctivite

UG : ulcération génitale

PV : prurit vulvaire

DAB : douleur abdominale basse

Ce sont les mois d'Août, Septembre, et octobre qu'on a une forte élévation des IST.

III- 10 Répartition mensuelle des cas de syphilis chez les femmes enceintes.

Tableau XII : Répartition mensuelle des cas de syphilis chez les femmes enceintes.

Mois	Consultations	
	Dépistages	Résultats positifs
Janvier	38	10
Février	37	10
Mars	27	06
Avril	26	01
Mai	22	00
Juin	39	00
Juillet	21	00
Août	29	02
Septembre	13	00
Octobre	37	00
Novembre	51	11
Décembre	16	03
Total	356	43

C'est le mois de novembre qu'on a remarqué une forte participation au dépistage, et c'est le mois qu'on a noté un nombre élevé de cas de syphilis.

III- 11 Répartition mensuelle des cas de VIH/SIDA chez les femmes enceintes.

Tableau XIII : Répartition mensuelle des cas de VIH/SIDA chez les femmes enceintes.

Mois	consultations	
	Dépistages	Résultats positifs
Janvier	38	00
Février	37	00
Mars	27	00
Avril	26	00
Mai	22	00
Juin	39	00
Juillet	21	00
Août	29	00
Septembre	13	00
Octobre	37	00
Novembre	51	00
Décembre	16	00
Total	356	00

Aucun cas de VIH/SIDA n'a été retrouvé chez les femmes enceintes au CSB II d'Ambohipo durant l'année 2009.

III- 12 Répartition des cas d'IST selon le quartier d'origine

Tableau XIV : Répartition des cas d'IST selon le quartier d'origine.

Quartiers	Nombres	Pourcentages
Ambohipo	95	26,81 %
Ankatso	74	20,55 %
Ambolokandrina	67	18,80 %
Antsahamamy	58	16,30 %
Autres	62	17,54 %
Total	356	100,00 %

Aucun quartier n'est épargné mais c'est à Ambohipo et Ankatso qu'on a un taux élevé d'IST.

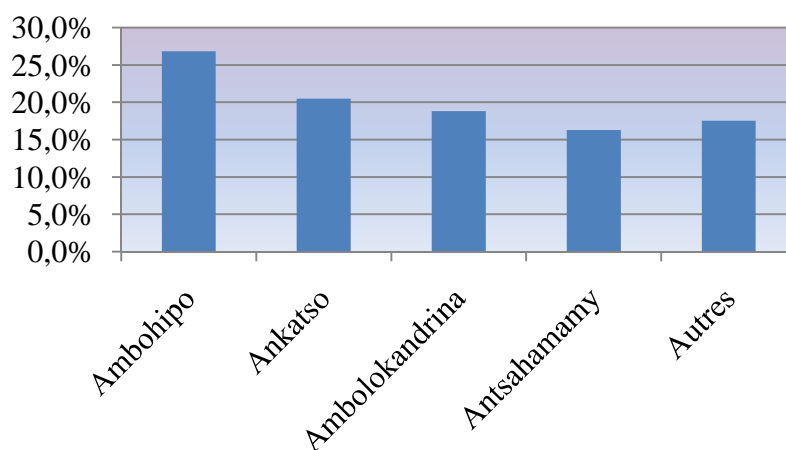


Figure 10 : Répartition des cas d'IST selon le quartier d'origine.

Le quartier d'Ambohipo connaît une forte élévation d'IST par rapport aux autres quartiers avec 26,81%.

III- 13 Répartition des cas d'IST selon la profession

Tableau XV : Répartition des cas d'IST selon la profession

Professions	Nombres	Pourcentages
Employés de la zone franche	77	21,7 %
Etudiants	68	19,1 %
Cultivateurs	60	16,8 %
Chauffeurs	45	12,8 %
Commerçants	25	07,1 %
Ménagères	12	03,5 %
Femmes au foyer	19	05,3 %
Lessiveuses	12	03,5 %
Fonctionnaires	08	02,2 %
Autres	30	08,0 %
Total	356	100,0 %

Ce sont les employés de la zone franche et les étudiants qui sont en majorité touchés.

III- 14 Répartition des cas d'IST selon la situation matrimoniale

Tableau XVI : Répartition des cas d'IST selon la situation matrimoniale.

Statut matrimonial	effectif	pourcentage
Célibataire	309	86,8 %
Marié	21	06,0 %
Divorcé	23	06,4 %
Veuf	03	0,8 %
Total	356	100,0 %

Les célibataires sont les plus représentés dans une proportion de 86,8 % . La plus faible proportion est constituée par les veufs dans une proportion de 0,8 %.

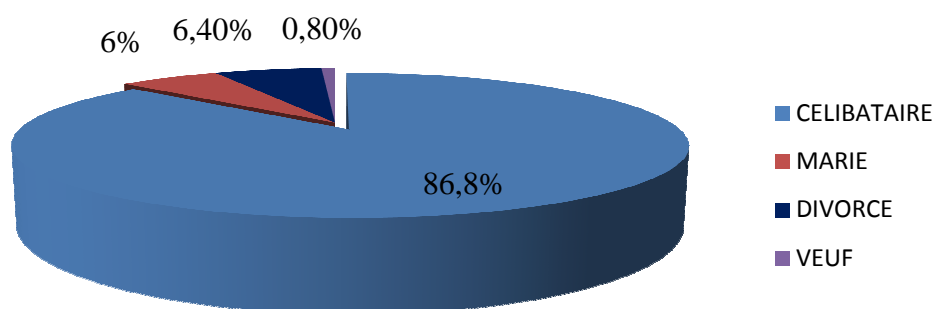


Figure 11 : Répartition des cas d'IST selon la situation matrimoniale.

Les célibataires sont en majorité touchés avec 86,8 %.

III- 15 Répartition des personnels prenant en charge les malades porteurs d'IST.

Tableau XVII : Répartition des personnels prenant en charge les malades porteurs d'IST.

Personnels prenant en charge les porteurs d'IST	Nombre
Médecin	04
Infirmier	01
Interne	08
Sage-femme	01
Pharmacien	01
Technicien de laboratoire	02
Employé de service	01
Total	18

Les Internes et les Médecins occupent une place importante dans la prise en charge des IST.

