

UNIVERSITE DU MALI  
FACULTE DE MEDECINE , DE PHARMACIE  
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

REPUBLIQUE DU MALI  
UN PEUPLE-UN BUT- UNE FOI

ANNEE ACADEMIQUE 1998.

N° 50

THESE DE DOCTORAT EN MEDECINE (DIPLÔME D'ETAT)

**Etude épidémiologique-clinique des maladies sexuellement  
transmissibles dans la région de Mopti  
de 1996 à 1997.**

Présentée et soutenue publiquement le 9/5/1998  
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie  
et d'Odonto-Stomatologie du Mali.

Par Monsieur: SEYDOU GOÏTA  
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine ( Diplôme d'Etat)

**JURY :**

**PRÉSIDENT :PROFESSEUR ABDOU A.TOURE**

**MEMBRES: PROFESSEUR SIDI YAYA SIMAGA DIRECTEUR DE THESE  
DOCTEUR FAYIRI TOGOLA CO-DIRECTEUR DE THESE  
DOCTEUR BOURAIMA MAIGA.**

# FACULTE DE MEDECINE ,DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE ANNEE UNIVERSITAIRE 1997-1998

## ADMINISTRATION

**DOYEN:**

**1er ASSESSEUR:**

**2 ème ASSESSEUR:**

**SECRETAIRE GENERAL:**

**ECONOME:**

**MOUSSA TRAORE** Professeur  
**Arouna KEITA** Maître de  
conférences Agrégé

**Alhousséini Ag MOHAMED**  
Maître de conférences Agrégé

**BAKARY CISSE** Maître de  
conférences

**MAMADOU DIANE** Contrôleur  
des finances

## LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Aliou BA

Mr Bocar SALL

Mr Souleymane SANGARE

Mr Yaya FOFANA

Mr Mamadou L. TRAORE

Mr Balla COULIBALY

Mr Mamadou DEMBELE

Mr Mamadou KOUMARE

Mr Mohamed TOURE

Mr Ali Nouhoum DIALLO

Mr Ali GUINDO

Ophthalmologie

Orthopédie. Traumatologie. Secourisme

Pneumo-phtisiologie

Hématologie

Chirurgie Générale

Pédiatrie

Chirurgie Générale

Pharmacognosie

Pédiatrie

Médecine interne

Gastrologie et Enterologie

## LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R & PAR GRADE

### D.E.R CHIRURGIE ET SPECIALISTES CHIRURGICALES

#### 1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE

Mr Sambou SOUMARE

Mr Abdou Alassane TOURE

Mr Kalilou OUATTARA

Chirurgie Générale et Anatomie

Chirurgie Générale

Orthopédie et Traumatologie

Urologie

#### 2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

|                                |                       |
|--------------------------------|-----------------------|
| Mr Amadou DOLO                 | Gynéco-Obstétrique    |
| Mr Djibril SANGARE             | Chirurgie Générale    |
| Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP | Chirurgie Générale    |
| Mr Alhousséini Ag MOHAMED      | O.R.L. Chef de D.E.R. |

### **3. MAITRES DE CONFERENCES**

|                    |                    |
|--------------------|--------------------|
| Mme SY Aissata SOW | Gynéco-Obstétrique |
| Mr Salif DIAKITE   | Gynéco-Obstétrique |

### **4. ASSISTANTS-CHEFS DE CLINIQUE**

|                                |                               |
|--------------------------------|-------------------------------|
| Mr Mamadou L. DIOMBANA         | Stomatologie                  |
| Mr Abdoulaye DIALLO            | Ophthalmologie                |
| Mme DIALLO Fatimata.S. DIABATE | Gynéco-Obstétrique            |
| Mr Abdoulaye DIALLO            | Anesthésie et Réanimation     |
| Mr Gangaly DIALLO              | Chirurgie Générale            |
| Mr Sékou SIDIBE                | Orthopédie et Traumatologie   |
| Mr Abdoulaye K.DIALLO          | Anesthésie et Réanimation     |
| Mr Mamadou TRAORE              | Gynéco-Obstétrique            |
| Mr Filifing SISSOKO            | Chirurgie Générale            |
| Mr Tiéman COULIBALY            | Orthopédie et Traumatologie   |
| Mme TRAORE J.THOMAS            | Ophthalmologie                |
| Mr Nouhoum ONGOIBA             | Anatomie & Chirurgie Générale |

### **5. ASSISTANTS**

|                   |                             |
|-------------------|-----------------------------|
| Mr Ibrahim ALWATA | Orthopédie et Traumatologie |
| Mr Sadio YENA     | Chirurgie Générale          |

## **D.E.R DE SCIENCES FONDAMENTALES**

### **1. PROFESSEURS**

|                     |                                        |
|---------------------|----------------------------------------|
| Mr Daouda DIALLO    | Chimie Générale & Minérale             |
| Mr Bréhima KOUMARE  | Bactériologie-Virologie                |
| Mr Siné BAYO        | Anatomie-Pathologie. Histo-Embryologie |
| Mr Gaoussou KANOUTE | Chimie Analytique                      |
| Mr Yéya T.TOURE     | Biologie                               |
| Mr Amadou DIALLO    | Biologie chef de D.E.R.                |
| Mr Moussa HARAMA    | Chimie Organique                       |

### **2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES**

|                     |               |
|---------------------|---------------|
| Mr Ogobara DOUMBO   | Parasitologie |
| Mr Anatole TOUNKARA | Immunologie   |

### **3. MAITRES DE CONFERENCES**

|                        |                   |
|------------------------|-------------------|
| Mr Yénimégué A.DEMBELE | Chimie Organique  |
| Mr Massa SANOGO        | Chimie Analytique |
| Mr Bakary M.CISSE      | Biochimie         |
| Mr Abdrahamane S.MAIGA | Parasitologie     |
| Mr Adama DIARRA        | Physiologie       |

### **4. MAITRES ASSISTANTS**

|                          |                               |
|--------------------------|-------------------------------|
| Mr Mahamadou CISSE       | Biologie                      |
| Mr Sekou F.M.TRAORE      | Entomologie médicale          |
| Mr Abdoulaye DABO        | Malacologie, Biologie animale |
| Mr N'yenigue Simon KOITA | Chimie Organique              |
| Mr Abdrahamane TOUNKARA  | Biochimie                     |
| Mr Flabou BOUGOUDOGO     | Bactériologie                 |
| Mr Amadou TOURE          | Histologie et Embryologie     |
| Mr Ibrahim I.MAIGA       | Bactériologie                 |
| Mr Benoît KOUMARE        | Chimie Analytique             |

## **D.E.R DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES**

### **1. PROFESSEURS**

|                       |                             |
|-----------------------|-----------------------------|
| Mr Abdoulaye Ag RHALY | Médecine Interne            |
| Mr Mamadou K.TOURE    | Cardiologie                 |
| Mr Mahamane MAIGA     | Néphrologie                 |
| Mr Baba KOUMARE       | Psychiatrie, Chef de D.E.R. |
| Mr Moussa TRAORE      | Neurologie                  |
| Mr Issa TRAORE        | Radiologie                  |
| Mr Mamadou M.KEITA    | Pédiatrie                   |

### **2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES**

|                    |                             |
|--------------------|-----------------------------|
| Mr Toumani SIDIBE  | Pédiatrie                   |
| Mr Bah KEITA       | Pneumologie et Phtysiologie |
| Mr Boubacar DIALLO | Cardiologie                 |
| Mr Dapa Aly DIALLO | Hématologie                 |
| Mr Somita KEITA    | Dermato-Leprologie          |
| Mr Hamar A.TRAORE  | Médecine Interne            |

### **3. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE**

|                       |                            |
|-----------------------|----------------------------|
| Mr Abdel Kader TRAORE | Médecine Interne           |
| Mr Moussa Y.MAIGA     | Gastrologie et Enterologie |
| Mr Bou DIAKITE        | Psychiatrie                |
| Mr Bougouzié SANOGO   | Gastrologie et Enterologie |
| Mr Mamady KANE        | Radiologie                 |
| Mr Saharé FONGORO     | Néphrologie                |
| Mr Bakoroba COULIBALY | Psychiatrie                |
| Mr Mamadou DEMBELE    | Médecine Interne.          |
| Mme Tatiana KEITA     | Pédiatrie                  |

### **4. ASSISTANT**

|                  |            |
|------------------|------------|
| Mr Adama D.KEITA | Radiologie |
|------------------|------------|

## **D.E.R. DE SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

### **1. PROFESSEUR**

|                          |             |
|--------------------------|-------------|
| Mr Boubakar Sidiki CISSE | Toxicologie |
|--------------------------|-------------|

### **2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES**

|                    |                                |
|--------------------|--------------------------------|
| Mr Arouna KEITA    | Matière Médicale (Chef de DER) |
| Mr Ousmane DOUMBIA | Pharmacie Chimique.            |

### **3. MAITRE DE CONFERENCES**

|                   |               |
|-------------------|---------------|
| Mr Elimane MARIKO | Pharmacologie |
|-------------------|---------------|

### **4. MAITRES ASSISTANTS**

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Mr Drissa DIALLO    | Matière Médicale |
| Mr Alou KEITA       | Galénique        |
| Mr Ababacar I.MAIGA | Toxicologie      |

## **D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE**

### **1. PROFESSEUR**

|                     |                              |
|---------------------|------------------------------|
| Mr Sidi Yaya SIMAGA | Santé Publique (Chef de DER) |
|---------------------|------------------------------|

### **2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE**

|                   |                |
|-------------------|----------------|
| Mr Moussa A.MAIGA | Santé Publique |
|-------------------|----------------|

### **3. MAITRES DE CONFERENCES**

|                    |                |
|--------------------|----------------|
| Mr Yanick JAFFRE   | Anthropologie  |
| Mr Sanoussi KONATE | Santé Publique |

### **4. MAITRE ASSISTANT**

|                  |                |
|------------------|----------------|
| Mr Bocar G.TOURE | Santé Publique |
|------------------|----------------|

### **5. ASSISTANT**

|                    |                |
|--------------------|----------------|
| Mr Massambou SACKO | Santé Publique |
|--------------------|----------------|

## **CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES**

|                            |                    |
|----------------------------|--------------------|
| Mr Mamadou KONE            | Physiologie        |
| Mr Kaourou DOUCOURE        | Biologie           |
| Mr N'Golo DIARRA           | Botanique          |
| Mr Boubacar DIARRA         | Bactériologie      |
| Mr Salikou SANOGO          | Physique           |
| Mr Bakary I.SACKO          | Biochimie          |
| Mr Sidiki DIABATE          | Bibliographie      |
| Mr Boubacar KANTE          | Galénique          |
| Mr Souleymane GUINDO       | Gestion            |
| Mme DEMBELE Sira DIARRA    | Mathématiques      |
| Mr Modibo DIARRA           | Nutrition          |
| Mme MAIGA Fatoumata SOKONA | Hygiène du Milieu  |
| Mr Nyamanto DIARRA         | Mathématiques      |
| Mr Moussa I.DIARRA         | Biophysique        |
| Mr Mamadou Bakary DIARRA   | Cardiologie        |
| Mme SIDIBE Aissata TRAORE  | Endocrinologie     |
| Mr Siaka SIDIBE            | Médecine Nucléaire |

## **PERSONNEL D'ENCADREMENT (STAGE & TP)**

|                            |            |
|----------------------------|------------|
| Docteur Madani TOURE       | H.G.T.     |
| Docteur Tahirou BA         | H.G.T.     |
| Docteur Amadou MARIKO      | H.G.T.     |
| Docteur Badi KEITA         | H.P.G.     |
| Docteur Antoine Niantao    | H.G.T.     |
| Docteur Kassim SANOGO      | H.G.T.     |
| Docteur Yéya I.MAIGA       | I.N.R.S.P. |
| Docteur Chompere KONE      | I.N.R.S.P. |
| Docteur Almahdy DICKO      | H.G.T.     |
| Docteur Mohamed TRAORE     | KATI       |
| Docteur N'DIAYE F. N'DIAYE | Commune V  |
| Docteur Hamidou B.SACKO    | H.G.T.     |

Docteur Hubert BALIQUE  
Docteur Sidi Yéhiya TOURE  
Docteur Youssouf SOW

ORSTOM  
H.G.T.  
H.G.T.

### ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr A.E.YAPO  
Pr M.L.SOW  
Pr D.BA  
Pr M. BADIANE  
Pr B. FAYE  
Pr Eric PICHARD  
Dr G. FARNARIER

BIOCHIMIE  
MEDECINE LEGALE  
BROMATOLOGIE  
PHARMACIE CHIMIQUE  
PHARMACODYNAMIE  
PATHOLOGIE INFECTIEUSE  
PHYSIOLOGIE

DEDICACES

### **A FEU MON PERE**

J'aurais tant aimé que tu savoures le couronnement de tous tes efforts . Mais la mort t'a si précocement arraché à moi. Pour toute l'affection paternelle que tu m'as toujours portée, repose en paix.

### **A FEUE MA MERE**

Tu m'as donné la vie et beaucoup de toi même aux prix de maints sacrifices. J'ai voulu partager ce grand jour de ma vie avec toi mais tu a été vite arrachée à mon affection. Que ton âme repose en paix.

### **A MON ONCLE ALKAIROU MAIGA**

Vous m'avez accueilli chez vous les bras ouverts, et m'avez encouragé dans mes études de Médecine. Veuillez recevoir à travers ce travail une expression de ma profonde reconnaissance.

### **A MES TANTES ET ONCLES**

Je vous dédie cette thèse pour toute l'assistance que vous m'avez toujours portée tout au long de mes études.

### **A FATOUMATA GOITA**

Tu as été pour moi l'aînée modèle de la famille et j'ai toujours bénéficié du sens que tu as de la famille. Tout au long de mes études , tu as été pour moi comme un père et une mère . En te dédiant ce modeste travail sois convaincue de ma profonde reconnaissance. Puisse Dieu te bénir et exhausser tous tes vœux.

### **A ABDOULAYE ET MODIBO GOITA**

Vous avez tous les deux été des grands frères modèles aussi, vous avez été pour moi un soutien moral et financier durant toute mes études. Je vous dédie ce travail en signe de reconnaissance..

### **A ROKIA GOITA**

Tu as été une grande soeur exemplaire. Mes remerciements infinis pour tout ce que tu as fait pour moi. En ce jour solennel je te dédie cette thèse en témoignage de ma reconnaissance.

**A MES COUSINS ET COUSINES** Ce travail est aussi le vôtre, je vous le dédie en signe de reconnaissance.

### **A AZER KAMATE ET SA FEMME**

Pour votre gentillesse, votre grande compréhension et votre hospitalité, trouvez ici tout l'attachement et l'amour fraternel que je vous porte.

**AU Dr. DAOUA MALLE**

Vous êtes pour moi un grand frère. Grâce à vous j'ai pu obtenir ce sujet . En signe de reconnaissance je vous la dédie. Que Dieu vous accorde à vous ainsi qu'à votre chère famille une longue vie et tout le bonheur que vous êtes en droit d'attendre de cette vie.

**A TOUS MES FRERES ET SOEURS DU VILLAGE.**

C'est avec joie que je vous dédie ce modeste travail en témoignage de mon amour et de ma reconnaissance pour le soutien et la confiance que vous m'avez accordés pendant les durs moments de mes études.

**A MON AMI BANDIOUGOU DIALLO.**

Tu as été toujours un bon conseiller pour moi, en témoignage de notre franche amitié, je te dédie ce travail.

**A TOUS LES RESSORTISSANTS DE YOROSSO, TOMBOUCTOU ET TORO.II.** Cette thèse est la vôtre.

Soyez assurés de mon indéfectible attachement.

**A TOUS LE PERSONNEL DE L'ONG SAVE THE CHILDREN FUND- UK DE BAMAKO, SEVARE ET DOUENTZA.**

Ce travail n'aurait pu réussir sans votre sollicitude, votre disponibilité, votre compréhension et votre dévouement à ma cause. Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.

**AU Dr. JORET.** Recevez toute ma respectueuse gratitude en témoignage de vos conseils qui m'ont beaucoup aidé dans ce travail.

**AU Dr. SOUMAILA DEMBELE ET BAREMA BAMIA.**

Vous avez suivi ce travail du début à la fin, et m'avez orienté dans la bonne direction, merci infiniment.

**A MES CHERS COLLEGUES DE CLASSE, DE L'ENMP: BAREY OUOLOGUEME, FOUSSEYNI HADARA, MAMOUTOU DIABATE, KITA KARIM DIARRA TAHIROU KEITA, IBRAHIMA KOITA, CHEICK M.L. TRAORE,** Pour leur dire que "même les événements les plus souhaités ont leur mélancolie". Ce travail est aussi le vôtre.

**A MONSIEUR DIADIE MAIGA.**

Pour les séances d'informatiques qu'on a eu à effectuer sous votre clairvoyante direction, je vous dédie ce travail qui est bien sûr aussi le vôtre.

**A MADAME TOGOLA DIATY DIAKITE.**

Je vous adresse mes remerciement pour votre hospitalité et votre humanisme .

**A MADAME DEMBELE FATOUMATA N'DIAYE**

Merci pour tout ce que tu as fait pour moi.

**A TOUS MES COMPAGNONS ENQUETEURS:**

**BEIDARI CISSE, MARIAM OUOLOGUEM, MARIAM YATTARA, BASSIDI TALL,**

**MISSA DAGNOKO.** Grâce à votre dynamisme, votre disponibilité et votre compréhension ce modeste travail a pu se dérouler normalement.

Je vous remercie très sincèrement.

**A SAMBOU SISSOKO.**

Tu as été d'un apport précieux au cours de nos enquêtes sur le terrain. Reçois ici l'expression de ma reconnaissance.

**A TOUS LE PERSONNEL DE LA DIRECTION REGIONALE DE SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE**

**DE MOPTI.** Merci beaucoup pour tout ce que vous avez fait pour moi au cours de ce travail.

**A TOUS LES MEDECINS CHEFS DES LOCALITES RETENUES POUR CE TRAVAIL**

Nous vous adressons nos remerciements pour toute votre disponibilité au cours de nos enquêtes.

**A TOUS LES HABITANTS DES VILLES ET VILLAGES QUI ONT ETE RETENUS POUR CE TRAVAIL.**

Je vous remercie infiniment.

AUX MEMBRES DU JURY

**AU PRESIDENT DU JURY, PROFESSEUR ABDOU TOURE.**

Professeur en Traumatologie et orthopédie, Chef du Service de Traumatologie-Orthopédie de l'hôpital Gabriel Touré, Directeur du Centre de Formation des Techniciens Supérieurs de Santé.

Vous avez été pour nous un maître très efficace par la qualité de l'enseignement que vous nous avez dispensé. Nous garderons longtemps en souvenir vos cours de traumatologie. Nous vous remercions cher Maître, d'avoir bien voulu accepter la présidence de ce jury.

**AU DOCTEUR BOURAIMA MAIGA**

Médecin spécialisé en Gynéco-obstétrique, Médecin-Chef des services de santé de la Commune V de Bamako.

Vous avez bien voulu accepter de participer au jury de ce travail. Nous avons été sensible à votre accueil. Votre sens du travail bien accompli nous servira toujours d'exemple. Veuillez trouver dans ce travail la modeste expression de notre respectueuse gratitude.

**A MON CO-DIRECTEUR DE THESE,  
DOCTEUR FAYIRI TOGOLA**

Médecin spécialisé en Santé Publique, Directeur des programmes de santé de SCF/UK au Mali.

C'est du fond du coeur que nous vous adressons nos vifs remerciements pour l'honneur que vous nous avez faites en acceptant la direction de cette thèse. Votre esprit de recherche, votre endurance seront pour nous un bel exemple à suivre. Vos directives et conseils n'ont cessé de nous éclairer tout au long de ce travail qui est le vôtre. Veuillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance.

**A MON DIRECTEUR DE THESE, PROFESSEUR  
SIDI YAYA SIMAGA.**

Professeur en Santé Publique, Chef de DER de Santé Publique de la Faculté de Médecine de Pharmacie & d'Odonto-Stomatologie du Mali, Directeur de L'Ecole Secondaire de la Santé.

Vous avez toujours fait preuve à notre égard d'une grande compréhension et vous n'avez cessé de nous impressionner par votre sens de l'humanité et par votre assiduité au travail. Nous vous remercions sincèrement d'avoir avec constance et bonhomie dirigé le présent travail qui est avant tout le vôtre et vous prions de croire à notre indéfectible attachement.