TROISIEME PARTIE :
DISCUSSIONS, COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS

I – DISCUSSIONS ET COMMENTAIRES

Depuis la découverte du premier cas du SIDA dans le monde en 1981, plus de 60 millions de personnes en sont atteints. L'humanité est confrontée à l'une des épidémies les plus dévastatrices de son histoire. Le VIH/SIDA est considéré maintenant comme la principale cause de décès en Afrique Subsaharienne et la 4^e maladie la plus meurtrière du globe (28) (29). En 2009, le nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA était de 33,3 millions dont 22,5 millions en Afrique Sub-saharienne (soit 67% de PVVIH au niveau mondial). Le nombre de nouveau cas d'infection à VIH en 2009 était de 2,6 millions (dont 2,2 millions d'adultes et 370 000 enfants de moins de 15 ans) (2). Certes les IST, prenant une place moins considérable par rapport à l'infection à VIH évoluent à bas bruit. Ce qui ferait penser à une augmentation du nombre de rapports sexuels non protégés avec des partenaires non monogames. En outre, bien que ces IST soient essentiellement circonscrites aux populations qui ont un comportement à haut risque, il est à craindre que ces épidémies localisées ne débordent sur la population générale favorisant alors l'accroissement de la propagation du VIH.

Madagascar figure encore parmi les pays à faible prévalence de l'infection à VIH. Pourtant, les autres IST courantes comme les écoulements et les ulcérations génitales montrent des prévalences assez élevées. Cependant, la prévalence de l'infection à VIH évolue de façon exponentielle. Ce qui laisse à croire que l'épidémie du VIH pourrait être véhiculée par un comportement sexuel non responsable compromettant l'avenir du pays. Les IST ont toujours été un problème de santé publique à Madagascar et font partie intégrante de la lutte contre le SIDA. En 2009, la mise à jour des estimations de la prévalence du VIH au sein de la population générale, suivant la méthodologie de l'EPP/Spectrum, donne une prévalence du VIH à 0,21 % chez la population adulte avec 21 460 cas estimés de séropositifs au VIH (SE/CNLS 2009). En effet, une projection nationale de l'épidémie pour 2015 prévoit un taux de 15 % une hypothèse forte (30). Le nombre de décès se situera alors entre 260 000 et 1,3 millions, et le nombre des orphelins entre 107 000 et 548 000. Cette forte incidence des IST justifie alors l'importance du problème causé en l'occurrence par les IST et le VIH (31).

I-1 Sur le profil socio-démographique :

I-1-1 Selon le genre :

La répartition selon le genre montre que les malades atteints d'IST/SIDA, vus au CSB II sont en majorité des femmes avec 77,25 % ; les hommes ne représentent que 22,75 % des cas.

Comparée à une étude pareille qui a été réalisée en 2006 au CSB II d'Ambohimananarina. 226 cas d'IST ont été enregistrés dont la répartition par tranche d'âge montre que les femmes représentaient 61,1 % , les hommes ne représentent que 38,9 % des cas. Parmi eux 190 cas d'écoulement génital et 36 cas d'ulcération génitale (32).

Plusieurs facteurs expliquent cette forte élévation d'IST chez les femmes :

- La réceptivité anatomo-physiologique : le risque de contracter l'infection au cours de rapports vaginaux sans protection (et même lors d'un seul acte sexuel) est plus grand pour les femmes que pour les hommes, surtout pour les jeunes filles dont la muqueuse du col de l'utérus n'est pas totalement formée. Les femmes sont physiologiquement plus sensibles au virus du VIH que les hommes. La femme a une plus grande partie de contact (muqueuse vaginale) que l'homme (muqueuse du méat urinaire) (33).
- Le multi partenariat sexuel : une femme peut avoir des relations sexuelles avec plusieurs hommes. Mais surtout on a noté récemment la présence des zones spéciales pour les travailleurs de sexe (prostitution).
- Les ventes illicites des médicaments favorisent l'automédication et du fait que les femmes sont parfois asymptomatiques aux IST, la découverte se fait surtout lors des consultations contrairement aux hommes.
- Dans le dispensaire de l'association Sambatra izay Salama (SISAL) à Isotry, les médecins traitants des IST observent une réticence chez les malades, ils notent une recrudescence de l'automédication. Les responsables observent que le nombre des patients masculins atteints d'IST sont en nette augmentation, alors que les femmes sont majoritaires pour venir se faire dépister auprès du centre, à l'insu de leurs partenaires.

- La situation socio-économique : depuis la survenue de la crise politique du début 2009, on a noté une augmentation importante des IST liée à la pauvreté. De nombreuses femmes ont perdu leur travail dans les zones franches et se trouvent actuellement à faire le trottoir. On a récemment noté une autre forme d'exploitation sexuelle des femmes au Liban liée aux mauvaises conditions de vie.

I-1-2 Selon l'âge :

La répartition selon l'âge montre que les malades atteints d'IST sont en majorité les jeunes de 25 ans et plus avec 46,3 % et ceux de 15-24 ans avec 46,1 %. Les enfants de 1-14 ans sont presque épargnés avec 0,3 %. Mais les nourrissons de 0-11 mois ne sont pas épargnés avec 7,3 % ; des résultats non négligeables survenant surtout lors de l'accouchement et transmis par la mère.

A titre de comparaison : en France, la recrudescence des IST/SIDA, notamment chez les jeunes adultes, inquiète les autorités sanitaires. Trois infections bactériennes sont dans le collimateur des médecins : celles à gonocoque, à chlamydia et la syphilis. Les infections à gonocoque sont en progression constante depuis 1997. Des infections sous haute surveillance, elles ont changé de nom mais elles n'ont pas perdu de leur virulence, bien au contraire. Anciennement MST, les IST sont en progression constante depuis dix ans, notamment chez les 18-30 ans. François Lassau, dermatologue à la consultation IST de l'hôpital Saint-Louis à Paris, s'inquiète « de voir de plus en plus de jeunes filles de 17 à 25 ans dépistées positivement ».

On remarque que : que ce soit en Afrique ou en Europe, leur point commun est qu'ils sont jeunes. Plutôt serait le premier rapport sexuel, plus élevé serait le risque de contamination à l'IST/SIDA. Ce comportement chez les jeunes pourrait s'expliquer par le manque de distraction et la curiosité d'expérimenter une autre face de la vie. Plusieurs facteurs pourraient inciter les jeunes à attraper les IST/SIDA :

- Les mauvaises fréquentations favorisant l'accès à la débauche c'est-à-dire l'alcool, à la cigarette et à la prostitution. L'incitation par les groupes de pairs semble être une des motivations importantes de la 1^{ère} expérience sexuelle.

- La pornographie, en effet, depuis l'évolution de technologie, les vidéos pornographiques ainsi que le libre accès à l'internet exposent les jeunes à des tentations de toutes sortes. Ce qui les rend encore plus vulnérables face aux vagabondages sexuels. La pratique de ce que les jeunes apprennent par les médias de toutes sortes est en quelque sorte la traduction de ce que propose la pornographie dans l'ordre du fantasme.

Dans certaines sociétés, par exemple en Thaïlande, les jeunes hommes de 15 ans ne sont pas considérés comme de « vrais hommes » tant qu'ils ne sont pas allés voir une professionnelle du sexe (31).

I-1-3 Selon l'âge et le genre :

Les résultats selon l'âge et le genre montrent que les femmes sont plus touchées et la majorité se situe surtout dans la tranche d'âge entre 15-24 ans. C'est désormais connu de tout le monde : les jeunes filles et les femmes vivant dans l'Afrique Subsaharienne courent deux à trois fois plus le risque d'attraper le SIDA et les autres IST que leurs partenaires mâles.

En Tanzanie, par exemple, les enquêteurs ont découvert que 17 % des jeunes femmes âgées de 15-24 ans de la ville de Mwanza étaient séropositives, contre 5 % seulement pour leurs partenaires masculins.

A titre de comparaison, au Burkina Faso dans la région du centre Est, les données sur les IST fournies par la notification périodique des formations sanitaires montrent que la région a enregistré en 2007 au total 4379 cas d'IST avec une forte proportion pour le sexe féminin (soit 77,78 %) et la tranche d'âge de 15 – 29 ans représente 65,60 % des cas (34).

Les jeunes courent le plus de risque de contacter les IST, surtout le VIH, pour des raisons biologiques, comportementales et culturelles :

- Des nombres importants d'adolescents sont sexuellement actifs. Dans certains pays, l'activité sexuelle commence au début de l'adolescence, au sein ou en dehors du mariage. Un jeune âge au moment des premiers rapports sexuels comporte un risque élevé de contracter des MST (35) (36).
- Leurs systèmes reproductifs et immunitaires encore immatures exposent les adolescents à l'infection par divers agents des MST (37) (38).

- Les adolescents, surtout les jeunes filles sont moins capable de refuser les rapports sexuels et/ou moins d'insister pour une protection efficace. Parfois l'activité sexuelle est abusive ou coercitive, caractéristique liée à nouveau au jeune âge aux premiers rapports sexuels et au fait d'avoir plusieurs partenaires, deux facteurs à risque pour les IST (35).
- Des conditions telles que la pauvreté, le manque de domicile fixe, les troubles politiques et le déracinement qui sont de plus en plus courantes chez les jeunes des pays en voie de développement sont liées à des abus sexuels ou à des rapports sexuels en échange d'argent ou d'aide en vue de subvenir aux besoin de base (38) (39).
- Les jeunes sont mal informés sur les MST, leurs symptômes, la nécessité de se faire traiter et les lieux où ils peuvent obtenir ce traitement. Conjuguées à la crainte qu'éprouvent un grand nombre d'adolescent face au système médical, ces circonstances font qu'ils évitent souvent de consulter les services de santé ou alors qu'ils attendent longtemps avant de le faire (40).

I-2 Selon l'approche syndromique :

Les résultats selon l'approche syndromique ont montré que la majorité des consultants vient pour écoulement génital avec 65,2 %. Aucun cas de VIH/SIDA n'a été détecté.

Contrairement aux pays voisins de l'Afrique Australe, Madagascar bénéficie à l'heure actuelle d'une faible prévalence de l'infection à VIH, encore inférieure à 1 % (rapport ONUSIDA 2008). Cependant, depuis l'identification du premier cas en 1987, l'épidémie continue de se propager car il existe de nombreux facteurs de risque et de vulnérabilité :

- La pauvreté : le PIB/hab, était de 870 \$ (Banque Mondiale 2006),

Un taux d'infection sexuellement transmissible (IST) parmi les plus élevés du monde ; 4,4 % des femmes enceintes et plus de 12 % des travailleuses du sexe sont positives à la syphilis. En milieu rural, le taux est de 8 % et en milieu urbain de 6 % (Rapport sur les résultats d'enquête de surveillance biologique 2007) ;

- Un taux de dépistage inférieur à 10 % (SE/CNLS)
- Des rapports sexuels précoces et non protégés: 33 % des jeunes de 15-24 ans entrent dans la vie sexuelle active avant l'âge de 15 ans et seuls 34 % d'entre eux ont utilisé le préservatif (ESC 2006).
- Une faible utilisation des préservatifs ;
- De faibles connaissances sur la maladie : 45 % de la population seulement connaît les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH/SIDA et rejette les principales idées fausses concernant la transmission du virus (ESC 2006).
- Un faible niveau d'instruction : 70,7 % de la population de 15 ans et plus est analphabète (Rapport sur le développement humain 2007/2008).
- Des nouvelles mobilités liées à l'emploi...

Aux Comores où plus de 54 % de la population est jeune, la prévalence des infections à VIH est au dessous de 0,05 % même chez les populations classiquement vulnérable. Mais une augmentation rapide surtout chez les jeunes n'est plus à écarter vu la présence de plusieurs conditions favorisant l'expansion de l'épidémie dont :

- La pauvreté favorisant la prostitution.
- Faible taux de connaissance des moyens de préventions des risques liés à la sexualité.
- Une prévalence élevée des IST (6 % gonorrhée, 10 % chlamydia).
- Rapports sexuels précoces chez les adolescents (10 % des jeunes de 15 à 24 ans ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans : données CNLS 2008).

I-3 La répartition des écoulements génitaux selon l'âge :

Les résultats de la répartition des écoulements génitaux selon l'âge ont montré que la plupart des écoulements génitaux survient chez les sujets dont la tranche d'âge se trouve entre 25 ans et plus avec un pourcentage de 50,4 %. Les enfants de 1 à 14 ans sont presque épargnés de ces écoulements génitaux avec 0,5 %. Cela s'explique par le fait que ces enfants ne sont pas théoriquement actifs sexuellement.

Par comparaison à une étude qui a été réalisée en côte d'Ivoire en 2007 sur l'évaluation de la prise en charge des IST/SIDA. Les résultats ont montré que la tranche

d'âge la plus touchée par les IST est celle comprise entre 20 – 30 ans (avec 47 %, soit 391 patients sur 858 au total) avec une prédominance féminine (1 homme pour 2,15 femmes). Les principaux syndromes IST sont la plupart du temps associés, mais ils sont dominés par le syndrome d'écoulement vaginal (avec 50,9 %) (41). Cela montre bien l'ampleur des écoulements génitaux chez les jeunes.

I-4 La répartition des écoulements génitaux selon le genre :

Les résultats de notre étude montrent que les femmes présentent plus d'écoulement génital avec un pourcentage de 77,2 % contre 22 % pour les hommes. Cela ne s'explique pas que les hommes se protègent plus par rapport aux femmes, mais cela s'explique par le fait que les femmes sont nombreuses à venir consulter d'une part, et d'autre part, il s'agit d'une combinaison de facteurs qui peuvent être résumé en trois, à savoir :

- Les facteurs éducationnels (ignorance en matière d'éducation à la vie sexuelle).
- Les facteurs biologiques (les femmes possèdent un espace génital beaucoup plus étendu et fragile que celui des hommes).
- Les facteurs socioculturels et économiques (la pauvreté, la dépendance de la femme à l'homme,...).

I-5 La répartition des écoulements génitaux et des ulcérations génitales :

Les résultats ont montré que les écoulements génitaux sont nombreux avec 65,2 % ; contre 9,3 % des ulcérations génitales.