## ABREVIATIONS

MST : Maladie Sexuellement Transmissible

VIH: Virus Immuno-déficience Humaine

T.P: Tréponème Pâle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ENMP : Ecole Nationale de Médecine et Pharmacie

SCF/UK : Save the Children Fund / United Kingdom

PNLS : Programme National de Lutte contre Le SIDA

SSS : Soins de Santé Primaire

CRMT: Centre de Recherche de la Médecine Traditionnelle

CSAR : Centre de Santé d'Arrondissement Revitalisé

CSC : Centre de Santé du Cercle

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

PSPHR: Projet Santé Population Hydraulique Rural

AS: Aide Soignant

IPC: Infirmier Premier Cycle

IDE: Infirmier Diplômé Etat

SF: Sage Femme

T.Sup: Technicien Supérieur

OI: Organisme International

ONG: Organisation Non Gouvernementale

CAP: Connaissances Attitudes Pratiques

**ETUDE EPIDEMIO-CLINIQUE DES MALADIES  
SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES DANS LA  
REGION DE MOPTI DE 1996 A 1997**

# SOMMAIRE

|                                                                                                                     | <b>Pages</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| <b>I. INTRODUCTION</b>                                                                                              | <b>1</b>     |
| 1. <b>Justificatifs</b>                                                                                             | <b>2</b>     |
| 2. <b>Objectifs</b>                                                                                                 | <b>3</b>     |
| <b>II. GENERALITES SUR LES MST</b>                                                                                  | <b>4</b>     |
| A <b>DEFINITION DES MST</b>                                                                                         | <b>6</b>     |
| B <b>QUELQUES DONNEES<br/>          EPIDEMIOLOGIQUES SUR LES MST</b>                                                | <b>6</b>     |
| C <b>NOMENCLATURE DES MST</b>                                                                                       | <b>7</b>     |
| <b>III. NOTRE ETUDE</b>                                                                                             | <b>16</b>    |
| A <b>CADRE D'ETUDE</b>                                                                                              | <b>17</b>    |
| B. <b>METHODOLOGIE</b>                                                                                              | <b>18</b>    |
| C. <b>RESULTATS</b>                                                                                                 | <b>22</b>    |
| 1. <b>RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE<br/>              COMMUNAUTAIRE</b>                                                    | <b>22</b>    |
| 2. <b>RÉSULTATS DE L'ÉTUDE DES<br/>              REGISTRES DE CONSULTATIONS ET<br/>              DE LABORATOIRE</b> | <b>39</b>    |
| 3. <b>RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE CAP AUPRÈS<br/>              DES PRESCRIPTEURS</b>                                     | <b>52</b>    |
| <b>IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS</b>                                                                              | <b>56</b>    |
| <b>V. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS</b>                                                                            | <b>61</b>    |
| <b>VI. BIBLIOGRAPHIE</b>                                                                                            |              |
| <b>VII. SERMENT D'HIPPOCRATE</b>                                                                                    |              |
| <b>VIII. ANNEXES</b>                                                                                                |              |

# I. INTRODUCTION OBJECTIES

## 1. JUSTIFICATIFS

Le choix de ce sujet repose sur plusieurs raisons.

### 1.1 Des raisons d'ordre épidémiologique.

Dans les pays en voie de développement en général et le Mali en particulier, les MST posent trois problèmes épidémiologique majeurs:

- Leurs fréquences:

Certes, au Mali comme ailleurs dans les pays en voie de développement, le taux d'incidence des MST reste inconnu en raison des cas non déclarés. Quant à leur prévalence, bien que l'on compte de nombreux travaux déjà réalisés sur ces maladies, il est difficile d'extrapoler les résultats sur la population générale. Ces travaux ayant porté pour la plupart sur des groupes sociaux spécifiques comme les prostituées, les femmes enceintes, les chauffeurs routiers. Tous ont en revanche démontré que la progression des MST et leurs conséquences néfastes pour la santé des individus des deux sexes, représentent l'un des problèmes les plus sérieux de notre pays.

- Leurs conséquences:

Chez les femmes les MST peuvent conduire par exemple à une salpingite aigue (qui cause souvent des douleurs pour le reste de la vie), à la stérilité et à des grossesses ectopiques (qui peuvent être mortelles et qui est l'une des causes fréquentes d'interventions chirurgicale dans nos centres hospitaliers).

A la naissance les urétrites à gonocoque ou à chlamydias peuvent entraîner des infections oculaires qui peuvent provoquer la cécité chez les nouveaux nés.

Chez les hommes les MST peuvent conduire à la stérilité. [71]

- Le lien avec le SIDA:

On note l'importance désormais établie du rôle que les autres MST jouent dans la propagation du Virus de l'Immunodéficiência Humaine ( VIH ), responsables du SIDA contre lequel, l'humanité reste désespérément désarmée sur le plan thérapeutique.

### 1.2 Des raisons d'ordre économique

Les MST ne font pas que coûter cher à l'humanité en terme de santé. Elles lui coûtent aussi très cher financièrement. Les complications engendrées par la gonococcie (particulièrement les inflammations pelviennes) coûtent annuellement 221 millions de Dollars à la population américaine et nécessitent 175000 admissions dans différents hôpitaux de ce pays [60].

Dans les communautés à bas revenus, lorsque les infections dures longtemps, la prise en charge devient longue et coûteuse.

L'exode en général vers les villes à la recherche de meilleures conditions de vie oblige parfois la population féminine à se prostituer.

### 1.3 Des raisons socio-culturelles

Les MST sont d'abord et avant tout des maladies à caractère social, dont la recrudescence s'appuie sur certains faits socio-culturels :

- La dégradation des valeurs culturelles ;

- La persistance de certaines pratiques coutumières telles que la polygamie et les mariages d'héritage.
- les progrès réalisés dans le domaine des transports et de la communication qui favorisent le brassage entre les peuples avec toutes leurs conséquences.

#### **1.4 Les raisons d'opportunité opérationnelle**

D'une manière générale, un constat s'impose de plus en plus dans le monde: C'est que dans les pays en développement, les MST sont en constante augmentation, alors que dans les pays industrialisés, en dehors des infections à VIH, elles stagnent, voire régressent depuis quelques années. Or, il est désormais établi que le fait d'être atteint d'une MST représente pour un individu, un facteur prédisposant à la contamination du VIH. Au moment où les programmes classiques de sensibilisation commencent à montrer toutes leurs limites dans le contrôle de cette pandémie, le dépistage et le traitement précoce des MST s'affirme de plus en plus comme une stratégie cardinale de lutte contre le fléau SIDA. En effet l'application du traitement de masse des autres MST dans la province de Mwanza en Tanzanie a permis de réduire de plus de 40% l'incidence du SIDA dans sa population [42]. L'aggravation de la situation des MST dans les pays en voie de développement, liée à des facteurs spécifiques, a donc amené l'OMS pour une opportunité opérationnelle à intégrer dans un même programme la lutte contre les MST, les maladies diarrhéiques, le paludisme, la malnutrition, la tuberculose etc. Ce programme est appelé TDR (Tropical Disease Research).

## 2. OBJECTIFS

### 2.1 Objectif général

L'objectif général de cette étude est d'estimer l'importance épidémiologique et clinique des maladies sexuellement transmissibles dans la région de Mopti de 1996 à 1997.

### 2.2 Objectifs spécifiques

- Estimer l'importance des signes de suspicion de cas de MST (douleur pelvienne, brûlure à la miction, démangeaisons au niveau des organes génitaux, goutte matinale chez l'homme, écoulement génitaux anormaux, dyspareunie, ulcérations génitales, boutons au niveau des organes génitaux ) dans la région de Mopti ;
- Estimer l'importance des MST parmi les motifs de consultations dans les formations sanitaires de la région ;
- Déterminer la proportion des cas de MST confirmés par les examens complémentaires dans les structures de santé de la Région ;
- Analyser les perceptions des communautés et du personnel soignant sur la gravité des MST en tant que problème de santé publique dans la région de Mopti ;
- Analyser les différentes conduites thérapeutiques appliquées contre les MST par le personnel soignant et les populations dans la région de Mopti ;
- Proposer des recommandations pour la prévention et la prise en charge des cas de MST.

II. GENERALITES SUR LES MST

## **A. DEFINITION DES MST**

La première définition des maladies sexuellement transmissibles serait liée à Vénus (la Déesse de l'amour) dont on donna le nom aux maladies transmises lors des rapports sexuels ; d'où leur appellation classique de maladies vénériennes. Cependant, cette dénomination paraît de nos jours de plus en plus restrictive. En effet, les Maladies Sexuellement Transmissibles (MST) englobent non seulement celles anciennement appelées vénériennes "liées directement et exclusivement à la copulation et à l'union des sexes" (Larousse), mais aussi d'autres affections dont la transmission se fait par d'autre voie en dehors de la voie sexuelle (transfusion sanguine, transplacentaire ).

## **B. QUELQUES DONNEES EPIDMIOLOGIQUES SUR LES MST**

Parler de nos jours de MST peut paraître vain et inutile en raison des découvertes souvent fabuleuses réalisées en matière d'antibiothérapie, et qui font croire à bon nombre de gens de la disparition imminente de ces maladies du globe. Cependant, des données statistiques sont nombreuses pour prouver que l'humanité est encore loin de la perspective d'éradiquer ces fléaux. Mieux, tous les pays sont actuellement d'accord sur le caractère pandémique des MST. Ainsi selon l'OMS, plus de 330 millions de nouveaux cas de MST guérissables apparaissent chaque année, soit environ 1 million d'infections chaque jour [57].

L'incidence mondiale des cas de gonococcie est estimée à 250 millions par an. En Afrique, les chiffres varient entre 3000 à 10000 pour 100000 habitants et par an [71]. On admet que l'incidence annuelle de la syphilis est près de 10 millions dans le monde. En Afrique, les estimations font cas de 100 à 1400 cas pour 100000 habitants par an [65].

Les enquêtes de prévalences sont aussi sujettes à caution car elles portent le plus souvent sur des groupes particuliers. Néanmoins, on admet que le taux de prévalence de la gonococcie est de 15 % (Enquête du planning familial en Afrique), alors que 20 à 50% des prostituées sont infectées par *Neisseria Gonorrhoeae* dans les pays en développement [65].

Les examens sérologiques de la syphilis sont d'interprétation difficile en raison de l'interférence des tréponématoses endémiques telle que le Begel. Néanmoins, selon diverses études, 2 à 20% des sujets sont sérologiquement positifs.

L'affection due à *Haemophilus Ducreyi*, responsable du chancre mou et au *Chlamidia Trachomatis* (serotype L1, L2, L3), agent de la Maladie de Nicolas et Favre, sont plus rares, mais sévissent traditionnellement en zone tropicale.

## C. NOMENCLATURE DE QUELQUES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

### 1. LA GONOCOCCIE

Affection connue depuis très longtemps: ainsi c'est l'ancien testament qui le premier relate l'existence de la gonococcie dans le LEVITIQUE(1500 ans avant J.-C.). Les symptômes y sont clairement décrits. Puis, c'est HIPPOCRATE , qui en parle en ces termes: "cette maladie frappe ceux qui se livrent avec excès aux plaisirs de VENUS".Quant à GALIEN, un autre médecin grec (200 ans av. J.C.), il attribue les causes de la gonococcie à l'éjaculation involontaire chez l'homme. Il qualifie ces maladies en deux notes : gonos (semens) et rhoia (écoulement). En 1161 une loi interdit aux tenanciers des bordels londoniens d'accueillir sous leur toit les prostituées atteintes de la "Périlleuse infirmité de brûlement ". D'où le terme de "chaude pisse" que les français utilisèrent vers la fin des années 1300 pour désigner la gonococcie . Le premier signe d'une épidémie mondiale de gonococcie apparut lors de la guerre 1914- 1918 .[60]

L'agent causal est le neisseria gonorrhoeae qui se présente sous forme de diplocoque gram négatif, en "grain de café", intra ou extra-cellulaires. Le gonocoque est très souvent associé à d'autres germes tels que: les Chlamydia, le Mycoplasme les Trichomonas ou le Candida albicans, ce qui confère aux examens de laboratoire toute leur importance. [88]

En clinique: après une incubation silencieuse qui dure habituellement 3 à 4 jours chez l'homme, et 2 à 7 jours chez la femme, on retrouve les signes suivants:

- chez l'homme la gonococcie est responsable d'une urétrite aiguë dans près de 95% des cas, qui s'accompagne d'une pollakiurie très douloureuse, d'un écoulement purulent, ou verdâtre. Très rarement existe une forme subaiguë, prolongée due à la persistance du germe au niveau des canaux de l'appareil urinaire. Il existe des complications dues à l'extension de l'infection; aux canaux déférents, à l'épididyme, aux canaux prostatiques, aux canaux éjaculateurs et aux vésicules séminales entraînant (une prostatite aiguë, une miction impérieuses, une hémospemie, une hématurie terminale, une douleur).

- chez la femme: la douleur et la pollakiurie sont le plus souvent absentes ; en général on retrouve une urétrite modérée, et une leucorrhée due à une cervicite. L'infection peut cependant s'étendre aux glandes de Skene, aux glandes de Bartholin et au tissu périurétral entraînant une abcédation. Non diagnostiquée, la gonococcie peut se compliquer par de petites poussées infectieuses, très contagieuses, atteignant l'urètre et des glandes annexes, la salpingite en est la complication la plus grave.

Le diagnostic, faute de réaction sérologique fiable , repose sur la mise en évidence du germe à l'état frais par la coloration de GRAM, et surtout la culture.

Le traitement exige de traiter simultanément tous les partenaires, et l'abstinence sexuelle est recommandée pendant le traitement. On utilise soit :

- L'Ampicilline seule administrée à la posologie de 2 g par jour pendant 8 jours per os ;
- L'Ampicilline associée au probénicid, une dose unique per os de 3,5 g ;
- Biclinocilline 3 millions d'unité par jour pendant 3 jours ;

- Les spectinomycines (trobicine) : 2 g par jour per os pendant 5 jours ;
- La minocycline (minocine) : 2 g par jour per os pendant 5 jours ;
- Le thiamphénicol: 10 comp à 250 mg en une seule prise (traitement minute) ;
- Doxycycline: 100 mg deux fois par jour pendant 5 jours.

## 2. La SYPHILIS VENERINNE

Dans l'histoire de la syphilis, il a été noté que cette maladie aurait été introduite en FRANCE par l'équipage de CHRISTOPHE COLOMB à son retour après un séjour dans les ANTILLES. Au début du 16<sup>ème</sup> siècle l'Europe fut frappée par une épidémie de syphilis qu'on appelait à l'époque "Vérole". Dès 1505 la vérole se répandit jusque dans la province de CANTON en CHINE. Selon " la théorie Colombienne", la syphilis aurait envahi le "vieux monde" moins de 12 ans après son introduction en Espagne. En revanche, pour les adversaires de cette théorie il apparaît en effet que la syphilis se soit manifestée dans le vieux monde longtemps avant Colomb. La description d'une maladie ressemblant étrangement à la syphilis a été retrouvée dans des textes chinois, Indiens, Hébraïques et grecs, datant d'époques très anciennes. Des squelettes humains préhistoriques et des momies Egyptiennes portent des cicatrices semblables à celles occasionnées par la syphilis.

La théorie de l'évolution prétend effectivement que la syphilis n'est pas une maladie en elle-même mais bien plutôt une forme de maladie appelée "Tréponématose". Les autres formes de cette maladie sont appelées "Pian", (syphilis endémique ou Bejel), et "Pinta".

Le tréponème pâle qui est l'organisme responsable de la tréponématose, (comprenant la syphilis endémique, le pian et le pinta), fut identifié en 1905 par le scientifique allemand FRITZ SCHAUDINN assisté de ERICH HAUFFMAN [60]. Il fait partie de la famille du tréponème.

La chaleur et l'humidité sont des éléments essentiels à la survie du germe. L'environnement qu'on retrouve en général en Europe et en Amérique du Nord entraîne rapidement la mort du tréponème à l'extérieur du corps. Le tréponème pâle se transmet par contact intime lors des rapports sexuels. Le germe peut s'infiltrer alors directement à travers la peau des organes génitaux. Quelques heures à peine après la contamination, le tréponème passe dans la circulation sanguine et se repend dans tout l'organisme. La transmission congénitale dont la prévention justifie des contrôles sérologiques chez la femme enceinte lors des consultations prénatales n'est pas rare.

Au plan clinique, la syphilis est une maladie à évolution chronique [4]. On distingue notamment:

**2.1 La syphilis primaire** qui se traduit par l'apparition d'un chancre au point d'inoculation après une période d'incubation d'environ 3 semaines. C'est une ulcération indolore et indurée avec de plus une adénopathie satellite périphérique indolore. La topographie du chancre est (génitale, bucco-pharyngée, ano-rectale (homosexualité masculine)). La confirmation du diagnostic se fait par l'examen des sécrétions recueillies au microscope à fond noir et par les réactions sérologiques spécifiques.

**2.2 La syphilis secondaire** caractérisée par la survenue:

- de la roséole syphilitique 6 à 8 semaines (extrême 6 semaines à 6 mois), après l'apparition du chancre. Elle est formée de petites macules rosées, non infiltrées, non squameuses et non prurigineuses, fugaces, localisées au tronc et à la racine des membres.
- d'érosions superficielles et indolores des muqueuses buccale, génitale ou anale.

- de l'alopecie.

- des syphilides qui sont classiquement des papules saillantes, de 3 à 5 mm de diamètre, indurées, rouge sombre, non prurigineuses. Leurs sièges électifs sont les régions médio-faciales (commissures labiales et sillon naso-génien), et les plis de flexion des paumes et des plantes.

Au terme de cette phase secondaire apparaissent des liaisons viscérales: micropolyadénopathies et splénomégalie, hépatite, ostéite et périostite, atteinte rénale et méningées.

**2.3 La syphilis tertiaire:** elle est exceptionnelle actuellement. C'est l'apparition facultative de lésions viscérales quelques dizaines d'années après le comptage à type d'aortite, de paralysie générale et de tabès, de lésions cutanées a type de gommès (buccale et oculaires) elles sont d'abord nodulaire puis ulcérées, les glossites scléreuses et les leucoplasies peuvent se voir.

**2.4 La syphilis congénitale:** le fœtus ne devient sensible qu'à partir du 4ème mois de gestation. Le risque de voir des lésions est fonction du type de syphilis de la mère et de la précocité du traitement. L'infection syphilitique congénitale ressemble aux autres infections congénitales, elle peut être cause d'avortement, de mort foetale, de prématurité, d'une infection symptomatique ou asymptomatique, dont l'expression clinique est parfois retardée. On parle de syphilis congénitale précoce si la maladie se manifeste dans les deux premières années de la vie, de forme tardive si elle se manifeste au delà de la deuxième année.

**LE DIAGNOSTIC SEROLOGIQUE** [4] fait appel à différents tests possibles dont:

- Le VDRL (réaction à antigène non tréponémique), réaction sensible et non spécifique qui traduit l'apparition de réagines cardiolipidiques 5 à 6 semaines après la contamination.
- Le FTA test (réaction d'immunofluorescence) est le premier test à se positivé (au 10 ème jours du chancre). Ce test est sensible mais de technique difficile et coûteuse.
- Le TPHA (réaction d'hémagglutination passive) de sensibilité et spécificité identiques au FTA test, présente l'avantage d'être d'une réalisation plus facile.
- Le test de NELSON, test spécifique et sensible mais représente le test qui se positive en dernier (30 jours après l'apparition du chancre).

**LE TRAITEMENT :**

a. Pour la syphilis primaire et secondaire :

Le traitement curatif repose soit sur:

- Les pénicillines  
moyen retard comme la BIPENICILLINE, la BICLINOCILLINE et la BELLOCILLINE à la dose de un million d'unité par jour en injection IM pendant 15 jours .  
ou retard BENZATHINE PENI : 2400000 à 4800000 en 2 injections IM à 8 jours d'intervalle.
- En cas d'allergie à la pénicilline le traitement reposera sur: l'Erythromycine ( 2 g par jour pendant 15 jours ) ou la Doxycycline (100 mg trois fois par jour pendant 15 jours .

b. Le traitement des sujets contacts se fait avec la BENZATHINE PENI une injection IM

de 2400000 unités.

c. Pour la syphilis latentes sérologique de plus de 12 mois on utilise soit:

\* BICLINOCILLINE 1 million par jour pendant 15 jours.