Par comparaison à une étude réalisée en 2001 au CSB II d'Ambohipo, les résultats ont montré que 62,8 % des cas d'IST enregistrés se manifestent sous forme d'écoulement génital et 37,2 % des cas sous forme d'ulcérations génitales (42). Cela prouve bien l'ampleur des écoulements génitaux face aux ulcérations génitales.

L'insuffisance des moyens pour le diagnostic des IST/SIDA fait que les cas enregistrés sont classés en deux groupes cliniques :

En l'absence d'autres signes cliniques permettant d'avoir un diagnostic plus précis, l'écoulement génital est traité comme un cas de gonococcie et l'ulcération génitale est souvent considérée comme un cas de syphilis. Ce qui fait que la majorité des consultants vient pour gonococcie.

En France selon l'institut national de veille sanitaire (INVS), les infections à gonocoque ont augmenté de 52 % entre 2008 et 2009. Elles touchent aujourd'hui entre 15 000 et 20 000 Hommes dont la moitié ont moins de 30 ans.

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

Par ailleurs, de nombreuses conséquences sanitaires et sociales ont été constatées surtout chez les jeunes non seulement liées au retard de consultation mais aussi au taux élevé des IST:

- Les inflammations pelviennes ou salpingites provenant généralement d'infection des voies génitales inférieures imputables à chlamydia ou à la gonorrhée sont plus courantes chez les adolescentes sexuellement actives que chez les femmes plus âgées. Les inflammations pelviennes peuvent-être à l'origine de la stérilité ou d'une GEU (37).
- Le virus du papillome humain des voies génitales (HPV) très répandu chez les adolescents est cause de condylomes génitaux. De plus, les adolescents courent un risque plus grand de contracter des cancers liés au HPV (43).
- Les conséquences fréquentes pour la santé du virus de l'hépatite B, outre l'hépatite, sont le cancer et la cirrhose (37).
- Les IST accroissent le risque de conséquences négatives de la grossesse tant pour la mère adolescente que pour le nourrisson. Les IST telles que la syphilis, l'hépatite B et le VIH/SIDA peuvent-être transmises aux nouveau-nés. La vaginose bactérienne et la trichomonase sont liées à des accouchements prématurés et à une insuffisance pondérale à la naissance (37).
- L'infection par le VIH est favorisée par la présence d'autres MST. Aussi les adolescents courent-ils un risque accru de contracter l'infection par le VIH/SIDA vu leur taux élevé de MST (44) (45).

--Un grand nombre d'adolescents connaissent de graves troubles psychiques lorsqu'ils contractent une MST. Les réactions classiques de culpabilité et de honte empêchent souvent les jeunes d'aller se faire soigner à temps (46).

--L'infécondité faisant suite à une MST peut faire que les hommes abandonnent leur partenaire ou demandent le divorce. Dans certaines sociétés, les femmes sans soutien ont recours à la prostitution pour survivre (44).

I-6 La répartition mensuelle des cas d'IST :

Les résultats de notre étude montrent que ce sont les mois d'Août, Septembre et Octobre qu'on a une forte élévation des IST. Cela pourrait s'expliquer par le fait que c'est la période de la fin des examens à l'université, mais aussi c'est la saison fraîche, les étudiants n'ont pas d'autres préoccupations. Et comme le CSB II d'Ambohipo est entouré d'une population estudiantine, la majorité des consultants sont des étudiants. Par contre c'est le mois de décembre qu'on a noté le taux le plus faible d'IST. Cela est en rapport avec les fêtes de la fin d'année, tout le monde est rentré dans sa province natale pour passer les fêtes avec la famille. Donc les consultants au centre hospitalier sont rares durant cette période.

I-7 La répartition mensuelle de la syphilis chez les femmes enceintes :

Dans cette étude, nous avons obtenu les résultats à partir des registres du laboratoire de Janvier à décembre 2009 sur les femmes enceintes orientées lors de la CPN.

Les résultats ont montré une forte participation au dépistage pour le mois de novembre, et c'est le mois qu'on a noté un nombre élevé de cas de syphilis. Plus le nombre de dépistage augmente, plus on note un nombre élevé de syphilis.

La syphilis continue à gagner du terrain chez les femmes enceintes.

A Madagascar, la prévalence de la syphilis chez les femmes enceintes est de 4,4 % (ESB 2007) (47) :

- ❖ Région Analanjirofo :
 - Fenerive Est : 18,2 %
 - Mahambo : 16,8 %
- ❖ Région Atsinanana :
 - Foulpointe : 21,1 %

--Toamasina : 10,8 %

❖ Région Melaky :

--Maintirano : 7,3 %

--Betanatanana : 9,3 %

Il ya une corrélation entre les Antécédents de morts nés et la positivité des tests de la syphilis. Parmi les femmes enquêtées au cours de l'ESB 2007 ; 6,1 % ont rapporté des antécédents de morts nés.

I-8 Selon le quartier d'origine :

Les résultats de notre étude ont montré qu'aucun quartier n'est épargné par ce fléau mondial mais c'est à Ambohipo (avec 26,81 %) et Ankatso (avec 20,55 %) qu'on a un taux élevé d'IST. Ceci est lié à la forte population estudiantine qui habite dans ces quartiers.

Comparés aux résultats d'une étude réalisée en 2001 au CSB II d'Ambohipo, les résultats donnent (48):

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

Les facteurs d'accessibilité géographique semblent jouer un rôle ici pour déterminer le nombre d'IST venant consulter en fonction de la distance qui sépare le CSB II des Fokontany concernés.

I-9 Selon la profession :

Les résultats de notre étude ont montré que les employés de la zone franche (avec 21,7 %) et les étudiants (avec 19,1 %) sont en majorité touchés. Ceci s'explique par le fait que le CSB II Ambohipo est entouré d'une population estudiantine, donc les étudiants sont nombreux à venir consulter (1593 cas de consultants en 2009, soit 20 % du nombre total des consultants). Il faut noter également une importance du travail du sexe clandestin en milieu estudiantin. Comme l'année 2009 est l'année du début de la crise politique qui a influencé sur l'économie Malgache, les employés de la zone franche se

trouvent sans emploi et par conséquent beaucoup d'entre eux sont devenus travailleurs de sexe.

Des études effectuées à Madagascar en 2002 montrent les plus vulnérables aux IST/SIDA, comme les prostituées, les agriculteurs, les ménagères, les commerçants, les militaires, les marins et enfin les hôteliers (source : LNR Juin 2000) (4).

A titre de comparaison sur une étude effectuée dans le district de Koupéla au Burkina Faso en 2008 concernant les déterminants de la forte incidence des IST. Les résultats ont montré que les professions les plus exposées sont surtout les commerçants et la profession scolaire (34).

En général certaines professions sont exposées aux IST/SIDA que d'autres, mais en tout cas, tout dépend de l'éducation acquise et/ou du comportement sexuel de chaque individu : les prostitués et les travailleurs de sexe sont les sujets à haut risque.

I-10 Selon la situation matrimoniale :

D'après notre étude, on constate que le groupe des célibataires est plus exposé aux IST/SIDA pendant l'année 2009 avec une proportion de 86,8 %. Comparée à une étude transversale sur les IST/SIDA chez les prostituées à Bamako durant le mois de Février et Mars 1992 sur un échantillon de 103 prostitués, les 70 cas étaient des célibataires (soient 67,96 %). Par contre 11 cas seulement étaient des femmes officiellement mariées (soient 10,67 %) (49).

Par comparaison à une étude réalisée au Niger en 2009 sur deux grandes villes (Niamey et Tahoua) concernant la prise en charge des personnes vivantes avec le VIH/SIDA, les résultats ont montré que les célibataires constituent la proportion la plus importante des patients. Ils représentent 60 % des admissions, suivis par les mariés avec 21 % (50).

Tout cela prouve bien l'ampleur des IST/SIDA chez les célibataires.

I-11 Les personnels prenant en charge les IST/SIDA :

D'après notre étude, 18 personnels prennent en charge les IST/SIDA parmi lesquels 04 Médecins dont 02 s'occupent des consultations externes, 01 Médecin s'occupe des femmes enceintes porteuses d'IST lors du CPN. Et enfin 01 Médecin pour délivrer les résultats du laboratoire pour le dépistage de la syphilis et du VIH/SIDA.

Le CSB II Ambohipo qui comporte 50 991 habitants (estimation en 2009), ces 18 personnels sont insuffisants. Les internes sont majoritaires, mais leur place est un peu limitée et leur présence n'est pas quotidienne. Et un employé de service qui a pour tâche d'orienter les patients.

II- SUGGESTIONS :

Les IST posent un grand problème de santé publique et continuent même à menacer la vie humaine, surtout depuis l'apparition du virus du SIDA qui est une sorte d'IST incurable et mortelle. La lutte contre les IST/SIDA est impérative et concerne tout le monde. Suite à notre étude, nous donnons quelques suggestions et propositions pour le CSB II Ambohipo et pour la lutte contre les IST/SIDA d'une façon générale.

II-1 Pour le Personnel du CSB II d'Ambohipo :

- ➔ Renforcer les IEC/CCC dans les collèges, dans les lycées concernant la précocité des rapports sexuels face aux IST/SIDA.
- ➔ Distribuer gratuitement les préservatifs dans les bars et empêcher la fréquentation des mineurs dans les bars.
- ➔ Il convient de renforcer les IEC/CCC concernant les IST/SIDA en stratégie fixe (au niveau du CSB II Ambohipo) et en stratégie mobile (au niveau des Fokontany qui entourent le CSB II Ambohipo), surtout en augmentant les nombres de séances.
- ➔ Encourager les patients à acheter les médicaments dans les pharmacies et éviter l'automédication qui est source de résistance aux médicaments, et assurer un control strict de la vente illicite des médicaments.
- ➔ Conseiller aux patients consultants pour IST/SIDA de traiter leurs partenaires sexuels.
- ➔ Création d'emploi aux travailleuses de sexe et aux femmes qui ont perdu leur emploi dans les zones franches.
- ➔ Il faut des visites au niveau des écoles, des entreprises, des associations pour faire des séances IEC/CCC, dépistage et soins, promotion de préservatifs...
- ➔ Interdire les sites pornographiques aux mineurs.
- ➔ il faut renforcer les IEC/CCC dans les lieux publics, surtout les endroits les plus peuplés, où vivent les gens les plus défavorisés où le taux de chômage, analphabétisme et de délinquance est élevé.

- ➔ En collaboration avec les mass-médias, surtout encourager l'adoption de comportement, diminuant le risque d'IST/SIDA (abstinence, fidélité au couple, meilleur choix des partenaires sexuels, utilisation des préservatifs...).
- ➔ Créer des endroits spéciaux pour distribuer gratuitement les préservatifs aux étudiants des cités universitaires d'Ambohipo et d'Ankatso.
- ➔ Il convient de renforcer les IEC/CCC chez les femmes enceintes lors des CPN, surtout en matière de dépistage.
- ➔ Il convient également d'ouvrir d'autres dispensaires supplémentaires au niveau des autres quartiers car cela permettra de bien sensibiliser, d'attirer et de prendre en charge toutes les populations car l'éloignement peut constituer une entrave pour les gens de connaître le dispensaire ou de venir y consulter. En plus, les facteurs influant sur les IST/SIDA sont différents d'un lieu à un autre, ainsi on pourra bien trouver les points à renforcer sur la sensibilisation dans chaque milieu.
- ➔ 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...

II-2 Pour la lutte contre les IST/SIDA en générale :

- ➔ Ouvrir des services spécialisés pour la prise en charge des IST/SIDA à certains endroits cibles pour être proches et accessibles pour toute la population (dans chaque quartier, au niveau des centres de santé...). Ces services doivent-être assez discrets pour éviter l'hésitation des gens à y venir à cause de la mentalité qui considère les IST/SIDA comme des maladies honteuses.
- ➔ Améliorer les conditions de travail au niveau des centres de santé : les personnels doivent-être accueillants et dynamiques, il faut éviter les lenteurs administratives, adopter un coût abordable pour les soins, améliorer les qualités des prestations (dépistage, prise en charge). Il faut à tout prix les motiver pour recourir à un centre de santé en cas de maladie ou suspicion d'infection.
- ➔ Aider les patients pour la bonne observance du traitement : créer des services de soins qui sont chargés d'éduquer les gens sur les mesures à prendre pendant le traitement, l'importance de l'achèvement de la cure et du traitement des partenaires sexuels, proposer une supervision de l'effet des premières doses de médicaments au centre de santé...

- ➔ Former tous les personnels médicaux et paramédicaux sur la prise en charge des IST/SIDA, formation en IEC/CCC et en bonne approche psychologique des patients, formation sur l'approche syndromique et le traitement des IST/SIDA, formation et sensibilisation sur les mesures à prendre pour éviter la transmission sanguine des IST/SIDA ...
- ➔ Assurer l'approvisionnement des médicaments et matériels nécessaire pour le dépistage et le traitement des IST/SIDA au niveau de tous les centres sanitaires.
- ➔ Renforcer la promotion de préservatifs pour diminuer le risque de transmission sexuelle des IST/SIDA : distribution de préservatifs dans les lieux publics, les écoles, les entreprises, les centres de santé,..., donner aux gens la possibilité d'acheter les préservatifs à des prix abordables, de façon discrète (accès facile aux préservatifs).
- ➔ Informer et éduquer toutes les femmes en âge de procréer sur les risques de transmission materno-fœtale des IST/SIDA (au niveau des écoles, des lieux de travail, des centres de santé, des différentes associations, ...)
- ➔ Sensibiliser les parents et les encourager à éduquer leurs enfants. 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 les leaders religieux pour envoyer des messages sur les mesures d'ordre moral : respect de la pureté du corps, la fidélité du couple, interdiction des rapports sexuels en dehors du mariage...
- ➔ Collaborer avec le ministère de l'enseignement pour introduire 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 ; l'éducation morale, il faut dès le plus jeune âge conscientiser les étudiants sur les problèmes liés aux IST/SIDA : les éduquer pour qu'ils adoptent un comportement responsable qui diminue le risque de contacter les IST/SIDA (abstinence sexuelle ou fidélité au couple, meilleur choix des partenaires sexuels, utilisation de préservatifs lors des rapports sexuels, éviction des drogues et de l'alcool...).
- ➔ Encourager les mariages légitimes (civil et religieux) pour motiver la fidélité au couple.