\* Extencilline 1200000 UI tous les 8 jours.

d. Pour la syphilis congénitale : pénicilline G 500000 UI / Kg / j pendant 10 jours.

### 3. MST A CHLAMYDA :

Agent pathogène : les chlamydias sont des bactéries immobiles à gram négatif et des parasites intracellulaires obligatoires. Elles se multiplient à l'intérieur du cytoplasme des cellules de l'hôte, forment des inclusions intracellulaires caractéristiques. Elles se distinguent des virus par leur contenu en ADN et ARN, par leur paroi cellulaire semblable en structure à celle des bactéries gram négatif et par leur sensibilité à certains antibactériens tels les tétracyclines et l'érythromycine .

Le chlamydia trachomatis comporte différents sous groupes (A,B,C,D) agents du trachome ; G à K , responsable d'infection génito-urinaire ; L1 , L2 , L3 , agents de la maladie de NICOLAS-FAVRE [4].

Epidemiologie: [15]

Les infections causées par chlamydia trachomatis sont parmi les plus fréquentes des MST. Le chlamydia trachomatis est responsable de 30 à 50 % des cas d'urétrite non gonococcique chez l'homme ; 30 à 50 % dans la cervicite muco-purulente chez la femme.

Clinique : [60] .

En général il apparaît un écoulement clair au méat urinaire, l'écoulement peut être constant mais dans plusieurs cas il ne se produit que le matin avant d'uriner.

Les urétrites à chlamydia peuvent se compliquer de :

- \* infections gynécologiques, en particulier salpingites, cause de stérilité fréquente.
- \* péri-hépatites (syndrome de FITZ-HUGH-CURTIS ) : indiscernable de la péri-hépatite à gonocoques ; elle simule une cholécystite et est affirmée de visu à la laparoscopie ou en per opératoire. Elle peut se compliquer d'une péritonite avec ascite chronique.

Chez les individus HLA-B27 peut apparaître, après l'urétrite, un syndrome de FIERSSINGER-LEROY-REITER.

Le diagnostic repose, sur la mise en évidence dans des produits pathologiques des cellules à inclusion et sur la sérologie.

Le traitement [4]:

Les chlamydia sont sensibles aux tétracyclines, à l'érythromycine, aux sulfamides, à la rifampicine.

- Tétracycline classique 500 mg fois 2 fois par jours ;
- Doxycycline 100 mg fois 2 fois par jours ;
- Minocycline 100 mg fois 2 fois par jours ;
- L'Erythromycine 2 g / jour.

Elles sont en revanche résistantes à la pénicilline.

#### 4. AFFECTION A MYCOPLASME

C'est une sorte d'organisme microscopique semblable par sa nature à une bactérie, bien que plus près du virus par sa taille. C'est en 1954, aux ETAS-UNIS que la M.T.H fut découverte par un scientifique de la marine américaine le Dr MAURICE SHEPARD .[60]

Les mycoplasmes sont de petites bactéries sans paroi . Mycoplasma hominis est discuté comme cause de salpingite chez la femme . Mycoplasme hominis et uréaplasma uréalyticum sont des agents potentiels d'urétrites et d'infections génitales chez l'homme.

Clinique : M.hominis saprophyte des voies génitales, il peut être à l'origine de salpingites, il n'est pas certain qu'il puisse causer des urétrites non gonococciques, des vaginites, des cervicites.

Uréaplasma uréalyticum, il en existe au moins 8 sérotypes saprophytes des voies génitales. Il peut créer, semble t-il, des urétrites non gonococciques (après la puberté ), des avortements, une hypotrophie du nouveau-né, une stérilité .

On le met en évidence au niveau des filaments présents dans les urines du début de la miction, et après examen du produit de grattage de la muqueuse urétrale (affinité pour les cellules muqueuse )[20].

Deux types d'antibiotiques sont actifs sur les mycoplasmes:

- L'érythromycine ou la spiramycine.
- et les tétracyclines [46].

#### 5. AFFECTION A GARDNERELLA VAGINALIS : [20].

C'est un bacille gram négatif qui peut être isolé du vagin dans des cas de vulvo-vaginites (" vaginoses"). Il est probable qu'il agit en association avec d'autres germes anaérobies , notamment avec un bacille incurvé dénommé "mobilucus".Il est sensible à l'ampicilline, aux céphalosporines, aux tétracyclines, au chloramphénicol à la clindamycine et aux aminosides . Il est résistant aux sulfamides. Le traitement par les nitro-imidazolés, comme le métronidazole, est remarquablement efficace, de manière inattendue sur un germe aérobie.

#### 6. CHANCRE MOU[20].

Haemophilus ducreyi est l'agent du chancre mou , qui est une ulcération génitale sanieuse, non indurée . L'atteinte des ganglions inguinaux est précoce et très fréquente, avec une tendance au ramollissement et à la fistulisation.

Le diagnostic repose sur l'examen direct et la culture du pus d'adénite.

Le bacille de DUCREYI est sensible à de nombreux antibiotiques: le chloramphénicol, l'érythromycine, les aminosides. Les nouvelles céphalosporines résistantes aux bêta-lactamases sont remarquablement efficaces ; elles permettent un traitement minute.

#### 7. DONOVANOSE:

C'est en 1882 en Inde que fut décrite pour la première fois la granulomatose inguinale. Elle est extrêmement rare en dehors des régions tropicales. Quelques centaines de cas sont enregistrés chaque année en Amérique du Nord. [60]

La donovanose, ou granulome vénérien tropical, est dûe à un bacille gram négatif, calymatobactérium granulomatis (autre fois donovania granulomatis) de la famille des brucellas. La transmission se fait par voie sexuelle. Le tableau clinique se caractérise par des plaies

granulomateuses et papuleuses sur les organes génitaux et le périnée avec une lympho-adénopathie inconstante. On la traite par la tétracycline 2 g par jour, pendant au moins 3 semaines. La streptomycine et la gentamicine sont également efficaces, mais une résistance apparaît parfois vis à vis de la streptomycine. Le chloramphénicol est aussi actif, l'érythromycine et le cotrimoxazole ont été proposés . L'efficacité de l'ampicilline est discutée .[20]

## **8. LA MALADIE DE NICOLAS-FAVRE: [20].**

La maladie de Nicolas-Favre (lymphogranulomatose vénérienne) est due à une chlamydia, qui est actuellement considérée comme un sous-groupe de chlamydia trachomatis. L'infection commence par une plaie génitale d'allure banale. La plaie guérit rapidement mais une adénopathie inguinale se développe, puis se ramollit avant de se fistuliser. En même temps, le patient présente des signes généraux: fièvre, douleurs musculaires, articulaires. La contamination rectale détermine une rectite végétante chronique associée à une péri-rectite inflammatoire, évoluant vers le rétrécissement.

Traitement: les sulfamides, les tétracyclines sont efficaces , de même que l'érythromycine, le chloramphénicol. La lymphogranulomatose vénérienne est à déclaration obligatoire.

## **9. AFFECTION A TRICHOMONAS VAGINALIS :**

Le trichomonas vaginalis, également appelé trichomonade est un protozoaire microscopique unicellulaire en forme de poire, un peu moins gros qu'un globule blanc. La "queue" du trichomonade se termine par 4 minces filaments, exécutant de rapides mouvements et permettant à cet organisme de se déplacer à vive allure [60].

Symptômes: l'écoulement dû à une vaginite à trichomonades est trouble , jaunâtre ou blanchâtre et malodorant. Ces pertes sont irritantes pour le vagin et la vulve et sont accompagnées de démangeaisons parfois insupportables de la région vulvaire . L'infection à trichomonas chez l'homme est généralement asymptomatique[60].

Le diagnostic repose sur la mise en évidence de protozoaires flagellés à l'examen direct.[4].

Traitement: \*local: savon acide plus un à deux ovules de flagyl par jour pendant 10 jours .

\*général: flagyl 4comp par jour (250 mg) pendant 10 jours oufasigyne dosée 500 mg (4 g en une prise ).

\*du partenaire avec arrêt des rapports [4].

## **10. AFFECTION A CANDIDA ALBICANS :**

La candida est un champignon microscopique très commun . Les symptômes les plus évidents d'une infection vaginale à candida se manifestent par de violentes démangeaisons à l'entrée du vagin et sur la vulve . Cela peut aller jusqu'à empêcher une femme de marcher ou de dormir . Le vagin quant à lui devient sec et rouge . Les rapports sexuels sont douloureux . Les pertes vaginales bien que peu abondantes sont épaisses , blanches , comme caillées et ayant l'aspect du fromage en crème[60].

Le diagnostic repose sur la mise en évidence du candida albicans à l'examen direct [4].

Le traitement associe des ovules antifongiques (gynodactarin 150, un ovule par jour pendant 3 jours), une pommade antifongique sur l'extension cutanée pendant 10 jours, une alcalinisation du vagin (savon hydralin), une interruption des rapports et un traitement du partenaire[4].Mais le meilleur traitement contre une vaginite à candida est l'administration d'un antibiotique appelé NYSTATINE, sous forme de tablettes (ovule ). Chaque soir avant d'aller au lit la femme insère un ou deux ovules de nystatine. Si malgré le traitement à la nystatine les symptômes persistent, il faut alors poursuivre la médication pendant un autre mois. La nystatine

dosée à 500000 unités par comprimé sera absorbée trois fois par jour pendant 3 jours [60].

## 11. HERPES GENITAL

L'herpès génital est une maladie des organes génitaux causée par un virus: l'herpès simplex (aussi appelé herpès virus hominis). Il existe deux types semblables: type 1 et type 2. L'infection à herpès qui s'attaque aux organes génitaux est due au type 2, tandis que l'infection qui attaque d'autres parties du corps telles: les lèvres (feu sauvage), la gorge, les yeux, la peau, l'estomac et le cerveau, est habituellement causée par le virus de type 1.

Symptômes: après un temps d'incubation dont on ignore la durée exacte, l'infection apparaît. Un ou plusieurs groupes de petits boutons (ou cloques) douloureux se déclarent sur les organes génitaux: chez la femme, la partie la plus fréquemment atteinte est la région des petites lèvres; mais le clitoris, l'ouverture vaginale, la zone périnéale et le cervix peuvent tout aussi bien être infectés. Chez l'homme hétérosexuel les parties atteintes seront le plus souvent le gland et le reste du pénis, alors que chez le mâle homosexuel des boursouffures pourront atteindre l'anus. Ces dernières se ruptureront rapidement pour former une plaie molle au toucher, extrêmement douloureuse et rouge à sa base. Chez la femme les plaies peuvent s'étendre au point de recouvrir toute la surface des petites lèvres. Si des bactéries pénètrent les lésions, les ganglions lymphatiques des aines peuvent enfler et devenir sensibles au toucher. Après 4 à 5 jours la douleur diminuera et la lésion disparaîtra graduellement d'elle-même tout en permettant à la peau de se cicatrifier, en commençant par les rebords pour aller vers le centre. Ainsi la lésion disparaît complètement au bout de 10 à 20 jours en laissant peut-être une légère cicatrice.

Le diagnostic repose sur la mise en évidence du virus dans le liquide provenant des éruptions sur les organes génitaux.

Traitement: il n'existe pas actuellement d'antibiotique capable d'agir sur le virus. Une crème à base de sulfamide doit être placée sur l'éruption virale afin de tuer les bactéries qui risqueraient de se propager aux tissus environnants. Une compresse d'eau froide et un anesthésique local, telle la pontococaïne, peuvent être utilisés pour diminuer la douleur, de l'aspirine avec codéine peut également être prescrite à cette fin [60]

## 12. CONDYLOME ( crête de coq ):

L'agent causal est un virus appartenant au groupe des papillomavirus. Les condylomes apparaissent entre 1 mois et 3 mois après le rapport sexuel contaminant. Chez l'homme les parties les plus affectées sont le gland et le prépuce, le méat urinaire, le pénis et le scrotum. Chez les homosexuels ayant des rapports sexuels anaux, un condylome peut apparaître au pourtour de l'anus. Chez la femme les condylomes se manifestent le plus souvent au vestibule près de l'ouverture vaginale; il faut noter que les petites lèvres, les parois vaginales, et le cervix peuvent aussi être affectés.

Le diagnostic du condylome acuminé est basé généralement sur l'évidence même des symptômes et ne nécessite pas d'examen.

Traitement: Si le condylome est de petite taille il peut être facilement enlevé par une application locale de podophillin (résine rouge foncée tirée de plantes de mandragore).

Si le condylome est très gros il peut être enlevé chirurgicalement sous anesthésie locale; toutefois il se peut que le recours à la chirurgie plastique exige une anesthésie générale. [60]

## 13. AFFECTION A MORPION:

Morpion est le terme usuel pour désigner le phthirus pubis qui envahit parfois le système pileux, et particulièrement les poils pubiens.

Les morpions sont gris-jaune et très difficiles à voir sur peau blanche. Lorsqu'ils viennent tout juste de se nourrir ils sont gonflés de sang et prennent une couleur rouillée, ce qui les rend ainsi plus facilement identifiables.

Les symptômes varient d'une personne à l'autre. Certains individus n'ont pas de symptôme, alors que d'autres ont des démangeaisons tout à fait intolérables. Se gratter n'apporte aucun soulagement, sans compter que les morpions, au contact des mains peuvent infester d'autres régions pileuses du corps: les cuisses, les aisselles ou les cheveux. Il semble que les démangeaisons seraient une sorte de réaction allergique de la peau au parasite par le fait même que cette allergie n'est pas commune à tous. Chez certains individus les morpions entraînent une irritation de la peau qui se manifeste par l'apparition d'une tâche bleue ciel.

Pour le diagnostic il s'agit de trouver des morpions ou des oeufs dans les poils pubiens. Traitement: les morpions peuvent cependant être facilement éliminés par l'application local d'un produit appelé gamma benzène hexachloride. La crème ou la lotion doit être appliquée dans la région infestée et massée vigoureusement pour n'être enlevée que 24 heures plus tard à l'aide d'un bon rinçage .[60]

## 14. LE SIDA

### **Epidémiologie :**

Le Syndrome d'Immuno-Déficience Acquis (SIDA) est une infection virale d'envergure mondiale (pandémie). Depuis les premiers cas décelés en 1980, et en dépit des progrès scientifiques importants réalisés notamment dans la connaissance de l'agent causal: le Virus d'Immunodéficience Humaine (VIH), le SIDA ne cesse de s'étendre au point qu'il apparaît aujourd'hui comme étant l'un des fléaux les plus redoutables du siècle, menaçant toute l'humanité. A titre indicatif on note:

- A la fin de l'année 1986 déjà, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) signale 56000 cas de SIDA déclarés.
- En 1990, cet organisme international estime à 8 millions le nombre de séropositif dans le monde;
- En 1991, de par le monde, environ 900.000 enfants furent contaminés par le VIH. La même année, 54.000 individus sont morts de SIDA, et on estime à plus de 8 milliards de dollars US les frais engagés par les services de santé pour soigner les cas déclarés.
- En 1993, les chiffres de l'OMS estiment à environ 14 millions le nombre d'individus ayant contracté le virus du SIDA dans le monde et les conséquences sociales de la maladie s'annoncent de plus en plus désastreuses (on dénombrait déjà plus de 40000 orphelins du SIDA en Ouganda en 1993).
- Selon les mêmes sources, 16 millions d'adultes et 1 million d'enfants étaient infectés par le VIH au milieu de 1994 de par le monde.

Au rythme avec lequel se développe l'endémie, l'OMS estime que près de 40 millions d'adultes seront infectés par le VIH en l'an 2000.[62]

### **Clinique:**

La maladie présente deux phases, aigue et chronique (avec 3 formes symptomatiques

distinctes ), qui ne correspondent pas au même stade évolutif , et qui n'ont pas le même pronostic à long et surtout à moyen terme. Il s'agit de :

- a. Primo-infection: elle est asymptomatique dans 60 à 80% des cas. Dans 20 à 40% des cas un tableau de virose aiguë apparaît entre 15 jours et 2 mois après la transmission du virus: il associe cliniquement une fièvre, un malaise, des myalgies, des arthralgies, une polyadénopathie, une splénomégalie (inconstante), et parfois un rash cutané morbilliforme. Les symptômes disparaissent généralement en moins d'un mois. La séroconversion est concomitante de cette période. Une candidose buccale et ou des manifestations neurologiques peuvent apparaître durant cette phase. Le caractère symptomatique ou asymptomatique de cette primo-infection ne semble pas influencer sur l'évolution de la maladie .
- b. La forme chronique mineure: Environ 40% des sujets infectés par le VIH restent asymptomatique dans les 6 ans qui suivent la primo-infection. Les autres vont développer une symptomatologie variée pouvant se classer en 4 groupes :
  - La lymphadénopathie généralisée persistante ;
  - Les manifestations cutanées et muqueuses ;
  - Les maladies avec manifestations dysimmunitaires ;
  - L'ARC(Aids Related Complex).
- c. La forme majeure ou SIDA :Elle se caractérise par des tumeurs ou des infections opportunistes révélatrices d'un déficit de l'immunité cellulaire dont les plus courantes sont: le diarrhée (de plus d'un mois), la toux (plus d'un mois) le plus souvent tuberculeuse, les candidoses, les affections de la peau et des phanères, le sarcome de Kaposi, les lymphomes malins.  
Les tests immunologiques reposent sur:
  - la recherche d'anticorps anti-VIH sériques par la méthode ELISA.
  - les tests de confirmations qui sont le WESTERN-BLOT, le RIPA ou le test d'immuno-fluorescence indirecte.

Traitement : [4]

- Traitement des infections opportunistes.
- Traitement spécifique de l'infection à VIH par les anti retroviraux.

III. NOTRE ETUDE

## A. CADRE D'ETUDE

La Région de Mopti ou cinquième Région administrative du Mali couvre une superficie de 78000 Km<sup>2</sup>, soit environ 6% du territoire national.

Le relief de la région présente plusieurs aspects tantôt montagneux (plateau dogon), tantôt sablonneux (Gandamia et Seno-Mango), tantôt marécageux voir lacustre (Delta du Niger). A cause de ce relief capricieux, les villages sont difficilement accessibles. La distance moyenne entre les chefs-lieux de cercles et Mopti (la capitale régionale) est de 135 Km.

Selon le recensement général de la population de 1987 actualisée, la population de la région de Mopti était estimée à 1.800.000 hbts en 1995, et se caractérise par sa diversité ethnique. On y rencontre, des Peuhls, des Dogons, des Kel-Tamachechs, des Saracollés, des Bozos, des Somonos, des Rimaïbés, des Bamanans, des Sonraïs et des Bobos, qui représentent autant de groupes culturels. Cette population cosmopolite se répartit entre: 8 cercles, 55 arrondissements, et plus de 2108 villages, hameaux et fractions nomades.

Dans cette région à vocation agro-sylvo-pastorale, la population se compose de sédentaires, de nomades et de semi-nomades pratiquant la transhumance.

Autrefois considérée comme grenier du Mali, la région de Mopti depuis la sécheresse de 1973, puis celle de 1983, est fortement confrontée à un déficit chronique en céréales; son cheptel décimé par ces 2 calamités naturelles se reconstitue difficilement. Une conséquence majeure de ces facteurs économiques défavorables est l'exode rural largement répandu dans toutes les couches de la population.

Dans les domaines de l'éducation et de la santé, la région affiche le taux de scolarisation le plus bas du pays ( 19% contre la moyenne nationale estimée à 42%). De ce point de vue, certains cercles comme ceux de Youwarou et Douentza présentent les taux les plus préoccupants du Mali (7% environ).

Sur le plan de la couverture sanitaire selon le rapport de la Direction régionale de la santé sur les activités des services de santé de la région, les taux d'accessibilité géographique théorique des populations aux services de santé dans un rayon de 5 km étaient de 10,97% pour le cercle de Bandiagara, 53,52% le cercle de Djénné, 40% pour le cercle de Douentza et 66,90% pour le cercle de Mopti. Quant aux taux de couvertures vaccinales chez les enfants de 0 à 11 mois, selon la même source, ils se présentaient sommairement comme suit:

|       | Bandiagara | Djénné | Douentza | Mopti  |
|-------|------------|--------|----------|--------|
| BCG   | 71,32%     | 93,56% | 90%      | 61,91% |
| DTCP3 | 17,93%     | 83,3   | 46%      | 42,63% |

## **B. METHODOLOGIE**

### **1. Le choix des zones d'étude:**

L'étude a intéressé quatre des huit cercles de la région de Mopti à savoir : le cercle de Mopti, le cercle de Douentza, le cercle de Djenné, le cercle de Bandiagara. Chacune de ces localités a été retenue dans le cadre de l'étude en raison de ses spécificités.