- ➔ Renforcer les IEC/CCC en matière d'IST/SIDA : leurs manifestations, modes de transmission, risques et complications, moyens de prévention, les comportements à risque, ...
- ➔ Encourager le recours immédiat à un centre de santé en cas de signes douteux, éduquer pour l'adoption de comportement sexuels responsable, sensibiliser pour la fidélité des couples et l'abstinence sexuelle des célibataires, changer la mentalité vis-à-vis des IST/SIDA : il faut les considérer comme toutes les autres maladies mais ne pas les prendre pour maladies honteuses. il faut utiliser tous les canaux : radios, télévisions, dépliants, affichages, production de films éducatifs, spectacles, banderoles,..., les messages doivent-être simples mais complets, clairs, accessibles pour tout public.
- ➔ Cibler spécialement les groupes à risques : exiger des cartes sanitaires pour les prostitués, leur assurer une surveillance sanitaire et leur faciliter l'accès aux soins, autoriser une vente libre et accès facile aux seringues et aiguilles à jeter pour les toxicomanies, et même pour tout un chacun.
- ➔ Avoir une meilleure visibilité de la situation épidémiologie des IST/SIDA : La déclaration obligatoire de l'infection par le VIH/SIDA est l'outil de référence pour le suivi épidémiologique. Les réseaux de surveillance de la syphilis et des gonocoques doivent être rendus plus fiables et plus stables.
- ➔ Créer des événements périodiques, centrés sur la lutte contre les IST/SIDA pour mobiliser la communauté : festival, concours, jeux, carnaval,... 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 aux différents événements, plus les messages sont ancrés dans leurs esprits et l'adoption de comportement responsable devient une routine, une habitude naturelle.
- ➔ Encourager la formation de différentes associations (association de jeunes, association féminine...), les orienter vers des activités éducatives et culturelles pour diminuer les activités sexuelles des jeunes et les aider à éviter les comportements à risque des IST/SIDA.
- ➔ Elaborer des stratégies politiques contre le chômage, les drogues et l'alcoolisme, l'analphabétisme, la délinquance juvénile, l'exode rural et la pauvreté qui sont tous des terrains favorisant la transmission des IST/SIDA, donc sources de leur dissémination. Il

faut aussi améliorer les conditions d'hygiène et le cadre de vie de la population. L'Etat doit œuvrer pour des créations d'entreprises, des bibliothèques, des aires sportives, organiser des rencontres culturelles, artistiques, et sportives dans le but de lutter contre les IST/SIDA. Ces actions doivent exister dans toutes les régions de l'île, et renforcées dans les milieux défavorisés et dans les régions où le taux des sujets à risque et l'incidence des IST/SIDA sont plus élevés.

- ➔ Renforcer la lutte nationale contre le tourisme sexuel, l'exploitation des femmes et des mineurs.
- ➔ Coupler l'éducation de la population en matière d'IST/SIDA et de santé reproductive avec l'industrialisation, l'urbanisation et l'emploi féminin : pour éviter des flambées d'épidémie.
- ➔ Mettre en place des actions de prévention combinée ciblée en direction des populations se trouvant dans des situations à risque (migrants, homosexuel, les prostitués, usagers de drogues...). Les chefs religieux en collaboration avec l'état doivent interdire la pratique de la polygamie et de la polyandrie.
- ➔ 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). Assurer une décentralisation effective des activités de surveillance, dépistage et traitement des IST/SIDA.
- ➔ Exiger le dépistage des IST/SIDA au cours des visites médicales systématiques (visites scolaires, d'embauche, périodiques de travailleurs...). Faire des dépistages systématiques et prise en charge des IST/SIDA dans les écoles, entreprises, différentes associations..., et toujours profiter de toutes les occasions pour faire des IEC/CCC, promotion de préservatifs et de comportements responsable.

Bref, les IST/SIDA continuent à poser des problèmes de santé publique malgré les stratégies et les financements employées pour lutter contre ce fléau mondial. Elles 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 permettrait de réduire leurs transmissions et de combattre ce fléau.

CONCLUSION

CONCLUSION

Les Infections Sexuellement Transmissibles posent un grand problème de santé publique malgré les stratégies et les financements employés pour lutter contre ce fléau mondial, elles continuent même à menacer la vie humaine. Surtout depuis l'apparition du virus du SIDA qui est une sorte d'IST incurable et mortelle.

Selon l'OMS, 14 000 personnes par jour sont infectées par le VIH/SIDA dans le monde dont 95 % dans les pays en voie de développement, en Afrique on note 30 millions de PVVIH. Le nombre de décès lié au VIH en 2009 était de 1,8 millions dans le monde entier dont 1,3 millions en Afrique Sub-saharienne. Les IST les plus répandues à l'heure actuelle sont en première place les gonococcies, les infections chlamydiennes, puis la syphilis, l'herpès génital et la trichomonase.

Contrairement aux pays voisins de l'Afrique Australe, Madagascar bénéficie à l'heure actuelle d'une faible prévalence de l'infection à VIH, encore inférieure à 1 % (ONUSIDA 2008). Il faut intervenir donc dès maintenant pour éviter une explosion de l'épidémie.

En effet, selon les caractéristiques cliniques des IST observées au CSB II Ambohipo en 2009, nous avons relevé :

- 356 cas d'IST (soit 4,5 %) dont 43 cas de syphilis observée chez les femmes enceintes lors du CPN. Aucun cas de VIH/SIDA n'a été retrouvé.
- Les femmes sont en majorité touchées avec 77,25 % contre 22,75 % des hommes. La majorité des consultants vient pour écoulement génital avec 65,2 %.

Nous avons alors quelques suggestions et propositions que nous espérons améliorer la prise en charge des IST/SIDA dans tous les domaines ;

La prévention doit-être avant tout primordiale et repose sur :

- L'utilisation correcte du préservatif qui est un moyen simple et efficace pour éviter la contamination et l'infection par des agents infectieux responsables des IST.
- Dépistage systématique du VIH/SIDA.
- Eduquer les patients et les inciter à modifier leur comportement sexuel, autrement dit renforcer les IEC/CCC en matière d'IST/SIDA : leurs manifestations, modes de

transmission, risques et complications, moyens de prévention, les comportements à risque,...