#### **a. Le cercle MOPTI**

Au plan démographique, sa population présente l'avantage de regrouper toutes les ethnies présentes dans la région, selon des proportions assez équilibrées, même si les Peulhs et les Dogons en constituent la majorité. En plus, la ville de Mopti en tant que chef-lieu de région et commune, représente un centre urbain par excellence.

Au plan socio-économique, ce cercle constitue non seulement un carrefour commercial entre le Nord et le Sud du pays, mais aussi entre le Mali et d'autres pays (Burkina Faso, Ghana, Niger). Enfin, ce cercle constitue un centre d'attraction touristique de renommée universelle.

#### **b. Le Cercle de DJENNE**

A défaut de pouvoir enquêter dans les zones inondées de Youwarou et Tenenkou (inaccessibles au moment de nos recherches), ce cercle a été retenu à cause de la représentativité relativement importante de certaines ethnies minoritaires dans la région telles que les Bozos, les Saracolés, et les Bamanans. En outre, Djenné est une ville islamique et culturelle classée au patrimoine universel de l'UNESCO. Pour toutes ces raisons, c'est une ville touristique par excellence où on enregistre chaque année un brassage important de la population locale avec de nombreux étrangers.

#### **c. Le cercle de BANDIAGARA**

Sa population est caractérisée par une forte prédominance des dogons agriculteurs. C'est aussi le cercle où l'exode rural vers les grandes villes et les zones à économie relativement prospère, est plus forte et touche pratiquement toutes les classes sociales des deux sexes. Enfin, en plus du fait que la ville de Bandigara abrite le centre régional de médecine traditionnelle, elle a une très grande importance touristique et culturelle à l'instar des villes de Djenné et de Mopti.

#### **d. Le Cercle de DOUMENTZA**

Comme celui de Mopti, il s'étend le long du grand axe routier Bamako-Gao. Sa population est à prédominance Peulh et Dogon. Ce cercle se caractérise aussi par la grande mobilité de sa population, dont le mode de vie est comparable à celui des habitants de la région de Tombouctou (nomadisme et semi-nomadisme).

Il convient d'ajouter que les quatre localités concernées par l'étude ont, dans le cadre de la mise en oeuvre de la Politique sectorielle de Santé et de Population du Mali bénéficié du financement du Projet Santé Population Hydraulique Rurale (PSPHR) pour l'amélioration de leurs couvertures sanitaires.

## 2. Le recueil des données

Pour le recueil des données trois types d'enquêtes ont été utilisées à savoir :

### 2.1 Une Enquête de type transversale au niveau communautaire ( annexe n°1 )

A l'aide d'un questionnaire incluant les renseignements généraux, nous avons procédé à un "diagnostic verbal" des cas suspects de MST dans la région en recherchant auprès des sujets enquêtés la notion de survenue des signes suivants au cours des 12 derniers mois:

- douleur pelvienne,
- brûlure mictionnelle,
- démangeaisons au niveau des organes génitaux,
- goutte matinale chez l'homme,
- écoulement génitaux anormaux,
- dyspareunie,
- ulcérations génitales,
- boutons au niveau des organes génitaux.

La découverte chez un individu d'un ou de plusieurs de ces signes était suivie d'une investigation anamnétique plus poussée permettant d'en préciser les caractéristiques et les signes d'accompagnement (cf. Questionnaire en annexe).

#### a. La taille minimale de l'échantillon enquêté

La taille minimum de notre échantillon a été calculée selon la formule classique:

$n = \frac{z^2 PQ}{I^2}$  dans laquelle ;

$I^2$

$z$ = est la valeur de l'écart réduit, elle est égale à 1,96

$P$ = prévalence de la Gonococcie estimée à 13,4% chez les prostituées dans la commune de Mopti

$Q$ = 1-P

$I$ = précision souhaitée, elle est égale à 0,05.

En utilisant cette formule et en espérant une précision absolue de 2%, nous obtenons une population idéale de 178 individus à recruter dans chacun des quatre cercles concernés par l'enquête.

#### b. Type de sondage

Le sondage par grappe a été utilisé. Nous avons retenu 30 grappes de 7 personnes définies de façon aléatoire dans les quatre cercles concernés. Soit au total 840 individus enquêtés à raison de 210 par cercle. Les différents sites (villes, villages hameaux et fractions) touchés ont également fait l'objet de choix aléatoires sur la base des listes de recensements démographiques. Ont été retenues sur ces listes toutes les localités de plus de 40 habitants dans le souci d'élargir l'éventail des choix.

#### c. Les critères d'inclusion et d'exclusion dans l'échantillon

Les critères d'inclusion dans notre échantillon sont les suivants:

- Les individus des deux sexes (homme et femme), âgés de 15 ans et plus, appartenant à toutes les catégories socio-professionnelles, sans distinction

- d'ethnie, ni de religion, habitant dans les aires de santé couvertes par l'enquête,
- Acceptation de répondre aux questionnaires de l'étude.

**Les sujets suivants en furent en revanche exclus:**

- Les individus âgés de moins de 15 ans ;
- Cas de refus de répondre aux questionnaires.

**d. Pré-enquête :**

Avant d'être finalisé, le questionnaire a été testé dans la ville de Douentza pour, d'une part en vérifier la maîtrise par les enquêteurs, d'autre part apprécier l'influence sur les réponses à cause du facteur éthique que l'on sait indubitablement lié à ce genre d'étude.

**e. Le déroulement de l'enquête sur le terrain**

L'enquête s'est déroulée aux mois d'Avril - Mai 1997 et a duré environ cinquante jours. L'équipe d'enquêteurs était composée de cinq personnes (trois de Douentza, un de Bandiagara et un de Djénné) parlant les langues de la région recrutés et formés pour l'administration du questionnaire. La formulation et/ou la traduction correcte de certaines questions (expressions en langues locales: peulh, dogon, bamanan) fut une étape importante de la préparation de l'enquête

Une fois arrivée sur le site d'enquête défini de façon aléatoire (utilisation de pas d'échantillonnage - méthode OMS), elle procédait au tirage au sort des concessions cibles. Puis, prenant toujours le centre géographique du quartier ou du village, elle déterminait de façon aléatoire la direction de la progression des enquêteurs de même que la première concession à toucher. Dans les zones urbaines, les enquêteurs se répartissaient entre les quartiers. Au sein d'une concession cible, la première personne rencontrée et répondant aux critères d'inclusion de l'étude était interviewée. Les entretiens se déroulaient dans les conditions de discrétion et d'anonymat pour éviter toute influence extérieure sur les réponses des sujets recrutés. Une supervision permanente a été assurée par l'auteur de la thèse. Celle-ci a notamment consisté en un examen minutieux des fiches d'enquêtes afin de contrôler la cohérence des informations recueillies, au cours des investigations. Le suivi périodique de l'état d'avancement des activités sur le terrain a été assuré par le Directeur des programmes santé de SCF (UK) basé à Sévaré et le Directeur de la thèse.

**2.2 Une étude rétrospective des activités de consultation externe et de laboratoire dans les structures de santé des quatre cercles de l'étude de 1996. ( annexe n°2)**

Dans ce cas précis il s'agissait du dépouillement des registres des services de consultations externes et celles des laboratoires disponibles dans les quatre cercles concernés . Tous les cas de MST répertoriés (à l'exception des cas de SIDA) dans ces registres ont été recensés. Les données ont été recueillies a partir d'un questionnaire (voir annexe)

### **2.3 Une enquête sur les connaissances , les attitudes et les pratiques des agents de santé travaillant dans les structures de santé des quatre cercles de l'étude. ( annexe n°3)**

Les entretiens se déroulaient dans les conditions de discrétion et d'anonymat.

### **3. Saisie et analyse des données**

Les données de l'enquête ont été saisies sur ordinateur. L'analyse a été effectuée par le logiciel épidémiologique de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) "Epi-info" version 6.0. Les tests statistiques ont été utilisés en particulier le test de Khi 2.

### **4. Les limites de notre étude**

Il faut signaler au cours de ce travail les faits suivants:

- Les cas de suspicions clinique n'ont pas toujours été confirmés par des examens complémentaires de laboratoire.
- Compte tenu du caractère aléatoire de nos échantillons, nous avons souvent été limités dans nos analyses par la faiblesse des effectifs chez les ethnies minoritaires.

## C. LES RESULTATS

### 1. Résultats de l'enquête transversale au niveau communautaire

#### 1.1 Description de l'échantillon

TABLEAU I. Répartition de la population enquêtée par sexe et par tranche d'âge

| Tranche d'Age (ans) | Masculin  |      | Féminin   |      | Totaux    |      |
|---------------------|-----------|------|-----------|------|-----------|------|
|                     | Effectifs | %    | Effectifs | %    | Effectifs | %    |
| 15 - 19             | 32        | 33   | 65        | 67   | 97        | 11,5 |
| 20 - 24             | 31        | 31,3 | 68        | 68,7 | 99        | 11,8 |
| 25 - 29             | 40        | 42,6 | 54        | 57,4 | 94        | 11,2 |
| 30-34               | 47        | 41,2 | 67        | 58,8 | 114       | 13,6 |
| 35- 39              | 61        | 52,6 | 55        | 47,4 | 116       | 13,8 |
| 40- 44              | 53        | 57   | 40        | 43   | 93        | 11,1 |
| 45 et plus          | 174       | 76,7 | 53        | 23,3 | 227       | 27   |
| <b>Total</b>        | 438       | 52,1 | 402       | 47,9 | 840       | 100  |

Ainsi que l'indique le tableau I, l'enquête a touché un échantillon total de 840 individus dans les 4 localités concernées dont: 438 hommes et 402 femmes. Soit respectivement (52,1%) et (47,9%).

Globalement, environ 73% des individus enquêtés avaient un âge compris entre 15 et 45 ans.

Il existe également une disparité dans la distribution des sujets entre les deux sexes à l'intérieur des tranches d'âge. On constate que chez les individus entre 15 et 34 ans, l'enquête a porté sur relativement plus de femmes que d'hommes. En revanche, ce déséquilibre se trouve inversé en faveur de ces derniers à partir de 35 ans. Ce phénomène relève également du pur hasard.

**TABLEAU II. Répartition de l'échantillon enquêtée selon les ethnies**

| Ethnies      | Effectif absolu | Pourcentage |
|--------------|-----------------|-------------|
| Dogon        | 286             | 34,0        |
| Peulh        | 234             | 27,9        |
| Bamanan      | 96              | 11,4        |
| Sarakolé     | 79              | 9,4         |
| Bozo         | 60              | 7,1         |
| Sonrhaï      | 41              | 4,9         |
| Bella        | 6               | 0,7         |
| Tamacheq     | 2               | 0,2         |
| Autres       | 36              | 4,3         |
| <b>total</b> | <b>840</b>      | <b>100</b>  |

**Autres** = Bobo, Diawando, Haoussa, Kassonké, Malinké, Ouolof, Samogo, Senoufo, Somono, Toucouleur.

Quant à la composition ethnique de l'échantillon, elle reflète celle de la population dans la région de Mopti dont les principaux groupes ethniques sont représentés au sein de notre échantillon comme suit (Tableau II). Ainsi que le montre ce tableau, les ethnies Dogon et Peulh représentent près de 62% de l'échantillon.

**TABLEAU III. Répartition de la population enquêtée selon le niveau d'alphabétisation**

| Niveau d'alphabétisation        | Effectifs absolus | Pourcentage |
|---------------------------------|-------------------|-------------|
| Aucun                           | 320               | 38,1        |
| Ecole coranique                 | 284               | 33,8        |
| Primaire                        | 161               | 19,2        |
| Alphabétisé en langue nationale | 60                | 7,1         |
| Secondaire                      | 13                | 1,5         |
| Supérieur                       | 2                 | 0,2         |
| <b>total</b>                    | <b>840</b>        | <b>100</b>  |

La répartition de la population enquêtée selon le tableau III, est révélatrice du niveau d'éducation de la population de la région de Mopti reconnue comme étant l'une des moins alphabétisées de notre pays (taux d'environ 19% contre une moyenne nationale de 40%). En effet moins de 21% de notre échantillon a fréquenté l'école moderne tout niveau confondu. Tandis que 1,5% et 0,2% seulement ont respectivement franchi le cap du secondaire et du supérieur. La grande majorité (79%) n'ont soit bénéficié que de l'enseignement coranique classique (33,8%), de cours d'alphabétisation fonctionnelle (7,1%) soit n'ont aucun niveau d'alphabétisation (38,1%).

**TABLEAU IV. Répartition de la population enquêtée selon l'occupation principale**

| Occupation principale      | Effectifs absolus | Pourcentage |
|----------------------------|-------------------|-------------|
| Ménagère                   | 344               | 41          |
| Agriculteur                | 297               | 35,4        |
| Commerçant                 | 36                | 4,3         |
| Elève/étudiant             | 28                | 3,3         |
| Eleveur                    | 26                | 3,1         |
| Pêcheur                    | 24                | 2,9         |
| Salarié(e) d'état et privé | 15                | 1,8         |
| Sans emploi                | 11                | 1,3         |
| Chauffeur                  | 1                 | 0,1         |
| Autres occupations         | 58                | 6,9         |
| total                      | 840               | 100         |

*Autres occupations = Tailleurs, Menuisiers, Ouvriers, Forgerons, Potiers, Soudeurs, Maçons, Mécaniciens, Diamantaires, Interprètes, Tisserands, Teinturières, Animatrices.*

Du tableau IV il ressort que plus de 80% de l'échantillon pratique soit le métier d'agriculteur, soit le métier de ménagère, soit le métier d'éleveur ou celui de pêcheur.

**TABLEAU V. Répartition de la population en fonction de la religion**

| Religion   | Effectifs absolus | Pourcentage |
|------------|-------------------|-------------|
| Musulmane  | 819               | 97,5        |
| Chrétienne | 12                | 1,4         |
| Animisme   | 9                 | 1,1         |
| Total      | 840               | 100         |

Ce tableau nous montre que 97,5% de la population se disaient musulmans, 1,4% chrétiens, et 1,1% animistes.

**TABLEAU VI. Répartition de la population enquêtée selon le statut matrimonial**

| Statut matrimonial | Effectifs absolus | Pourcentage |
|--------------------|-------------------|-------------|
| Marié monogame     | 410               | 48,8        |
| Marié polygame     | 273               | 32,5        |
| Célibataire        | 133               | 15,8        |
| Veuf (ve)          | 16                | 1,9         |
| Divorcé(e)         | 8                 | 1           |
| <b>Total</b>       | <b>840</b>        | <b>100</b>  |

La répartition des sujets enquêtés selon leur statut matrimonial (Tableau VI), révèle que: plus de 80% des sujets étaient mariés , plus précisément 48,8% d'entre eux vivent en régime monogamique, et 32,5% en régime polygamique ; 15,8% seulement d'entre eux étaient célibataires, les autres étant les cas de divorce et de veuvage ne représentant que 2,9%.

**TABLEAU VII.: Répartition des personnes enquêtées en fonction de la résidence**

| Résidence                  | Effectifs absolus | Pourcentage |
|----------------------------|-------------------|-------------|
| Village                    | 607               | 72,3        |
| Chef lieu d'arrondissement | 122               | 14,5        |
| Chef lieu de cercle        | 111               | 13,2        |
| <b>Total</b>               | <b>840</b>        | <b>100</b>  |

Quant au tableau VII, il révèle que 86, 8% de la population enquêtée vivaient en milieu rural contre 13,2% en milieu urbain.

**TABLEAU VIII. Répartition des personnes enquêtées en fonction de leur degré d'accessibilité à un centre de santé**

| Accessibilité à un centre de santé                | Effectifs absolus | Pourcentage |
|---------------------------------------------------|-------------------|-------------|
| <i>1 heure de marche au plus (moins de 5 km)</i>  | 468               | 55,7        |
| <i>1 à 2 heures de marche (5 à 10 km)</i>         | 127               | 15,1        |
| <i>2 à 3 heures de marche (10 à 15 km)</i>        | 155               | 18,5        |
| <i>Plus de 3 heures de marche (plus de 15 km)</i> | 90                | 10,7        |
| <b>Total</b>                                      | <b>840</b>        | <b>100</b>  |

D'après le tableau VIII plus de la moitié de l'échantillon soit 55,7% habitaient à moins de 5 km (environ 1 heure de marche) d'un centre de santé, 15,1% habitaient entre 5 et 10 Km ; 18,5% habitaient entre 10 et 15 Km ; tandis que 10,7% seulement habitaient à plus de 15 Km d'une infrastructure sanitaire.

## 1.2 Aspects épidémiologiques des suspicions de MST dans l'échantillon enquêté

**TABLEAU IX. Répartition globale des cas de suspicion de MST**

| Population enquêtée        | Effectifs absolus | Pourcentage |
|----------------------------|-------------------|-------------|
| <b>Sujets suspects MST</b> | <b>459</b>        | <b>54,6</b> |
| <b>Sujets non suspects</b> | <b>381</b>        | <b>45,4</b> |
| <b>Total</b>               | <b>840</b>        | <b>100</b>  |

Notre enquête transversale basée sur la reconstitution des antécédents médicaux chez 840 sujets recrutés de façon aléatoire, a révélé que 459 d'entre eux avaient souffert d'au moins un signe de suspicion de MST. Soit 54,6% de notre échantillon.

**Tableau X. Distribution des cas de suspicion de MST par localité**

| Localité     | Effectifs totaux des sujets enquêtés | Sujets ayant présenté au moins un signe dominant de MST |             |
|--------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------|
|              |                                      | Effectifs                                               | %           |
| DJENNE       | 210                                  | 100                                                     | 47,6        |
| MOPTI        | 210                                  | 110                                                     | 52,4        |
| DOUMENTZA    | 210                                  | 121                                                     | 57,6        |
| BANDIAGARA   | 210                                  | 128                                                     | 61          |
| <b>TOTAL</b> | <b>840</b>                           | <b>459</b>                                              | <b>54,6</b> |

Le tableau X relatif à la distribution des sujets ayant présenté des signes cliniques de MST selon les cercles, révèle des taux de prévalences de 61%, 57,6%, 52,4%, et 47,6% respectivement pour le cercle de Bandiagara, Douentza, Mopti et Djénné. La comparaison statistique de ces taux montre une différence significative ( $\chi^2 = 8,74$  avec  $P\text{-Value} = 0,03299630$ )

**Tableau XI. Distribution globale des cas suspects de MST par tranche d'âge et par sexe.**

| Tranches d'Age (ans) | Masculin   |            |              | Féminin    |            |              |
|----------------------|------------|------------|--------------|------------|------------|--------------|
|                      | N1         | n1         | %            | N2         | n2         | %            |
| 15 - 19              | 32         | 13         | 40,62        | 65         | 39         | 60           |
| 20 - 24              | 31         | 14         | 45,16        | 68         | 42         | 61,76        |
| 25 - 29              | 40         | 23         | 57,5         | 54         | 35         | 64,81        |
| 30-34                | 47         | 27         | 57,44        | 67         | 40         | 59,70        |
| 35- 39               | 61         | 30         | 49,18        | 55         | 30         | 54,54        |
| 40- 44               | 53         | 31         | 58,49        | 40         | 24         | 60           |
| 45 et plus           | 174        | 86         | 49,42        | 53         | 25         | 47,16        |
| <b>Total</b>         | <b>438</b> | <b>224</b> | <b>51,14</b> | <b>402</b> | <b>235</b> | <b>58,45</b> |

N1= effectif masculin enquêté n1= effectif masculin suspect N2= effectif féminin enquêté  
n2= effectif féminin suspect

De notre étude il ressort globalement et de façon statistiquement significative que plus de femmes ont présenté des symptômes suspects de MST que d'hommes. En effet, d'après le tableau XI, parmi 402 femmes enquêtées, 235 étaient suspectes d'avoir fait une MST; soit 58,45% contre 224 sur 438 chez les hommes 51,14%. La comparaison statistique de ces deux

pourcentages montre une différence significative ( $X^2= 4,24$  P- value=0,03956143).

Selon ce même tableau il ressort que dans la tranche d'âge 15-34 ans les femmes étaient significativement plus atteintes que les hommes. Par contre, chez les individus âgés de 40 ans et plus les hommes l'étaient plus que les femmes ( $X^2=52,8$   $p < 0,001$ ).

**Tableau XII: Distribution des cas de suspicion de MST selon l'ethnie**

| Ethnies      | Effectifs totaux des sujets enquêtés | Sujets ayant présenté au moins un signe dominant de MST |             |
|--------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------|
|              |                                      | Effectifs                                               | %           |
| Peulh        | 234                                  | 120                                                     | 51,3        |
| Dogon        | 286                                  | 174                                                     | 60,8        |
| Bozo         | 60                                   | 31                                                      | 51,7        |
| Sonraï       | 41                                   | 25                                                      | 61          |
| Bamanan      | 96                                   | 51                                                      | 53,1        |
| Sarakollé    | 79                                   | 37                                                      | 46,8        |
| Tamachèque   | 2                                    | 1                                                       | 50          |
| Bella        | 6                                    | 2                                                       | 33,3        |
| Autres       | 36                                   | 18                                                      | 50          |
| <b>Total</b> | <b>840</b>                           | <b>459</b>                                              | <b>54,6</b> |

Autres=Bobo, Diawando, Haoussa, Kassonké, Malinké, Ouolof, Samogo, Senoufo, Somono, Toucouleur.

Pourcentage= effectif suspect / effectif total par ethnie

La comparaison entre les ethnies dominantes de notre échantillon quant à la fréquence de cas de suspicion de MST révèle que globalement, les dogons et les sonraïs avec des taux respectifs de 60,8% et 61% présentaient plus de signes révélateurs de MST que les autres ethnies ( $X^2 = 4,41$  P-Value  $< 0,01$ ). Une analyse plus approfondie de ce constat sera faite dans les prochains chapitres pour le vérifier (par exemple en comparant les prévalences par ethnie au sein de ressortissants de la même localité).

**TABLEAU XIII. Distribution des cas suspects de MST selon le niveau d'alphabétisation**

| Niveau d'alphabétisation               | Effectifs totaux des sujets enquêtés | Sujets ayant présenté au moins un signe dominant de MST |             |
|----------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------|
|                                        |                                      | Effectifs                                               | %           |
| <i>Primaire</i>                        | 161                                  | 84                                                      | 52,17       |
| <i>Secondaire</i>                      | 13                                   | 5                                                       | 38,46       |
| <i>Supérieur</i>                       | 2                                    | 0                                                       | 0           |
| <i>Alphabétisé en langue nationale</i> | 60                                   | 32                                                      | 53,3        |
| <i>Ecole coranique</i>                 | 284                                  | 156                                                     | 54,9        |
| <i>Aucun</i>                           | 320                                  | 182                                                     | 56,9        |
| <b>Total</b>                           | <b>840</b>                           | <b>459</b>                                              | <b>54,6</b> |

Ce tableau nous montre que parmi les individus qui n'ont aucun niveau 56,9% étaient suspectés de MST, parmi ceux qui ont fréquenté l'école coranique 54,9% étaient suspects, parmi les sujets qui ont été alphabétisés en langue nationale 53,3% étaient suspects. Quant à l'école moderne 52,17% de ceux qui ont fréquenté le primaire étaient suspects et 38,46% de ceux du secondaire. Cependant, la comparaison de ces pourcentages ne révèle aucune différence statistiquement significative.

**TABLEAU XIV. Distribution globales des cas de suspicion de MST selon l'occupation des individus enquêtés**

| Occupation                  | Effectifs totaux des sujets enquêtés | Sujets ayant présenté au moins un signe dominant de MST |             |
|-----------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------|
|                             |                                      | Effectifs                                               | %           |
| Eleveur                     | 26                                   | 12                                                      | 46,2        |
| Pêcheur                     | 24                                   | 13                                                      | 54,2        |
| Agriculteur                 | 297                                  | 165                                                     | 55,6        |
| Commerçant                  | 36                                   | 16                                                      | 44,4        |
| Elève/Étudiant              | 28                                   | 16                                                      | 57,1        |
| Chauffeur                   | 1                                    | 1                                                       | 100         |
| Ménagère                    | 344                                  | 199                                                     | 57,8        |
| sans Emploi                 | 11                                   | 4                                                       | 36,4        |
| Salarié (e) d'état et privé | 15                                   | 6                                                       | 40          |
| Autres occupations          | 58                                   | 27                                                      | 46,6        |
| <b>Total</b>                | <b>840</b>                           | <b>459</b>                                              | <b>54,6</b> |

**Tableau XV. Distribution des cas suspects de MST dans l'échantillon enquêtée selon la religion.**

| Religion     | Effectifs totaux des sujets enquêtés | Sujets ayant présenté au moins un signe dominant de MST |             |
|--------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------|
|              |                                      | Effectifs                                               | %           |
| Musulmane    | 819                                  | 445                                                     | 54,3        |
| Chrétienne   | 12                                   | 7                                                       | 58,3        |
| Animisme     | 9                                    | 7                                                       | 77,8        |
| <b>Total</b> | <b>840</b>                           | <b>459</b>                                              | <b>54,6</b> |

**TABLEAU XVI. Répartition des cas de suspicion de MST selon le statut matrimonial**

| Statut matrimonial | Effectifs totaux des sujets enquêtés | Sujets ayant présenté au moins un signe dominant de MST |             |
|--------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------|
|                    |                                      | Effectifs                                               | %           |
| Marié (e) Monogame | 410                                  | 223                                                     | 54,4        |
| Marié (e) Polygame | 273                                  | 159                                                     | 58,2        |
| Célibataire        | 133                                  | 66                                                      | 49,6        |
| Divorcé (e)        | 8                                    | 2                                                       | 25          |
| Veuf (ve)          | 16                                   | 9                                                       | 56,3        |
| <b>Total</b>       | <b>840</b>                           | <b>459</b>                                              | <b>54,6</b> |

**TABLEAU XVII: Répartition globale des cas suspects de MST selon la résidence.**

| Résidence                | Effectifs totaux des sujets enquêtés | Sujets ayant présenté au moins un signe dominant de MST |             |
|--------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------|
|                          |                                      | Effectifs                                               | %           |
| Chef lieu cercle         | 111                                  | 56                                                      | 50,5        |
| chef lieu arrondissement | 122                                  | 64                                                      | 52,5        |
| Village                  | 607                                  | 339                                                     | 55,8        |
| <b>Total</b>             | <b>840</b>                           | <b>459</b>                                              | <b>54,6</b> |

Les comparaisons statistiques effectuées entre les différentes prévalences selon les quatre précédent paramètres (occupation, religion, statut matrimonial et résidence) ne ravalent aucune différence significative .

### 1.3. Etude des aspects cliniques

Tableau XVIII. Fréquences des signes dominants de MST chez les 459 sujets suspects

| Signes de suspicion de MST                   | Effectifs<br>Absolus | Pourcentage |
|----------------------------------------------|----------------------|-------------|
| Douleur pelvienne                            | 253                  | 30,1        |
| Brûlure mictionnelle                         | 194                  | 23,1        |
| Démangeaisons au niveau des organes génitaux | 100                  | 11,9        |
| Goutte matinale chez l'homme                 | 10                   | 1,2         |
| Ecoulements génitaux anormaux                | 142                  | 16,9        |
| Dyspareunie                                  | 31                   | 3,7         |
| Ulcérations génitales                        | 32                   | 3,8         |
| Boutons au niveau des organes génitaux       | 71                   | 8,5         |
| <b>Total</b>                                 | <b>833</b>           |             |

Le tableau XVIII qui montre la fréquence des différents symptômes chez les sujets suspects indique que:

- les signes les plus rencontrés sont les douleurs pelviennes associées ou non à d'autres symptômes de MST (253 cas), suivis des brûlures à la miction (194 cas), des écoulements génitaux anormaux (152 cas), des démangeaisons au niveau des organes génitaux (100 cas), des boutons & ulcérations (103 cas).
- Les signes hautement évocateurs de MST sont décelés chez 69,1% des personnes suspectes.
- Toujours selon ce tableau, chaque sujet suspect aurait présenté un nombre moyen de deux signes de MST (833/459) au cours de l'année.

**TABLEAU XIX. Prévalence des différentes MST par sexe au sein de l'échantillon (d'après l'enquête communautaire)**

| Syndromes de suspicion                 | Diagnostic probable               | Masculin (N1=438) |             | Féminin (N2=402) |             | Total (N1+N2)=840 |             |
|----------------------------------------|-----------------------------------|-------------------|-------------|------------------|-------------|-------------------|-------------|
|                                        |                                   | E1                | %1          | E2               | %2          | E3                | %3          |
| Écoulement verdâtre                    | gonococcie                        | 30                | 6,8         | 8                | 2           | 38                | 4,5         |
| Écoulement grisâtre                    | chlamydiase                       | 9                 | 2,1         | 14               | 3,5         | 23                | 2,7         |
| Écoulement crémeux blanchâtre abondant | candidose génitale                | 22                | 5           | 33               | 8,2         | 55                | 6,5         |
| Écoulement mousseux aéré jaunâtre      | affection à trichomonas vaginalis | 6                 | 1,4         | 21               | 5,3         | 27                | 3,2         |
| Ulcération génitale                    | ulcération génitale               | 17                | 3,9         | 15               | 3,7         | 32                | 3,8         |
| <b>Total</b>                           |                                   | <b>84</b>         | <b>19,2</b> | <b>91</b>        | <b>22,7</b> | <b>175</b>        | <b>20,7</b> |

N1= effectif masculin

N2= effectif féminin

N1+N2= effectif total

E1= effectif masculin suspect E2= effectif féminin suspect E3= effectif total suspect

%1=E1/N1 %2=E2/N2 %3=E3/N1+N2

D'après la répartition des symptômes rencontrés selon le sexe des sujets suspects de MST, 78,9% (30/38) des cas d'écoulement verdâtre (signe évocateur de gonococcie) s'étaient manifestés chez des hommes contre 21,1% (8/38) pour les femmes. Cette prédominance des manifestations de la gonococcie chez les hommes est confirmée par le tableau XIX. qui donne des taux de prévalence respectifs d'écoulement verdâtre de 6,8% et 2% pour les hommes et les femmes au sein de notre échantillon total. La différence statistique entre ces deux taux de prévalence est hautement significative ( $X^2 = 10,36$  ;  $p\text{-value} = 0,001$ ).

En revanche, les femmes ont présenté environ 77,8% (21/27) des cas d'écoulements génitaux mousseux, et jaunâtres révélateurs d'une trichomonase vaginalis contre 22,2% (6/27) pour les hommes. La comparaison des prévalences de cette manifestation chez les femmes et les hommes révèle au tableau XIX. une prédominance de femmes plus atteintes que d'hommes au sein de l'échantillon total. Les taux étant de 5,2 % pour les femmes et de 1,3% chez les hommes (différence statistique hautement significative ( $X^2 = 8,81$  &  $p\text{-value} = 0,003$ )).

Pour les autres symptômes tels que: "les écoulements génitaux grisâtres" (évocateurs de chlamydiase), "les écoulements génitaux abondants crémeux blanchâtres" (évocateurs de candidoses), "les ulcérations génitales"..., la comparaison statistique entre les prévalences chez les deux sexes n'a découvert aucune différence significative.

#### **1.4 Connaissances Attitudes et Pratiques chez les individus ayant présenté des symptômes de MST**

##### **Connaissances des individus ayant présenté des symptômes de MST sur les modes de contamination des MST**

L'analyse des avis exprimés par les sujets ayant souffert de symptômes de MST au cours des 12 derniers mois quant aux modes de contamination de ces maladies révèle que plus de 97% de ces sujets de niveaux d'alphabétisation divers ignorent les modes de transmission des MST ou ont une connaissance erronée de ces modes.

**TABLEAU XX. Attitudes thérapeutiques adoptées par les sujets malades selon la disponibilité d'un centre de santé**

| Attitudes<br>Thérapeutiques                                      | Ont consulté un<br>agent de santé |       | Ont consulté un<br>tradipraticien |     | Ont acheté un<br>médicament<br>directement à la<br>pharmacie |     | Ont acheté un<br>médicament chez<br>un étalagiste |     | Ont pris un<br>médicament<br>traditionnel |       | N'ont rien fait |       |
|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------|-----------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------|-----|---------------------------------------------------|-----|-------------------------------------------|-------|-----------------|-------|
|                                                                  | Nbre                              | %     | Nbre                              | %   | Nbre                                                         | %   | Nbre                                              | %   | Nbre                                      | %     | Nbre            | %     |
| <b>Malades ayant un<br/>Centre de Santé<br/>Disponible</b>       |                                   |       |                                   |     |                                                              |     |                                                   |     |                                           |       |                 |       |
| <i>à 1 heure de marche<br/>au plus(moins de 5km)<br/>N=251</i>   | 125                               | 49,8  | 6                                 | 2,3 | 4                                                            | 2,3 | 14                                                | 5,6 | 35                                        | 13,9  | 67              | 26,7  |
| <i>de 1 à 2 heures de<br/>marche (5-10 km)<br/>N=83</i>          | 39                                | 47    | 6                                 | 7,2 | 2                                                            | 2,4 | 10                                                | 12  | 9                                         | 10,8  | 17              | 20,5  |
| <i>de 2 à 3 heures de<br/>marche (10-15 km)<br/>-N=74-</i>       | 33                                | 44,5  | 3                                 | 4   | 0                                                            | 0   | 2                                                 | 2,7 | 9                                         | 12,16 | 27              | 36,5  |
| <i>à plus de 3 heures de<br/>marche (plus de 15<br/>km) N=51</i> | 21                                | 41,17 | 3                                 | 5,9 | 0                                                            | 0   | 4                                                 | 7,8 | 9                                         | 17,6  | 14              | 27,45 |
| <i>Totaux N=459</i>                                              | 218                               | 47,5  | 18                                | 3,9 | 6                                                            | 1,3 | 30                                                | 6,5 | 62                                        | 13,5  | 125             | 27,2  |

Du tableau ci-dessus nous pouvons faire les commentaires suivants:

- Environ 47,5% des sujets ayant souffert de signes dominants de MST ont eu recours aux prestations d'un agent de santé. Bien que représentant ici le point de référence le plus utilisé par ces malades, ce recours aux agents de santé nous paraît faible compte tenu de la gravité des MST.
- Une écrasante majorité d'entre eux préfèrent soit ne rien faire pour se soigner (27,2%), soit faire de l'automédication traditionnelle (13,5%), soit faire de l'automédication moderne (7%), soit avoir recours aux prestations d'un tradipraticien.
- Le pourcentage de malades ayant consulté un agent de santé ne varie pas de façon significative en fonction du critère d'accessibilité géographique à un centre de santé. Ce phénomène résulte probablement de l'action des agents chargés de la stratégie avancée pour la fourniture de soins préventifs au niveau des villages des aires de santé.

**TABLEAU XXI. Evolution des cas de MST dépistés selon les pratiques thérapeutiques adoptés.**

| Evolution<br>Pratiques                          | Guérison   |           | Amélioration |             | Etat stationnaire |             | Aggravation |            | Récidive  |             | Total      |      |
|-------------------------------------------------|------------|-----------|--------------|-------------|-------------------|-------------|-------------|------------|-----------|-------------|------------|------|
|                                                 | n1         | %         | n2           | %           | n3                | %           | n4          | %          | n5        | %           | n6         | %    |
| Consulté un agent de santé                      | 91         | 41,7      | 64           | 29,4        | 25                | 11,5        | 2           | 0,9        | 36        | 16,5        | 218        | 47,5 |
| Consulté un tradi-praticien                     | 5          | 27,8      | 7            | 38,9        | 3                 | 16,7        | 0           | 0          | 3         | 16,7        | 18         | 3,9  |
| Acheté directement un médicament à la pharmacie | 1          | 16,7      | 3            | 50          | 1                 | 16,7        | 0           | 0          | 1         | 16,7        | 6          | 1,3  |
| Acheté un médicament chez un étalagiste         | 11         | 36,7      | 15           | 50          | 1                 | 3,3         | 0           | 0          | 3         | 10          | 30         | 6,5  |
| Pris un médicament traditionnel                 | 19         | 30,6      | 22           | 35,5        | 6                 | 9,7         | 2           | 3,2        | 13        | 21          | 62         | 13,5 |
| Rien fait                                       | 20         | 16        | 24           | 19,2        | 36                | 28,8        | 6           | 4,8        | 39        | 31,2        | 125        | 27,2 |
| <b>Total</b>                                    | <b>147</b> | <b>32</b> | <b>135</b>   | <b>29,4</b> | <b>72</b>         | <b>15,7</b> | <b>10</b>   | <b>2,2</b> | <b>95</b> | <b>20,7</b> | <b>459</b> |      |

n1=effectif guéri n2=effectif dont l'état de santé s'est amélioré n3=effectif dont l'état de santé est stationnaire  
n4=effectif dont l'état de santé s'est aggravé n5=effectif des sujets qui ont présenté des récives

Le tableau XXI décrit les attitudes des sujets ayant souffert de signes évocateurs de MST et l'évolution de leur état de santé suite à ces attitudes. Ainsi, 47,5% seulement de ces malades auraient consulté un agent de santé pour traiter son mal. Tandis que la majorité (en dépit de la disponibilité relativement bonne des infrastructures sanitaires) a préféré soit ne rien faire (27,2%), soit prendre un médicament de son propre chef (13,5%), soit acheter un médicament chez un étalagiste (6,5%), soit consulter un tradipraticien (3,9%), ou acheter directement un remède dans une pharmacie.

Selon les attitudes sus évoquées, les sujets atteints auraient observé les résultats évolutifs suivants des signes dont ils souffraient:

- 41,7% de ceux qui ont consulté un agent de santé étaient guéris ou tout au moins améliorés (29,4%).
- les pourcentages de guérison et d'amélioration chez ceux qui avaient eu recours aux soins d'un guérisseur traditionnel étaient respectivement 27,8% et 38,9%.
- Pour ceux-là qui auraient adopté une forme d'automédication (achat direct de médicament à la pharmacie ou chez l'étalagiste, ou pris un médicament de leur propre chef), ces taux sont respectivement 31,5% et 40,8%.
- Par contre chez les sujets n'ayant rien entrepris face à leur souffrance, des évolutions vers la guérison ou l'amélioration des symptômes n'ont été rapportée que dans 16% et 19,2%. En plus, un état stationnaire, une aggravation, ou une rechute du mal était signalé dans 64,8% de ces cas contre 28,9% d'échec de la prise en charge chez ceux qui ont consulté un agent de santé!
- les différences statistiques entre les états évolutifs des malades selon les attitudes thérapeutiques adoptées sont hautement significatives ( $X^2 = 66,10$  P-value = 0,0000000).

## 2. RESULTATS DE L'ETUDE RETROSPECTIVE A PARTIR DES REGISTRES DE CONSULTATION ET DE LABORATOIRE

Cette étape de notre étude nous a amené à compiler les données sur les activités de l'ensemble des services de consultation externe et celles de tous les laboratoires fonctionnels dans les quatre cercles de notre zone d'enquête à savoir ceux de Djénné, Douentza, Mopti et Bandiagara.

Du 1er Janvier au 31 Décembre 1996, environ 82203 consultants ont été enregistrés dans ces formations sanitaires.

Parmi les 82203 consultants enregistrés, 1876 patients étaient venus consulter pour cause de MST (soit 2,3% des consultants).

Au total 33 centres de santé de différents échelons ont été visités dont 25 centres de santé de base CSA/CSCOM, 4 centres de référence de circonscriptions (CSC), 1 CMIE, 1 PMI, 1 hôpital régional, et 1 centre de recherche (CMTR de Bandiagara) couvrant une population totale de 441402 habitants .