- Distribuer gratuitement les préservatifs chez les travailleurs de sexe, car la prostitution constitue une plaque tournante inévitable de la propagation des IST, porte d'entrée du VIH, et véritable épée de Damoclès sur la population.

Enfin, le problème d'IST/SIDA concerne tout le monde. La prévention est le moyen efficace pour lutter contre ces infections et la plus importante est l'adoption de comportement responsable pour diminuer le risque de contamination et de transmission.

Par cette étude, notre souhait est de pouvoir contribuer à l'amélioration de la prise en charge des IST/SIDA au sein du CSB II Ambohipo, au niveau national et international.

ANNEXE

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

- 1-** Rapelanoro Rabenja F. Les infections sexuellement transmissibles et VIH/SIDA. Cours Médecine à la Faculté de Médecine d'Antananarivo, 6^e Année, 2009.
- 2-** <http://www.pasteur.fr/ip/...le-vih-Sida>. Le Sida en chiffres.2010.
- 3-** Fattorusso V, Ritter O. Vademecum Clinique du diagnostic au traitement. Paris : Masson, 13^{ème} édition,1994 : 302-378.
- 4-** Gazela Meva R. Prise en charge des IST au Dispensaire SISAL 67 ha en 2001. Antananarivo : Thèse Médecine, 2004 ; N°6802 : 2-4.
- 5-** Bohbot JM, Zana J, Monsonogo J. Maladies sexuellement transmissibles. Paris : Elseiver, Encycl Méd Chir 1999 ; 10 : 13.
- 6-** Le grain G, Delvoye P, Ranjalahy JR. Les infections sexuellement transmissibles. Santé de la reproduction : Pratique et opérationnelle. Madagascar : FNUAP, 2001 : 232-263.
- 7-** De Tourris, Henrion R, Dele Cour M. Maladies sexuellement transmissibles : Gynécologie et Obstétrique. Abrégé illustré. Paris : Masson, 1994 : 123-145.
- 8-** PRB. Les jeunes et la crise du VIH/SIDA. La jeunesse du monde, 2000 : 10-13.
- 9-** Shane B. Family Planning Saves. New York : Lives, 1998: 17-18.
- 10-** Senderowitz J, Young people and STDS/VIH/AIDS. Dimensions of the problem. Washington: Focus, 1997; 1: 12.
- 11-** Andrianaivo P. Maladies sexuellement transmissibles. Cours Médecine à la Faculté de Médecine d'Antananarivo, 5^e Année,1996.
- 12-** Halique B, Prazack T, Malkin JE. Maladies sexuellement transmissibles et voyages. Med Trop. Dakar. Ahitag1997; 57 : 501-503.
- 13-** Canidouche EB. Epidémiologie des maladies transmissibles par voie sexuelle. Med Afr Noire 1997 : 787-793.
- 14-** Andriamialison V. Ecoulement génital, à propos de 106 cas vus à l'IHS Antananarivo. Antananarivo : Thèse Médecine, 2000 ; N°5290 : 10-11.
- 15-** Marc G. Médecine Tropicale. Paris : Flammarion, 5^{ème} édition, 1993 : 628-632.

- 16-** Bello CS, Flegba OY, Dada JD. Sexually transmitted disease in Northern Nigeria. *Brit J Vener Dis* 1983;59: 202.
- 17-** Center For Disease Control. Sexually transmitted diseases treatment guidelines. *MMWR*, 1989; 38: 1-43.
- 18-** Le Noc D. Les infections Féminines à Yaoundé: importance de l'étiologie gonococcique. *Med Trop* 1974; 34: 573.
- 19-** André M, Marc S. Guide de Médecine en Afrique et en Océan indien. EDICEF, 3^{ème} édition, 1988 : 234-490.
- 20-** De Schryver A, Meheus A. Epidemiology of sexually transmitted diseases: The global picture. *Bull Who*, 1990; 68: 639-654.
- 21-** Groupe D'auteurs. Sexually transmitted diseases. *Rev infect Dis* 1990; 12: 6.
- 22-** Marchand JP, Strobel M, N'Diaye B, Renault-Steens, Mang M. Le chancre mou à Dakar(à propos de 1585 observations). *Bull Soc Med Afr Noire* 1978; 23: 14.
- 23-** OMS. Prise en charge des patients atteints de maladie sexuellement transmissible. OMS, Série Rapports Techniques, 1991; 810.
- 24-** Kuberski T. Granuloma inguinale(donovanosis). *Sex Trans Dis* 1980 ; 7 : 29.
- 25-** Pepin J, Plummer FA, Brunham RC, Piot P, Cameron DW, Ronald AR. Editorial review. The interaction of HIV infection and other sexually transmitted diseases: an opportunity for intervention. *AIDS*, 1989: 33-39.
- 26-** Rosenbert MJ, Schulz K, Burton N. Sexually transmitted diseases in Sub-saharian Africa. *Lancet* 1986: 152-153.
- 27-** Heriniaina Honore R. Les activités du CSB II Ambohipo durant l'année 1998. Antananarivo: Thèse Médecine, 2001; N°5127 : 11-20.
- 28-** Osoba AO. Sexually transmitted diseases in tropical Africa a review of the present situation. *Brit J Vener Dis* 1981; 57: 89.
- 29-** Maleville J, Geniaux M, Ball M, Texier L. Aspects actuels des maladies vénériennes(MST)dans les régions tropicales. *Méd Afr Noire* 1984 ; 31 : 521.

- 30-** Ravelojaona B, Andriamahenina R, Rasamindrakotroka A. Le SIDA à Madagascar : Epidémiologie, projection et impact démographique. Bulletin d'information du bureau de représentation de l'OMS à Madagascar. OMS, 1997:32-36.
- 31-** Rasolofomanana Fenohaja A. Les clients des travailleuses du sexe de la ville d'Antananarivo face aux IST/VIH/SIDA. Antananarivo : Thèse Médecine, 2006; N°7445 : 41.
- 32-** Rovaniaina R. Evaluation de la lutte contre les IST/SIDA au CSB II d'Ambohimananarina en 2006-2007. Antananarivo : Thèse Médecine, 2008; N°7780 : 41-43.
- 33-** Line M. La femme et le VIH/SIDA. <http://www.Cnls-Congobrazza.org/file>. 2005.
- 34-** http://www.memoireonline.com/10/09/2756/m_Etude-des-determinants-de-la-forte-incidence-des-IST-Koupeactu8. Les déterminants de la forte incidence des IST. 2010.
- 35-** Heis LL. Gender-Based violence and women's Reproductive Health. International J Gynaecol Obstet. 1994; 46: 221-229.
- 36-** Noble J, Cover J, Yanagishita M. The world's Youth 1996. PRB,1996.
- 37-** Cates W, Pheeters M. Adolescents and sexually transmitted Diseases: Current Risks and Future consequences. Prepared for the workshop on adolescent sexuality and Reproductive Health in Developing countries: Trends and interventions National Research council. Washington: DC,1997: 90-97.
- 38-** Hughes J, Berkley S. STI among Adolescents in Developing and Developed countries: How should Research be Approched?Draft manuscript, 1997.
- 39-** Barker G, Fontes M. Review and Analysis of International Experience With Programs Targeted on At-Risk Youth. Unpublished Report for the Government of Colombia. World Bank, 1996: 10-29.
- 40-** WHO. Back ground document Technical discussions. WHO,1989.
- 41-** Tiembre I, Attoh Touré H, Dagnan S. Prise en charge des IST/SIDA. Med Afr Noire 2007 : 329-334.