**TABLEAU XXII. Prévalence des MST parmi les utilisateurs des services de consultation et de laboratoire dans les quatres cercles de l'étude en 1996.**

| Localités      | Régistres consultations |          |     | Régistres de Laboratoires |          |      |
|----------------|-------------------------|----------|-----|---------------------------|----------|------|
|                | NC                      | Nbre MST | %   | Examens                   | Nbre MST | %    |
| Bandiagara     | 9230                    | 193      | 1,9 | 2585                      | 90       | 3,5  |
| Djenne         | 16730                   | 240      | 1,4 | 139                       | 10       | 7,2  |
| Douentza       | 9765                    | 272      | 2,8 | 557                       | 95       | 17,1 |
| Mopti-communne | 20317                   | 357      | 1,8 | 5745                      | 432      | 7,5  |
| Mopti rural    | 25322                   | 187      | 0,7 | -                         | -        | -    |
| <b>Total</b>   | 81364                   | 1249     | 1.5 | 9026                      | 627      | 6,9  |

**NC = Nombre de Consultants**

Des 1876 cas de MST enregistrés tableauXXII, 1249 étaient notifiés dans les registres de consultations externes tandis que 627 étaient dépistés directement par les services de laboratoires représentant des proportions respectives de 1,5% et 6,9% des utilisateurs de ces services. D'après le même tableau, comparativement aux autres cercles, les cas de MST sont relativement plus fréquents parmi les utilisateurs de services de Douentza où ils représentaient 2,8% des consultations externes et 17,1% des examens de laboratoire.

**TABLEAU XXIII. Répartition des cas de MST par sexe et par tranche d'âge**

| Tranches d'âge | Masculin   |             | féminin    |             | Total       |            |
|----------------|------------|-------------|------------|-------------|-------------|------------|
|                | Effectif   | %           | Effectif   | %           | Effectif    | %          |
| 15 -19         | 63         | 7,3         | 132        | 13,7        | 195         | 10,7       |
| 20 -24         | 106        | 12,3        | 189        | 19,6        | 295         | 16,1       |
| 25 -29         | 145        | 16,8        | 201        | 20,8        | 346         | 18,9       |
| 30 -34         | 126        | 14,6        | 171        | 17,7        | 297         | 16,2       |
| 35 -39         | 119        | 13,8        | 144        | 14,9        | 263         | 14,4       |
| 40 à 44        | 107        | 12,4        | 63         | 6,5         | 170         | 9,3        |
| 45 et plus     | 197        | 22,8        | 65         | 6,7         | 262         | 14,3       |
| <b>TOTAL</b>   | <b>863</b> | <b>46,8</b> | <b>965</b> | <b>53,2</b> | <b>1828</b> | <b>100</b> |

Des 1876 cas 1828 patients avaient leur sexe et leur tranche d'âge notifiés dans les registres.

la répartition de l'ensemble des cas de MST enregistrés selon le sexe indique que 998 d'entre eux étaient de sexe féminin soit 53,2% et 878 de sexe masculin soit 46,8%.

Comme nous l'avons constaté au cours de l'enquête communautaire, la fréquence des MST augmente progressivement avec l'âge, culmine entre 25-29 ans pour décroître à partir de la trentaine. En outre, statistiquement, les femmes étaient significativement plus atteintes que les hommes dans toutes les classes d'âges ( $X^2= 138,66$  P-Value= 0,00000000).

**TABLEAU XXIV. Répartition des cas de MST par ethnie**

| <b>Ethnie</b>   | <b>Effectifs absolus</b> | <b>Pourcentage</b> |
|-----------------|--------------------------|--------------------|
| <b>Peulh</b>    | 491                      | 27,6               |
| <b>Dogon</b>    | 380                      | 21,3               |
| <b>Bozo</b>     | 173                      | 9,7                |
| <b>Sonraï</b>   | 224                      | 12,6               |
| <b>Bamanan</b>  | 224                      | 12,6               |
| <b>Sarakolé</b> | 69                       | 3,9                |
| <b>Tamacheq</b> | 15                       | 0,8                |
| <b>Bella</b>    | 31                       | 1,7                |
| <b>Autres</b>   | 175                      | 9,8                |
| <b>Total</b>    | <b>1782</b>              | <b>100</b>         |

*Autres*=Bobo, Diawando, Haoussa, Kassonké, Malinké, Ouolof, Samogo, Senoufo, Somono, Toucouleur.

Au total 1782 patients sur 1876 avaient leur ethnie notifiée dans les registres. Globalement, la majorité des malades était issue des ethnies dominantes de la région; c'est à dire des Peulhs (27.6%), des Dogons (21,3%), Sonraïs (12,6%), Bamanans (12,6%) et Bozos (9,%) -voir tableau XXIV.

**TABLEAU XXV. Répartition des cas de MST selon l'occupation principale des malades**

| Occupation principale          | Effectifs absolus | Pourcentage |
|--------------------------------|-------------------|-------------|
| Eleveur                        | 52                | 3,4         |
| Pêcheur                        | 42                | 2,7         |
| Agriculteur                    | 263               | 17,1        |
| Commerçant                     | 66                | 4,3         |
| Elève/Étudiant                 | 93                | 6,1         |
| Chauffeur                      | 15                | 1,0         |
| Ménagère                       | 774               | 50,4        |
| Sans emploi                    | 64                | 4,2         |
| Salariés d'état et privé       | 70                | 4,6         |
| Autres occupations principales | 98                | 6,4         |
| <b>Total</b>                   | <b>1537</b>       | <b>100</b>  |

*Autres occupations = Tailleurs, Menuisiers, Ouvriers, Forgerons, Potiers, Soudeurs, Maçons, Mécaniciens, Diamantaires, Interprètes, Tisserands, Teinturières, Animatrices.*

A propos de la répartition des cas de MST enregistrés selon l'occupation principale 1537 avaient leurs occupations notifiées dans les registres.

Le tableau XXV indique la répartition des cas de MST enregistré selon les occupations des patients.

## 2.1 Aspects épidémiologiques des différents types de MST diagnostiqués dans les services de santé

TABLEAU XXVI. Répartition des MST par type Nosologique.

| Type de MST               | Effectifs absolus | Pourcentage |
|---------------------------|-------------------|-------------|
| Gonococcie                | 463               | 24,7        |
| Syphilis                  | 385               | 20,5        |
| Affection à C. Albicans   | 105               | 5,6         |
| Affection à Trichomonas   | 88                | 4,7         |
| Affection à C.Trachomatis | 81                | 4,3         |
| Affection à Mycoplasme    | 16                | 0,9         |
| Chancre mou               | 7                 | 0,4         |
| Herpès génital            | 0                 | 0           |
| Autres MST                | 731               | 39          |
| <b>Total</b>              | <b>1876</b>       | <b>100</b>  |

*Autres= Autres MST étaient notifiées sous des diagnostics non précisés telles que "infections génitales", "infections uro-génitales" ou "MST tout court".*

Le tableau XXVI relatif à la répartition des cas de MST enregistrés par type montre que: la gonococcie est le type de MST qui motive le plus de consultations parmi les MST, puisque les sujets souffrant de cette affection représentaient environ 24,7% des cas de MST enregistrés pendant la période de référence de l'enquête. Elle est suivie par la syphilis 20,5%, les affections à candida Albicans 5,6%, les affections à trichomonas vaginalis 4,7% les affections à Chlamydia 4,3% les affections à Mycoplasme et le chancre mou (0,9% et 0,4%). Autres MST (39%) étaient notifiées sous des diagnostics non précisés telles que "infections génitales", "infections uro-génitales" ou "MST tout court".

**TABLEAU XXVII. Répartition des différents types de MST selon le sexe**

| SEXE                           | Masculin |      | Féminin |      |
|--------------------------------|----------|------|---------|------|
|                                | n1       | %    | n2      | %    |
| <b>Gonococcie</b>              | 343      | 39   | 120     | 12   |
| <b>Syphilis</b>                | 230      | 26,2 | 155     | 15,5 |
| <b>Affection à C.albicans</b>  | 14       | 1,6  | 91      | 9,1  |
| <b>Affection à T.vaginalis</b> | 8        | 0,9  | 80      | 8    |
| <b>Affection à chlamydia</b>   | 41       | 4,7  | 40      | 4    |
| <b>Affection à mycoplasme</b>  | 5        | 0,6  | 11      | 1,1  |
| <b>Chancre mou</b>             | 4        | 0,5  | 3       | 0,3  |
| <b>Autre</b>                   | 233      | 26,5 | 498     | 50   |
| <b>Total</b>                   | 878      | 100  | 998     | 100  |

*n1=effectif masculin*

*n2=effectif féminin*

*Autre= Autres MST étaient notifiées sous des diagnostics non précisés telles que "infections génitales", "infections uro-génitales" ou "MST tout court".*

Parmi les 878 hommes atteints de MST, 39,1% souffraient d'une gonococcie, 26,2% de syphilis, contre 12% de gonococcie et 15,5% de cas de syphilis chez les 998 femmes atteintes de MST enregistrées (cf. Tableau XXVII.). La comparaison entre ces pourcentages respectifs chez les deux sexes révèle que ces deux affections ont été plus rencontrées de façon hautement significative chez les sujets masculins que chez les féminins.

En revanche, les candidoses et les trichomonas ont été plus rencontrées chez les femmes que chez les hommes avec des taux respectifs de 9,1% contre 1,6% et 8% contre 0,9% pour les deux affections ( $\chi^2=329,54$  p-value=0,00000000).

TABLEAU XXIX. Répartition des types de MST par tranche d'âge

| MST<br>Age       | Gono. |      | syphilis |      | C.Albicans |     | T.Vaginalis |     | Chlamydiase |     | Mycoplasme |     | Chancre mou |     | Autres MST |      |
|------------------|-------|------|----------|------|------------|-----|-------------|-----|-------------|-----|------------|-----|-------------|-----|------------|------|
|                  | E     | %    | E        | %    | E          | %   | E           | %   | E           | %   | E          | %   | E           | %   | E          | %    |
| 15 - 19<br>N=195 | 47    | 24,1 | 38       | 19,5 | 14         | 7,2 | 11          | 5,6 | 10          | 5,1 | 0          | 0   | 0           | 0   | 75         | 38,5 |
| 20 - 24<br>N=295 | 76    | 25,8 | 58       | 19,7 | 18         | 6,1 | 12          | 4,1 | 4           | 1,4 | 2          | 0,7 | 2           | 0,7 | 123        | 41,7 |
| 25 - 29<br>N=346 | 78    | 22,5 | 72       | 20,8 | 25         | 7,2 | 13          | 3,8 | 10          | 2,9 | 7          | 2,0 | 2           | 0,6 | 139        | 40,2 |
| 30 - 34<br>N=297 | 65    | 21,9 | 45       | 15,2 | 11         | 3,7 | 18          | 6,1 | 11          | 3,7 | 1          | 0,3 | 1           | 0,3 | 145        | 48,8 |
| 35 - 39<br>N=263 | 58    | 22,1 | 42       | 16,0 | 17         | 6,5 | 11          | 4,2 | 12          | 4,6 | 1          | 0,3 | 0           | 0   | 122        | 46,4 |
| 40 - 44<br>N=170 | 48    | 28,2 | 36       | 21,2 | 7          | 4,1 | 8           | 4,7 | 4           | 2,4 | 1          | 0,6 | 0           | 0,0 | 66         | 38,8 |
| 45 & +<br>N=262  | 80    | 30,5 | 79       | 30,2 | 8          | 3,1 | 7           | 2,7 | 24          | 9,2 | 4          | 1,5 | 2           | 0,8 | 58         | 22,1 |

% = E/N    E= effectif par types de MST par tranche d'âge    N= effectif total par types de MST par tranche d'âge

Pour les types de MST les plus couramment rencontrés dans les services de consultation et de laboratoire, les malades de la tranche d'âge de 25 à 29 sont presque invariablement les plus représentés. Ainsi cette tranche d'âge semble celle de prédilection des MST à quel quel exceptions près (exemple: gonococcie et trichomonas)  $\chi^2 = 109,15$  P-VALUE= 0,00000000.

TABLEAU XXX.

## Répartition des types de MST selon la localité

| Type<br>MST<br>Cercles | Gono. |      | Syphilis |      | C.Albicans |     | Trichomonase |     | Chlamydiase |      | Mycoplasme |     | Chancre mou |     | Autres MST |      | N   |
|------------------------|-------|------|----------|------|------------|-----|--------------|-----|-------------|------|------------|-----|-------------|-----|------------|------|-----|
|                        | E     | %    | E        | %    | E          | %   | E            | %   | E           | %    | E          | %   | E           | %   | E          | %    |     |
| <b>Bandia.</b>         | 105   | 37,1 | 38       | 13,4 | 8          | 2,8 | 31           | 11  | 1           | 0,4  | 6          | 2,1 | 1           | 0,4 | 93         | 32,9 | 283 |
| <b>Djenne</b>          | 95    | 38   | 41       | 16,4 | 5          | 2   | 15           | 6   | 0           | 0    | 2          | 0,8 | 0           | 0   | 92         | 36,8 | 250 |
| <b>Douentza</b>        | 54    | 14,7 | 105      | 28,6 | 6          | 1,6 | 7            | 1,9 | 41          | 11,2 | 1          | 0,3 | 3           | 0,8 | 150        | 40,9 | 367 |
| <b>Mopti</b>           | 209   | 21,4 | 201      | 20,6 | 86         | 8,8 | 35           | 3,6 | 39          | 4    | 7          | 0,7 | 3           | 0,3 | 396        | 40,6 | 976 |

%=E/N

E= effectif par type de MST et par localité

N= effectif total par type de MST et par localité

Au niveau des cercles de notre enquête, la gonococcie apparaît comme étant le type de MST qui motive plus de consultation dans les services de santé. En effet, selon le tableau XXX, les porteurs de cette affection représentaient 37,1% des cas de MST dans l'ensemble des services de santé de Bandiagara, suivis de ceux atteints de syphilis (13,4%). A Djenné ils représentaient 38% et 16% tandis que dans le cercle de Mopti la gonococcie occupe environ 21,4% des cas de MST et la syphilis 20,6%.

Par contre, la circonscription de Douentza fait exception à cette règle puisque dans ce cercle, les malades de la syphilis prédominent, représentant 28,6% des cas de MST diagnostiqués contre 14,7% pour ceux atteints de gonococcie (la deuxième MST la plus fréquente).

$\chi^2=221,76$  P-value= 0,00000000.

TABLEAU XXXI.

## Répartition des types de MST dépistés par ethnie

| MST<br>ETHNIE | Gono<br>(n1) | Syphilis<br>(n2) | Candida<br>(n3) | Tricho<br>(n4) | Chlam<br>(n5) | Myco.<br>(n6) | C.mou<br>(n7) | Autres<br>(n8) | N          |
|---------------|--------------|------------------|-----------------|----------------|---------------|---------------|---------------|----------------|------------|
| Peulh         | 116(23,6%)   | 118(24,0%)       | 21(4,3%)        | 24(4,9%)       | 22(4,5%)      | 4(0,8%)       | 4(0,8%)       | 182(37,1%)     | 491(27,6%) |
| Dogon         | 115(30,3%)   | 76(20,0%)        | 8(2,1%)         | 22(5,8%)       | 9(2,4%)       | 4(1,1%)       | 0(0%)         | 146(38,4%)     | 380(21,3%) |
| Bozo          | 39(22,5%)    | 46(26,6%)        | 10(5,8%)        | 5(2,9%)        | 4(2,3%)       | 2(1,2%)       | 0(0%)         | 67(38,7%)      | 173(9,7%)  |
| Sonrhai       | 50(22,3%)    | 38(17%)          | 20(8,9%)        | 12(5,4%)       | 18(8%)        | 1(0,4%)       | 1(0,4%)       | 84(37,5%)      | 224(12,6%) |
| Bamana        | 65(29%)      | 29(12,9%)        | 17(7,6%)        | 6(2,7%)        | 7(3,1%)       | 1(0,4%)       | 2(0,9%)       | 97(43,3%)      | 224(12,6%) |
| Sarakolé      | 16(23,2%)    | 7(10,1%)         | 3(4,3%)         | 8(11,6%)       | 1(1,4%)       | 2(2,9%)       | 0(0%)         | 32(46,4%)      | 69(3,9%)   |
| Tamach        | 4(26,7%)     | 5(33,3%)         | 0(0%)           | 0(0%)          | 0(0%)         | 0(0%)         | 0(0%)         | 6(40%)         | 15(0,8%)   |
| Bella         | 3(9,7%)      | 9(29%)           | 2(6,5%)         | 4(12,9%)       | 2(6,5%)       | 0(0%)         | 0(0%)         | 11(35,5%)      | 31(1,7%)   |
| Autres        | 41(23,4%)    | 30(17,1%)        | 22(12,6%)       | 4(2,3%)        | 7(4%)         | 2(1,1%)       | 0(0%)         | 69(39,4%)      | 175(9,8%)  |

*N* = effectif total par ethnie    *n1* = effective gono.    *n2* = effectif syphilis    *n3* = effectif candida    *n4* = effectif trichomonas    *n5* = effectif chlamydia

*n6* = effectif myco.    *n7* = effectif c.mou    *n8* = effectif autre

%1= $n1/N$     %2= $n2/N$ ...

Selon les différentes ethnies, il y a des différences significatives dans la fréquence des motifs de consultation lié aux types de MST. Ainsi chez les ethnies Dogon, Sonraï, Bamanan et sarakolé, la gonococcie représente le motif le plus fréquent de consultation parmi les MST diagnostiquées dans la zone.

Par contre, pour les ethnies Peulh, Bozo, Tamacheq et Bella, la syphilis vient au premier rang des MST diagnostiquées.

Ces constats sont renforcés par les comparaisons des taux de prévalence des différentes MST par ethnie au Tableau XXXI qui donnent une différence statistique significative ( $X^2=111,14$  P-value=0,0000000).

**Tableau XXXII. Répartition des types de MST dépistés selon l'occupation des individus enquêtés.**

| MST<br>Occupation | Gonococcie | Syphilis    | Candidose | Trichomonas | Chlamydiase | Mycoplasme | Chancre  | Autres      | N           |
|-------------------|------------|-------------|-----------|-------------|-------------|------------|----------|-------------|-------------|
| Eleveur           | 16 (30,8%) | 17 (32,7%)  | 0 (0%)    | 1 (1,9%)    | 5 (9,6%)    | 2 (3,8%)   | 1(1,9%)  | 10(19,%)    | 52 (3,4%)   |
| Pêcheur           | 16 (38,1%) | 11 (26,2%)  | 1 (2,4%)  | 0 (0%)      | 0 (0%)      | 1 (2,4%)   | 0 (0%)   | 13(31,0%)   | 42 (2,7%)   |
| Agriculteur       | 127(48,3)  | 56 (21,3%)  | 0 (0%)    | 4 (1,5%)    | 6 (2,3%)    | 2 (0,8%)   | 1 (0,4%) | 67(25,5%)   | 263(17,1%)  |
| Commerçant        | 31(47%)    | 19 (28,8%)  | 2 (3%)    | 1 (1,5%)    | 1 (1,5%)    | 1 (1,5%)   | 0 (0%)   | 11(16,7%)   | 66(4,3%)    |
| Elève/étudiant    | 33 (35,5%) | 6 (6,5%)    | 5 (5,4%)  | 3 (3,2%)    | 3 (3,2%)    | 0 (0%)     | 0 (0%)   | 43 (46,2%)  | 93 (6,1%)   |
| Chauffeur         | 9 (60%)    | 1 (6,7%)    | 0 (0%)    | 0 (0%)      | 0 (0%)      | 0 (0%)     | 0 (0%)   | 5 (33,3%)   | 15 (1%)     |
| Ménagère          | 88 (11,4%) | 133 (17,2%) | 66 (8,5%) | 67 (8,7%)   | 22 (2,8%)   | 9 (1,2%)   | 3 (0,4%) | 386 (49,9%) | 774 (50,4%) |
| Sans emploi       | 20 (31,3%) | 13 (20,3%)  | 6 (9,4%)  | 1 (1,6%)    | 0 (0%)      | 1 (1,6%)   | 0 (0%)   | 23(35,9%)   | 64 (4,2%)   |
| Salarié           | 33 (47,1%) | 11(15,7%)   | 5 (7,2%)  | 2 (2,9%)    | 2 (2,9%)    | 0 (0%)     | 0 (0%)   | 17(24,3%)   | 70 (4,6%)   |
| Autres            | 40 (40,8%) | 19 (19,4%)  | 0 (0%)    | 0 (0%)      | 6 (6,1%)    | 0 (0%)     | 2 (2%)   | 31(31,6%)   | 98 (6,4%)   |

*N= effectif total. Même méthode de calcul que la répartition par ethnie.*

Là encore il ne semble pas y avoir de conformité entre les différents groupes socio-professionnels. Le tableau XXXII montre de façon assez nette et avec des différences statistiquement significatives que:

- chez les pêcheurs, agriculteurs, commerçants, élèves/étudiants, les chauffeurs, les salariés et les "sans emploi" la gonococcie représente de toutes les MST le premier motif de consultation.
- Cependant, la syphilis apparaît comme étant ce premier motif chez les éleveurs et les ménagères.

## 2.2 L'Analyse des pratiques thérapeutiques adoptées dans les services de consultations de la zone

Tableau XXXIII. Analyse de la qualité de la Prescriptions.

| Qualité Prescription | Prescription | Prescription Adapté |             | Prescription Inadapté |             |
|----------------------|--------------|---------------------|-------------|-----------------------|-------------|
|                      | N1           | N2                  | %           | N3                    | %           |
| Ampicilline          | 123          | 68                  | 55,3        | 55                    | 44,7        |
| Pénicilline          | 31           | 19                  | 61,3        | 12                    | 38,7        |
| Benza.Peni           | 292          | 260                 | 89          | 32                    | 11          |
| Tétracycline         | 36           | 10                  | 27,8        | 26                    | 72,2        |
| Cotri.               | 182          | 128                 | 70,3        | 54                    | 29,7        |
| Doxicycline          | 106          | 48                  | 45,3        | 58                    | 54,7        |
| Erythro.             | 17           | 10                  | 58,8        | 7                     | 41,2        |
| Biclino.             | 1            | 0                   | 0           | 1                     | 100         |
| Throbicine           | 27           | 4                   | 14,8        | 23                    | 85,2        |
| Kanamicine           | 2            | 0                   | 0           | 2                     | 100         |
| Prototapen           | 1            | 0                   | 0           | 1                     | 100         |
| Minocycline          | 2            | 2                   | 100         | 0                     | 0           |
| Nystatine            | 152          | 52                  | 34,2        | 100                   | 65,8        |
| Méto.                | 55           | 32                  | 58,2        | 23                    | 41,8        |
| Amoxi.               | 115          | 67                  | 58,3        | 48                    | 41,7        |
| Autres               | 60           | 23                  | 38,3        | 37                    | 61,7        |
| <b>Total</b>         | <b>1202</b>  | <b>723</b>          | <b>60,1</b> | <b>479</b>            | <b>39,9</b> |

*N1=effectif produit prescrit N2=effectif prescription adapté  
N3=effectif prescription inadapté %prescription adapté= N2/N1, %prescription inadapté= N3/N1*

Ce tableau donne la liste des produits utilisés par les prescripteurs contre les MST dans la zone de notre enquête. On constate qu'il y a une très large gamme de produits utilisés (plus de 16 produits) parmi lesquels la Benzatine pénicilline est de loin la plus utilisée

24,3%(292/1202) des prescriptions, suivie du Cotrimoxazole 15,1%(182/1202), de la Nystatine 12,6%(152/1202), de l'Ampicilline 10,2%(123/1202), de l'Amoxicilline 9,6%(115/1202), tandis que le Métronidazole n'est prescrit que dans 4% des cas malgré la fréquence des parasitoses. L'appréciation de l'utilisation faite de ces produits comparativement au schéma de prise en charge préconisé par l'OMS révèle que près de 40% des prescriptions étaient inadaptées(479/1202). D'une manière générale pendant que la Benzatine Pénicilline, le Cotrimoxazole, font l'objet d'une prescription relativement adaptée aux cas de MST respectivement dans 89% et 70,3% des cas, des médicaments couramment indiqués contre ces affections tels que l'Ampicilline, la Tétracycline, la Doxycycline, l'Erythromycine, la Throbinine, la Biclinocine, le Prototapen, la Nystatine et le Métronidazole font l'objet de prescriptions inadaptées, prescrits de façon inopportune (exemple: gonococcie traitée à la nystatine et ou au métronidazole) ou prescrits abusivement en association avec d'autre médicament

Pour la prise en charge des types de MST courantes on retient que:

Pour la gonococcie sur 493 prescriptions 122 étaient des produits autres que des antibiotiques soit plus du quart des prescriptions,

Pour la chlamydiae aucune prescription n'était notifiée ou bien des notification qui manque, pour 81 cas de chlamydioses aucune notification.

Pour la syphilis les médicaments prescrits en dehors des antibiotiques ne représentent que 3,1%.

Pour les MST parasitaires ( candida albicans, trichomonas), la nystatine n'est prescrit que dans 58,1% des cas tandis que le métronidazole n'est prescrit que dans 37,1% des trichomonas.

### 3. RESULTAT DE L'ENQUETE CAP AUPRES DES PRESCRIPTEURS

#### 3.1 Description de l'échantillon enquêté

Tableau XXXIV. Répartition des agents de santé selon leurs grades et leurs établissements.

| Agents<br>Nature<br>Etabli. | A.S       | MATR     | IPC       | IDE       | SF        | T.SUP    | MEDE      | TOTAL      |
|-----------------------------|-----------|----------|-----------|-----------|-----------|----------|-----------|------------|
| CSC                         | 3         | 1        | 2         | 8         | 2         | 2        | 10        | 28         |
| CSA                         | 4         | 2        | 4         | 16        | /         | 1        | /         | 27         |
| Hôpital                     | /         | /        | 4         | 2         | /         | 1        | 5         | 12         |
| CSCOM                       | 1         | 3        | 3         | 2         | /         | /        | 1         | 10         |
| Matern.                     | 0         | 3        | 1         | 1         | 4         | /        | /         | 9          |
| PMI                         | 1         | /        | 3         | 1         | 3         | /        | /         | 8          |
| Disp.vill                   | 2         | /        | /         | /         | /         | /        | /         | 2          |
| Autres                      | /         | /        | /         | 4         | 1         | 1        | 4         | 10         |
| <b>Total</b>                | <b>11</b> | <b>9</b> | <b>17</b> | <b>34</b> | <b>10</b> | <b>5</b> | <b>20</b> | <b>106</b> |

*Autres*=centre de santé de l'armée de l'air, centre de santé de l'armée de terre, centre de santé du lycée.

Au niveau des établissements il a été interviewé 106 personnels soignants 28 agents au niveau des CSC, 27 dans les CSA, 12 au niveau de l'hôpital, 10 dans les CSCOM, 9 dans les Maternités, 8 dans la PMI, 2 dans le dispensaire villageois, 10 Autres établissements regroupant ceux non listés sur le questionnaire ( centre de santé de l'armée de l'air, centre de santé de l'armée de terre, centre de santé du lycée). La répartition en fonction de la grade a donné 11 aides soignants, 9 matrones, 17 infirmiers 1er cycles, 34 infirmiers d'états, 10 sages femmes, 5 techniciens supérieurs, 20 médecins.

#### 3.2 Connaissance des manifestations cliniques des différentes MST selon le grade des agents enquêtés

62,5% du personnel soignant reconnaissent les pertes verdâtres , purulentes comme signe dominant de la gonococcie.

52% du personnel soignant pensent à une syphilis devant les signes de cette MST.

50% du personnel de santé interrogé reconnaissent une candidose selon ses signes dominants .

37% seulement du personnel soignant reconnaissent les pertes jaunâtres mousseuses et aérées comme signe dominant de la trichomonas vaginalis .

13% seulement font une liaison entre l'affection à chlamydia et sa symptomatologie dominante.

28% seulement du personnel soignant pense à un chancre mou devant les signes dominants de cette MST.

#### **Selon les grades des agents:**

##### **- Médecins**

65% reconnaissent les pertes verdâtres , purulentes comme signe dominant de la gonococcie,

52,6% pensent la syphilis devant les signes de cette MST,

78,9% reconnaissent une candidose selon ses signes dominants .

52,6% seulement reconnaissent les pertes jaunâtres mousseuses et aérées comme signe dominant de la trichomonas vaginalis .

30% seulement font une liaison entre l'affection à chlamydia et sa symptomatologie dominante.

26,3% pense à un chancre mou devant les signes dominants de cette MST.

##### **- Technicien supérieur**

80% reconnaissent les pertes verdâtres , purulentes comme signe dominant de la gonococcie,

40% pensent la syphilis devant les signes de cette MST,

60% reconnaissent une candidose selon ses signes dominants .

40% seulement reconnaissent les pertes jaunâtres mousseuses et aérées comme signe dominant de la trichomonas vaginalis .

20% seulement font une liaison entre l'affection à chlamydia et sa symptomatologie dominante.

0% pense à un chancre mou devant les signes dominants de cette MST.

##### **- Sage femme:**

70% reconnaissent les pertes verdâtres , purulentes comme signe dominant de la gonococcie,

50% pensent la syphilis devant les signes de cette MST,

80% reconnaissent une candidose selon ses signes dominants .

70% seulement reconnaissent les pertes jaunâtres mousseuses et aérées comme signe dominant de la trichomonas vaginalis .

12,5% seulement font une liaison entre l'affection à chlamydia et sa symptomatologie dominante.

50% pense à un chancre mou devant les signes dominants de cette MST.

##### **- Infirmier d'état**

57,6% reconnaissent les pertes verdâtres , purulentes comme signe dominant de la gonococcie,

56,3% pensent la syphilis devant les signes de cette MST,

31,3% reconnaissent une candidose selon ses signes dominants .

21,9% seulement reconnaissent les pertes jaunâtres mousseuses et aérées comme signe dominant de la trichomonas vaginalis .

12,5% seulement font une liaison entre l'affection à chlamydia et sa symptomatologie dominante.

39,4% pense à un chancre mou devant les signes dominants de cette MST.

##### **- Infirmier 1er cycle**

56,3% reconnaissent les pertes verdâtres , purulentes comme signe dominant de la gonococcie,

73,3% pensent la syphilis devant les signes de cette MST,

60% reconnaissent une candidose selon ses signes dominants .  
46,7% seulement reconnaissent les pertes jaunâtres mousseuses et aérées comme signe dominant de la trichomonas vaginalis .  
6,7% seulement font une liaison entre l'affection à chlamydia et sa symptomatologie dominante.  
13,3% pensent à un chancre mou devant les signes dominants de cette MST.

#### **-Matrone**

44,4% reconnaissent les pertes verdâtres , purulentes comme signe dominant de la gonococcie,  
25% pensent la syphilis devant les signes de cette MST,  
55,6% reconnaissent une candidose selon ses signes dominants .  
22,2% seulement reconnaissent les pertes jaunâtres mousseuses et aérées comme signe dominant de la trichomonas vaginalis .  
25% pensent à un chancre mou devant les signes dominants de cette MST.

#### **-Aide soignant**

81,8% reconnaissent les pertes verdâtres , purulentes comme signe dominant de la gonococcie,  
36,4% pensent la syphilis devant les signes de cette MST,  
20% seulement reconnaissent les pertes jaunâtres mousseuses et aérées comme signe dominant de la trichomonas vaginalis .  
20% pensent à un chancre mou devant les signes dominants de cette MST.

### **3.3 Perception des agents de santé sur la fréquence des MST comme problème de santé publique dans leurs localités.**

84,8% des agents interrogés affirment que les MST sont fréquentes dans la région (89/105) et leur perception était que ces affections constituent un véritable problème de Santé Publique dans la région de Mopti. Cependant l'unanimité ne semble pas établie sur une classification par ordre de fréquence des MST. En effet, la gonococcie serait la plus fréquente pour 73,1% des agents, la syphilis 9,6% ; tandis que les Trichomonas vaginalis et les candidoses seraient les plus fréquentes pour respectivement 6,7 et 5,8% des agents enquêtés.

### **3.4 Les démarches adoptées par les agents pour le dépistage des MST selon la disponibilité de service de laboratoire**

Au cours de notre enquête CAP, une grande majorité du personnel soignant a affirmé avoir recours à l'examen clinique et aux examens de laboratoire quand il y a disponibilité de services de laboratoire dans leur centre (près de 54% de l'ensemble de l'échantillon, 30,8% des médecins, 23,1% des IDE, 15,4% des IPC, 11,5% des SF). Ainsi, selon le type d'établissement que nous avons visité:

- 100% des agents au niveau du dispensaire villageois ; CSA , CSCOM (où il n'existe aucun laboratoire), ne pratiquaient que la clinique pour le dépistage des MST ;
- Au niveau des maternités et des PMI, respectivement 100% et 75% des agents interrogés pratiquaient la clinique et le laboratoire à la fois ;
- Au niveau des CSC, les deux investigations seraient pratiquées par 67,9% du personnel soignant ;
- A l'hôpital régional, ce taux est de 91,7%.

Cependant, 46,2% du personnel soignant rencontré se base exclusivement sur des notions cliniques pour la prise en charge des cas de MST et 3,7% pensent que des examens biologiques ne sont pas nécessaires pour cette prise en charge.

### **3.5 Connaissance des médicaments efficaces contre les différents types de MST**

L'inventaire des décisions thérapeutiques proposées par les agents de santé face aux différents types de MST fait ressortir des similitudes avec les résultats du dépouillement des registres de consultation notamment concernant certaines prescriptions inadaptées.

Ainsi contre la candidose génitale 58,6% seulement des agents interrogés préconisent la Nystatine tandis que les autres (41,4% d'entre eux) préfèrent prescrire des antibiotiques.

Le traitement de la syphilis semble être le mieux maîtrisé puisque 90,2% des prescripteurs affirmaient leur préférence pour la benzathine pénicilline contre cette affection.

L'ampicilline est le médicament préconisé contre la quasi totalité des MST et reste avec la benzanthine pénicilline, le produit le plus utilisé en matière du traitement des MST dans la région .

La méconnaissance des chlamydiases détectées à l'exploitation des registres par les prestataires semble être confirmée à l'enquête CAP des agents à cause du faible taux de réponse données sur le traitement de cette affection. En effet seulement 52 sur les 106 agents interrogés ont pu fournir une réponse à la question de savoir "quel médicament prescrivez vous contre les cas de chlamydiase". Parmi le nombre de répondants, 18 ignoraient toute médication efficace contre les chlamydiases. Ce qui signifie qu'environ 17% ( 34/106) seulement du personnel soignant enquêté étaient capable de citer un médicament efficace contre cette MST.

Par ailleurs, des pourcentages non négligeables de prescripteurs ignorant toute médication efficace contre les autres types de MST sont également révélés par l'enquête CAP. Ce taux est de 14,4% pour la gonococcie, 11,2% pour la syphilis 34% les candidas albicans et 26% pour le trichomonas).

### **3.6 Les conseils IEC (EPS) prodigués par le personnel aux malades lors de la prise en charge des MST**

Selon les résultats de l'enquête CAP, les conseils IEC donnés par les agents de santé aux patients atteints de MST sont nettement insuffisants. Ils se résument le plus souvent à la proposition classique d'un traitement simultané des partenaires du malade. A titre préventif l'usage des condoms est conseillé dans 69,9% des cas tandis que des mesures inefficaces ou dérisoires telles que les toilettes simples des organes génitaux après les rapports sexuels, les toilettes intimes avec des antiseptiques, une antibiothérapie prophylactique ou la fidélité sont recommandées par 30,1% des prestataires.

Enfin les dangers liés aux MST les plus évoqués par les personnels de santé se limitent:

- à la Stérilité temporaire ou définitive (25,7% des réponses),
- au risque de chronicité (19,8%)
- Un risque plus grand de contracter le SIDA dans seulement 14,9% des réponses,
- Risque de mort né 5,9% des réponses.

IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

## A. ASPECTS EPIDÉMIOLOGIQUES

- Sur la base du taux de prévalence que notre étude a permis d'estimer à 54,6% de l'échantillon aléatoire prospecté au niveau communautaire, nous pouvons affirmer que ces maladies constituent un problème majeur de santé publique dans la Région de Mopti. Mieux il convient de rappeler ici le postulat de départ de la présente étude selon lequel nous admettons que l'approche syndromique adoptée aboutirait à une sous estimation de la prévalence réelle des MST. En effet, il est notoire au plan clinique que bien d'individus porteurs de MST (surtout de sexe féminin), restent longtemps sans éprouver les manifestations symptomatiques, et par conséquent méconnaissent leur mal.

Par ailleurs, plusieurs facteurs pourraient concourir à expliquer le grand écart entre la prévalence estimée selon l'approche syndromique et la prévalence parmi les motifs de consultation (6,9% des analyses de laboratoires, 2,3% de l'ensemble des consultants. Au nombre de ces facteurs on peut citer:

\* le taux de 6,9% que représentent les MST parmi les examens effectués dans les laboratoires de la zone bien que relativement important, ne reflète pas la prévalence réelle des MST chez les individus consultés ; tous les consultants enregistrés n'ayant pas fait l'objet d'un dépistage systématique.

\* Comme nous l'avons constaté à l'enquête CAP au niveau communautaire, la grande majorité des individus ayant souffert de MST (plus de 52%) ont préféré avoir recours à d'autres sources de traitement que les agents de santé. Mieux, il est vraisemblable que la plupart de ceux qui sont vus par des agents le sont en dehors des structures sanitaires (à l'occasion de la stratégie avancée, ou à domicile dans un cadre plus confidentiel). Ce qui expliquerait un sous enregistrement des cas de MST dans la région par la filière du système d'information sanitaire officiel.

\* La fréquentation globale des services de consultation qui conditionne la prévalence chez les consultants était très faible en 1996 (82203 consultants/441402 habitants. Soit 0,18 Nouveaux Cas /Habitant/an. C'est à dire que 18% seulement de l'ensemble de la population des 4 cercles concernés par notre étude avaient été consultés).

- Il y a peu d'études réalisées à ce jour en Afrique sur la prévalences des MST au niveau communautaire selon l'approche syndromique. Cependant, nos résultats sont similaires à ceux de l'étude réalisée au Sénégal par Zerbo. P.J. à partir de "la surveillance épidémiologique des MST sur la base du diagnostic syndromique". Au terme de cette étude, l'auteur trouvait un taux de prévalence de 58,44%[93]. BLE Désiré Benjamin dans sa thèse sur l'association entre les MST et le niveau d'immuno suppression chez les consultants du Dispensaire Anti-Vénérien (DAV) de l'Institut d'Hygiène Publique de Treichville (Abidjan Côte d'Ivoire), faisait également le même constat en découvrant une prévalence de 65% des cas de MST parmi ces patients [25].

- **L'analyse des caractéristiques épidémiologiques des MST selon les paramètres sexe, âge, localité, statut matrimonial, ethnie, niveau d'alphabétisation** révèle que:

1°) Les sujets de sexe féminin sont relativement plus atteints que ceux de sexe masculin (58,5% contre 51,1%) et ceci en dépit des cas infra cliniques relativement fréquents que notre enquête n'a probablement pas décelés chez les femmes pour les raisons évoquées plus haut. La prédominance des MST chez les femmes est en fait une notion qui ressort de la plupart des études épidémiologiques effectuées sur le sujet. Ce phénomène s'explique généralement par deux facteurs essentiels:

- les parasitoses génitales constituent les MST les plus fréquentes ainsi que l'ont démontré plusieurs études précédentes dont: celles de Diallo Ramata[28] et de Sékou Traoré[89]. En effet le premier de ces auteurs, a trouvé parmi 4710 prélèvements vaginaux examinés à l'INRSP de Bamako en 1993, des prévalences très élevées de candida albicans, de gardenerella vaginalis et de trichomonas vaginalis (respectivement 58,8% - 22,95% - 18,89%). Tandis que le second au terme de sa "contribution à l'études des MST dans le District de Bamako" trouva que les candidoses et les trichomonases représentaient plus 85% des cas de MST diagnostiqués.
- Les parasitoses génitales, sans être l'apanage de l'un des deux sexe, sont cependant reconnues prédominantes chez les femmes pour des raisons anatomocliniques évidentes. Aussi, les prévalences de trichomonases et de candidoses significativement plus élevées chez les femmes que chez les hommes révélées par nos différentes investigations ne constituent pas une surprise en soi.

2°) Nous avons enregistré une forte prévalence des MST dès la première tranche d'âge de nos échantillons (53,6% d'après l'enquête prospective au niveau communautaire et 10,7% d'après la compilation des résultats des consultations curatives et de laboratoire). Ceci dénote que la vie sexuelle active débute beaucoup plus tôt dans la région de Mopti que l'âge minimum de notre étude qui se situait à 15 ans. L'Enquête Démographique et de Santé effectuée au Mali en 1995-1996 abonde en tout cas dans le même sens, puisque les résultats de cette enquête révèlent que 49% des adolescentes de 15 à 19 ans dans la région de Mopti ont déjà au moins un enfant ![36]. Il serait donc important qu'une prochaine étude se penche sur le problème des MST chez les moins de quinze ans qui n'a pas été abordé par la notre.