- 42-** Thomas Dake A. Evaluation de la lutte contre l'infection sexuellement transmissible/SIDA au CSB II d'Ambohipo. Antananarivo : Thèse Médecine, 2003 ; N°6754 : 31.
- 43-** Koutsky LA, Holmes KK, Critchlow CW. A cohort study of the Risk of cervical intraepithelial Neoplasia Grade 2 or 3 in Relation to papilloma virus infection. *N Engl J Med* 1992; 327:1272-1278.
- 44-** Dallabetta G, Laga M, Lampertey P, eds. Control of Sexually Transmitted Diseases. AIDSCAP/Family Health international, 1996: 120-145.
- 45-** Gross Kurth H, Mosha F, Todd J. Impact of Improved Treatment of sexually Transmitted diseases on HIV infection in Rural Tanzania: Randomised Controlled Trial. *Lancet* 1995; 346: 530-536.
- 46-** Flanagan D, Williams C, Mahler H. Peer Education in projects Supported by AIDSCAP: A study of 21 projects in Africa, Asia and Latin America. AIDSCAP, 1996: 232-254.
- 47-** Adeline R. Prévalence des IST classiques à Madagascar. www.Solthis.org/.../081101124403_2710_Prévalence_des_ist_minsanpl.ppt. 2010.
- 48-** Herinampoina Martin R. Pour une meilleure stratégie de lutte contre les IST au CSB II d'Ambohipo. Antananarivo : Thèse Médecine, 2003; N°6600 : 24.
- 49-** Diabate Diallo F, Fofana Sangare O, Traore M, Dolo A. Fréquence des MST/SIDA chez les prostituées à Bamako. *Med Afr Noire* 1997; 44 : 336-337.
- 50-** <http://www.mvs.solidairesdumonde.org/media/02/00/289694973>. Rapport Annuel des activités de l'ONG Mieux vivre avec le SIDA. 2009.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maitres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate,

Je promets et je le jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail.

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraire.

Admis à l'intérieur de maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception, même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maitres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçu de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprise de mes confrères si j'y manque.

PERMIS D'IMPRIMER

LU ET APPROUVE

Le Président de Thèse

Signé : Professeur **RANJALAHY RASOLOFOMANANA Justin**

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé : Professeur **RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa**

Name and first name: NASSERDINE Bourhane.

Title of the thesis: “ Operationalization of STI/AIDS management in the PHC II Ambohipo during the year 2009.”

Category : Public health

Number of pages : 60

Number of figures : 11

Number of photos : 02

Number of tables : 17

Number of appendices : 01

Number of bibliographic references : 50

SUMMARY

" Operationalization of STI/AIDS management in the Primary Health Centre (PHC) type II Ambohipo during the year 2009 " is a survey which objective is to identify the population profile with risk of STI/AIDS in the PHC II of Ambohipo and to determine factors facilitating dissemination and outbreak of these diseases. Severity and impact of this endemic, as well as the STI/HIV/AIDS interrelation have motivated us to undertake this survey. The methodology uses first techniques of process assessment obtained and secondly descriptive epidemiology method. The results obtained are:

- In 2009, IEC activities related to STI/AIDS were relied on advices given to consultants.
- Curative activities recorded 356 cases of STI among which genital out-flows were observed in 65,2% of cases and genital ulcerations in 09,3% of cases. Women are in majority affected with 77,25% of cases against 22,75% for men. Majority of consultants are young people aged 15-24 years.

In order to improve the struggle against STI/AIDS, our propositions are as follow:

- Strengthening of resources allocated to health services.
- Launching a well adapted IEC programme.

Key words: Operationalization -Year 2009 - PHC II Consultants – outbreak - STI/AIDS - dissemination.

Director of thesis : Professor ANDRIANASOLO Roger

Reporter of thesis : Doctor RAKOTOARIMANGA Hanintsoa Huguette

Address of the author : II-F 34 C Andraisoro Tananarive (101).

Nom et prénom : NASSERDINE Bourhane.

Titre de la thèse : « L'opérationnalisation de la prise en charge des IST/SIDA au CSB II d'Ambohipo durant l'année 2009. »

Rubrique : Santé publique

Nombre de pages : 60

Nombre de figures : 11

Nombre de photos : 02

Nombre de tableaux : 17

Nombre d'annexes : 01

Nombre de références bibliographiques : 50

RESUME

« L'opérationnalisation de la prise en charge des IST/SIDA au CSB II d'Ambohipo durant l'année 2009 » est une étude qui a pour objectif d'identifier le profil de la population à risque d'IST/SIDA dans le CSB II d'Ambohipo et de déterminer les facteurs favorisant la dissémination et la recrudescence de ces maladies. La sévérité et l'impact de cette endémie, ainsi que l'interrelation IST/VIH/SIDA nous ont motivé à entreprendre cette étude. La méthodologie utilise les techniques d'évaluation de processus dans un premier temps et la méthode d'épidémiologie descriptive dans un deuxième temps. Les résultats obtenus sont :

- En 2009, les activités d'IEC concernant les IST/SIDA ont été effectuées sous forme de conseils donnés aux consultants.
- Les activités curatives ont enregistré 356 cas d'IST parmi lesquels on distingue des écoulements génitaux dans 65,2 % des cas et des ulcérations génitales dans 09,3 % des cas. Les femmes sont en majorité touchées avec 77,25% des cas contre 22,75 % pour les hommes. La majorité des consultants sont des jeunes de 15-24 ans.

Afin d'améliorer la lutte contre les IST/SIDA, nos propositions sont les suivantes :

- Renforcement des ressources du service de santé.
- Mise en œuvre d'un programme d'IEC adapté.

Mots clés : Opérationnalisation - Année 2009 - CSB II Ambohipo - Facteurs de risque - IST/SIDA.

Directeur de thèse : Professeur ANDRIANASOLO Roger

Rapporteur de thèse : Docteur RAKOTOARIMANGA Hanintsoa Hugnette

Adresse de l'auteur : LOT II-F 34 C Andraisoro Tananarive (101).