Nous avons également trouvé que la prévalence des MST augmentait progressivement avec l'âge et que la tranche d'âge la plus affectée était celle de 25-29 ans. La prédilection des MST dans cette tranche d'âge a été constatée par différents auteurs. Notamment : Mahamadou Idrissa[53] , Diallo.R [28] et Blé Désiré Benjamin [25].

L'explication de ce phénomène tient à deux facteurs: Il s'agit probablement de la tranche d'âge la plus active sexuellement mais aussi la plus mobile de la population.

**3°) Selon nos résultats, si le mode de vie semble déterminant sur la fréquence des MST, l'appartenance ethnique des individus n'influera pas sur leur chance de contracter une MST**

La comparaison des prévalences des MST chez les différentes ethnies de notre échantillon global a certes révélé que les dogons et les sonraï avaient des taux significativement plus élevés que les autres ethnies. Cependant l'hypothèse d'une prédisposition génétique de ces deux n'a pas résisté à l'analyse de nos résultats en tenant compte des modes de vie et de certains facteurs démographiques propres à chaque ethnie dans les différentes localités visitées. Ainsi, les comparaisons entre les ethnies vivant à l'intérieur de chaque cercle n'a décelé aucune différence significative.

En revanche, les localités les plus affectées sont les cercles de Bandiagara et de Douentza où résident essentiellement les dogons et les peulhs, et dans lesquelles toutes les franges de la population active pratiquent annuellement l'exode rural, qui a tendance à s'instaurer dans les moeurs locales.

Il semble donc que les différences sus-évoquées entre les dogons, les peulhs et les autres ethnies quant à la fréquence globale des MST soient le fait de mode de vie. Il en est de même pour les différences significatives entre les prévalences des types de MST chez les ethnies. Nous avons trouvé que de toutes les MST, la gonococcie représente le motif le plus fréquent de consultation chez les sédentaires Dogons, Sonraï, Bamanan, et Sarakolé, tandis que la syphilis occupe le premier rang chez les nomades et semi-nomades Peulhs, Bozos, Tamacheq et Bellas.

## **B. ASPECTS CLINIQUES ET BIOLOGIQUES DES MST**

- Les deux types d'enquête adoptés au cours de la présente étude ont donné des résultats convergents en ce qui concerne les aspects cliniques et biologiques des MST dans la Région de Mopti. A l'enquête rétrospective, les principaux types de MST diagnostiqués et notifiés dans les registres de consultation en 1996 étaient la gonococcie, la syphilis, les candidoses, les trichomonases et les chlamydias. A l'enquête prospective au niveau communautaire, ces mêmes affections étaient également les plus fréquemment rencontrées à travers la description par les sujets interrogés de leurs symptômes cliniques dominants comme:

- des écoulements génitaux verdâtres et douleurs à la miction (signes évocateurs de gonococcie) ;
- des ulcérations des organes génitaux indolores accompagnées de ganglions (signes de syphilis) ;
- des écoulements génitaux mousseux et jaunâtres (signes évocateurs de trichomonase vaginalis) ;
- des écoulements génitaux crémeux blanchâtres (signes de candidose);
- des écoulements génitaux grisâtres et douleurs à la miction (qui évoquent une chlamydiase).

Cette convergence des résultats des deux enquêtes confirme les conclusions de

certaines travaux de recherches tels que celui du Dr Stephen Moses de l'Université du Manitoba au Kenya[37], et celui de Zerbo P.J. au Sénégal [93]. De tous ces travaux et du notre, il ressort que, même si l'approche syndromique ne suffit pas à poser le diagnostic précis d'une MST, elle suffirait (si elle est bien maîtrisée) à bien orienter sa prise en charge; c'est pourquoi au niveau opérationnel, des programmes de dépistage et de traitement précoce des MST initiés à grandes échelles dans le cadre de la lutte contre le SIDA reposent de plus en plus sur cette approche syndromique.

### **c. PRISE EN CHARGE DES MST**

La prise en charge des MST dans la région de Mopti selon les constats faits au cours du présent travail est amoindrie par un certain nombre de facteurs aux nombres des quels il faut noter :

- Le faible taux de fréquentation des services de santé (18% de la population en 1996)
- Le bas niveau de connaissance des communautés sur les MST qui fait que la plupart des individus présentant des signes dominants de MST ne consultent pas d'agent de santé ou même ne fait recours à une médication.
- L'adoption par les prescripteurs de conduites thérapeutiques non appropriées, manifestement à cause d'une insuffisance de formation.
- L'insuffisance ou le manque d'équipement au niveau de certaines formations.

V. CONCLUSIONS ET  
RECOMMANDATIONS

# 1. CONCLUSION

Au terme de l'étude nous pouvons conclure que les MST constituent un problème de santé publique.

L'enquête transversale menée selon l'approche syndromique montre que 54,6% de la population enquêtée avaient souffert d'au moins un signe dominant de MST dans les 12 derniers mois ayant précédé l'enquête, tandis que 6,9% de l'ensemble des examens effectués dans les services de laboratoires étaient des cas de MST.

Ces affections se rencontrent dès l'âge de 15 ans.

Les femmes semblaient relativement plus affectées que les hommes avec des taux de suspicion respectifs de 58,48% et 51,14%.

La tranche d'âge la plus affectée par ces maladies est celle comprise entre 25-29 ans.

Plutôt qu'un facteur génétique, le mode de vie reste dominant pour la transmission des MST. Au niveau de la région les localités fortement marquées par l'exode rural des bras valides vers les pays étrangers et les grandes villes sont les plus touchées.

Tant au plan clinique que biologique les MST les plus fréquentes de la région sont: la gonococcie, la syphilis, les candidoses génitales, les affections à trichomonas vaginalis, les affections à chlamydia.

Parmi ces affections les signes dominants de syphilis et de gonococcie sont plus fréquemment rencontrés chez les hommes que les femmes, par contre les signes dominants de MST parasitaire sont beaucoup plus fréquents chez les femmes que les hommes.

Au niveau de la prise en charge il se pose trois problèmes majeurs au niveau de la région:

- Un déficit important d'information des populations sur les MST se traduisant par le fait que la grande majorité de ceux qui souffrent de ces affections se font traiter à d'autres sources que des centres de santé ;
- l'absence d'un schéma directeur de traitement (organigramme au niveau des prescripteurs);
- le sous équipement des structures de santé .

## 2. RECOMMANDATIONS

Au delà donc de son importance académique, cette étude épidémiologique-clinique des maladies sexuellement transmissibles au Mali et particulièrement dans la région de Mopti, s'inscrit avant tout dans les perspectives de l'organisation d'actions d'envergure contre les MST dans la région de Mopti. En permettant de disposer de données de bases pour les nombreux intervenants (Structures officielles, OI et ONG) engagés dans la lutte contre ces fléaux dans notre pays, ses résultats constitueront un tremplin précieux au suivi et à l'évaluation des différents projets et programmes MST/SIDA en cours.

Les informations recueillies au cours de notre étude permettent d'avoir de bonnes données de base sur la prévalence des MST dans la région de Mopti, ainsi que les connaissances, les attitudes et les pratiques de la population étudiée et les agents de santé face à ces affections. Il convient de mobiliser les décideurs et les partenaires de la santé pour faire de la prévention des MST une priorité à cause de la forte prévalence du VIH (4,7% selon l'enquête épidémiologique de 1993), que ces affections pourraient contribuer à aggraver. Dans la perspective d'un programme régional de lutte, les actions suivantes sont particulièrement recommandées :

- Le Renforcement des activités d'IEC au niveau communautaire en mettant l'accent particulièrement sur la prévention et le traitement précoce des MST;
- La Formation initiale et continue des agents de santé sur les MST en vue d'un traitement précoce ;
- La Dotation de toutes les structures de soins fonctionnel du minimum de matériels de dépistage des MST;
- L'Elaboration et la mise à la disposition des prescripteurs d'un ordigramme simple relatif au MST
- Approvisionnement adéquat des dépôts de pharmacie en produit anti MST.

VI. BIBLIOGRAPHIE

**1.ABONG BT;FONKOUA MC;GUIBOURDENCHE H; RIOU JY;NDAYO W;GARRIGUE G.**

Analyse de 190 souches de *naesséria gonorrhoeae* isolées à Yaoundé de 1984 à 1987: auxotypes;contenus plasmidiques ; sensibilité aux antibiotiques.  
périodique bulletin de la soc. de path. exot.  
VOL.84 . no 2 . pp 136-144 . 1991

**2.ALARY M ET REMIS R.S.**

Epidémiologie des MST au Québec.  
Collection Omnipraticien. Les presses de l'université de Montréal. 1994.

**3. ALENNJI G.A.**

Genital tract infections in infertile Nigerian men compared to controls.  
Reproductive biomedicine research unit .  
10 ème conférence internationale sur le sida et les MST en Afrique . Abidjan 1997  
p 247.

**4.AUBERT F; GUITTARD P.**

Des infections sexuellement transmissibles .  
L'Essentiel Médical de poche. Universités Francophone. Edition Marketing/ Ellipses , 1990 .  
p 119-124.

**5.AYNAUD O;BIJAOI G;HYNH B.**

Infections bactériennes génitales associées aux papillomavirus: intérêt du dépistage et base du traitement.  
périodique: contraception ; fertilité ; sexualité.  
VOL.21. no 2 . pp149-152 . 1993.

**6.BARBEYRAC de B. ET BEBEAR CH.**

Chlamydia.  
Médecine et maladies infectieuses. Tome 27. no 2 . 1997.

**7.BATTANDIER J.A ; BROCA E.**

Tests/Traitements /Epidémiologie.  
Médecine et sciences internationales. Paris 1980.

**8.BECKER C.**

Une étude anthropologique sur la perception et les facteurs de risque des "maladies sexuelles " et du SIDA en milieu rural sénégalais.  
collection sciences sociales et SIDA. Avril 1997 P 23.

**9.BELIVEAU C.**

Les infections à virus herpès simplex hominis.

Collection Omnipraticien. Les presses de l'université de Montréal.1994.

**10.BELCO K.**

Prise en charge du SIDA et des autres MST dans les villes de Bamako (commune 5) et de koutiala,MALI.

Rapport INRSP, Université de Montréal. Bamako août 1995.

**11.BERNATCHEZ H ET TURGEON P.L.**

Les gonococcies.

Collection omnipraticien. les presses de l'université de Montréal. 1994.

**12.BEZIAN MC;PELLETIER JR;LABROUSSE P;DIALLO B;BEZIAN JH.**

Enquête séro-épidémiologique sur les MST à chlamydia trachomatis à Casablanca (Maroc).

Bulletin de la soc. de path. exot. vol.85 no 2 . pp 125-129 . 1992.

**13.BLANKHAOT M.D.**

Symtoms and complaints of reproductive tract infections and the health behaviour of yound pregnant women in Bangui , Central African Republic .

GTZ , Conacry , Guinée.

10 ème conférence internationale sur le SIDA et les MST en Afrique . Abidjan 1997 . p 246.

**14.BOHBOT J.M. ET CATALAN F.**

Infection à trichomonas vaginalis.

ABREGES Maladie Sexuellement Transmissibles 2 ème Edition janvier 1991.

**15.BOUGAULT A.M ET RENE P.**

Les chlamydiases.

Maladies sexuellement transmissibles.

Collection Omnipraticien. les presses de l' université de Montréal. 1994.

**16. BOUKIDIR F; RICH H ; IBRAHIMY S ; SEKKAT S ; RADOUANI F ; BENJELLOUN S ; HDA N ; BENSLIMANE A .**

Centre sentinelle pour les MST ( expérience de l'institut pasteur du Maroc ) .

Institut pasteur du Maroc, Cassablanca , Maroc .

10 ème conférence internationale sur le SIDA et les MST en Afrique . Abidjan 1997. P255 .

**17.BORGEOIS A HENZEL D.;DIBANGA G.;NDONGMINKO N.;M.PEETERS;COULAUD J.P.;FRANSENE L.;DELAPORTE E.**

Evaluation d'algorithmes de dépistage des MST chez la femme enceinte à Libreville, Gabon.

Cours international MST\SIDA PARIS 1996.

**18.CASIN J.**

Actualité traitement des gonococcies.

Revue Européenne de Dermatologie et de MST. no6 . p291-292 . 1991.

**19.COULAD J.P. ; LARIVEN S.**

SIDA et adolescents : épidémiologie et prévention.

Cours international promotion Paris 1996.

**20.CRONBERG S ; BEYTOUT J ; REY M.**

Maladies infectieuses.

ABREGERS MASSON. 1988. P:327.

**21. DE HULSTERS B; NOYA A; BARRETO A.**

Costs for treatment of vaginal discharge in Mozambique , and economic capacities of patients.

10 ème conférence internatinale sur le SIDA et les MST en Afrique . Abidjan 1997. P240.

**22.DE LOENZIEN M ; CHARBIT Y ; AKOTO E.**

Etude comparative des connaissances, opinions et attitudes en milieu rural de trois pays d'Afrique.

Collection science sociales et SIDA. Avril 1997. p.77.

**23.DENGA-DE E ; NDOYE I .**

Prise en charge syndrômique des MST au niveau des soins de santé primaires .

AIDSCAP-APSPC/PNLS-MSAS Sénégal .

10 ème conférence internationale sur le SIDA et les MST en Afrique . Abidjan 1997 . P246.

**24.DE SCHAMPH ELEINE I;VAN DE VEIDENL;VAN DYCKE;GUINDO S;QUINT W;FRANSEN L.**

MST de la population féminine à Pikine Sénégal.

Soc. Belge Méd. Trop. no.70 p 227-235. 1990.

**25.DESIRE B.B.**

Association entre les maladies sexuellement transmissibles et le niveau d'immunosuppression(baisse des CD4 et baisse du ratio CD4/CD8)chez les consultants du dispensaire anti-vénérien(DAV)de l'institut national d'hygiène publique(INHP)de Treichville(Abidjan Côte d'Ivoire).

Thèse pharmacie : 1996-1997 Bamako. 122P

**26.DIABATE F.S ; DIALLO(1) ; FOFANA O ; SANGARE(2) ; TRAORE M.(3) ; DOLO A. (3).**

Prévalence des MST\SIDA chez les prostituées à Bamako.

Médecine d'Afrique noire. tome XXXXIV no 6 juin 1997.

**27. DIAKITE M.**

Syphilis vénérienne à Dakar, sa croissance explosive actuelle ,analyse critique des observations de la clinique dermatologique de 1972-1979.  
Thèse Médecine. Dakar 1980.

**28. DIALLO R.**

Prévalence de neisseria gonorrhoeæ, trichomonas vaginalis, candida albicans et gardnerella vaginalis parmi les étiologies des infections génitales féminines à Bamako.  
Thèse pharmacie . p-1 1993 Bamako.

**29. DIARRA D.B.**

Contribution à l'étude de la séro-prévalence de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine au Mali, à propos de 3500 sérums.  
Thèse Médecine no 19 . 1988.

**30. DIARRA L.**

Epidémiologie des infections à VIH au Mali.  
Bulletin épidémiologique HIV. Mali 1985-1992.

**31. DIENG A ; BAH A.T ; SANO M ; SAVANE A ; HIZAZU Y .**

Séro-prévalence de la tréponématose chez les consultants MST .  
10 ème conférence internationale sur le SIDA et les MST en Afrique . Abidjan 1997. P253.

**32. DJONKONEHI D.**

Contribution à l'étude de la syphilis secondaire de l'adulte ,aspects cliniques et thérapeutique à Abidjan.  
Thèse Médecine 1982-1984.

**33. DJEMADJI-OUJEL N ; BARTOUSSIA MG ; ALEXANDRE Y.P.**

Stratégie de lutte contre les MST au Tchad .  
PNLS , N°Diamena Tchad .  
10 ème conférence internationale sur le SIDA et les MST en Afrique . Abidjan 1997 . P248.

**34. DOGORE E; TROLET C; DOGORE R; REY JL; SORO B.**

Les MST au service de santé scolaire de Man en cote d'Ivoire.  
publications médicales africaines. no.111 pp 31-34. 1994.

**35. DOUKOURE A.**

Contribution à l'étude des vaginites parasitaire(à propos de 200 frottis vaginaux).  
Thèse Médecine 1975.

**36.GRSSKURTH H.; MOSHA F., TODD J.; MWIJARUBI E.; KLOKKE A.; SENKORO K., MAYAUD P.; CHANGALUCHA J.; NICOLL A.; KA-GINA G.; NEWELL J.; MUGEYE K.; MABEY D.; HAYES R.**

Impact d'un meilleur traitement des MST en Tanzanie rurale sur l'infection à VIH.  
SIDALERTE N°49 Décembre 1995 P.6

**37.FINGER W.R.**

Utilisation du traitement des MST fondé sur la sémiologie.  
NETWORK vol 7 . no 2 . p14 . juin 1992.

**38.FOURNIER A. INSTITUT.**

Relation entre MST/SIDA .  
Cours international MST/SIDA. Promotion 1996.

**39. GATEAU T ; ZELLER H.G.**

Approche épidémiologique des maladies sexuellement transmissibles à Antsiranana (Nord de Madagascar ). Entre préventif et curatif le choix d'une stratégie face aux MST  
10 ème conférence internationale sur le SIDA et les MST en Afrique . Abidjan 1997. P252.

**40.GUINDO A.**

Etude de la prévalence des principaux agents pathogènes responsables des MST/SIDA dans une population de femmes en âge de procréer dans le centre de santé de la commune II du district de Bamako.  
thèse pharmacie: 1993 P-3 144P . BAMAKO.

**41.GINOUX-P.C;HAXAIRE C.**

Représentation étiologie du SIDA et prévention chez de jeunes ivoiriens (femmes abidjanaises et rura gouro)de 1990-1994.  
Collection sciences sociales et SIDA. P 33 Avril 1997.

**42 93. ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE MALI 1995-1996.**

Bamako Mali 1996.

**43.JANIER M ; LASSAU F ; SCIEUX C ; GRILLOT P ; BIANCHI A ; ABDENNADERS ; PEROL Y ; MOREL P.**

Fréquence de l'isolement de chlamydia trachomatis dans l'urètre d'hommes avec ou sans écoulement urétral.  
Revue européenne de dermatologie et de MST. vol.3 , no.6 , pp.283-288 , 1991.

**44. KAMURAGIYE A ; BARRY A ; SAVANE A ; TOURE A ; CAMPEAU D ; ALBERT L.**

Etude sur l'implication des pharmaciens dans la prise en charge des MST à Conacry.  
10 ème conférence internationale sur le SIDA et les MST en Afrique . Abidjan 1997. P240.

**45. KAMURAGIYE A ; CAMPEAU D ; TOURE A ; SAVANE A ; ALBERT L.**

Processus d'amélioration des compétences des agents de santé dans la prise en charge des MST en Guinée.

10 ème conférence internationale sur le SIDA et les MST en Afrique . Abidjan 1997 . P244.

**46. KERNBAUM S.**

Eléments de pathologie infectieuse.

4ème édition . SIMEP SA./ SPECIA 1982-1988. P:266-297.

**47. KODJOH N ; HOUNGBE F ; BIGOT A ; AVODE G ; DJROLO F ; ADDRA B ; VATTLOU ; YEDOMON H ; FAGBIT D.E ; ZOHOUN I ; HOUNTONDJE A ; MONTEIRO B ; ZOHOUN T.**

Séroprévalence du SIDA en médecine interne au CNHU de Cotonou, étude prospective de 1989 à 1993.

Médecine d'Afrique noire. tome XXXXIII. NO 10 . octobre 1996 . p 509-510.

**48. LASSAU F ; CASIN I ; PERENET F ; JANIER M ; MOREL P.**

Prévalence de la séropositivité pour le VIH chez des hommes consultant pour urétrite . gonococcique au centre MST de l'hôpital saint-louis.

Presse Médicale . tome.21 no 43 décembre 1992.

**49. LATIF A.**

Diagnostic et traitement des MST.

Action contre le SIDA. no.25 p 3 juillet 1995.

**50. LAURENT R.**

Syphilis acquise et infection par le VIH.

La presse médicale . Tome :23 12 novembre 1994.

**51. LOUIS J P ; MPONDI NGOLLE E ; ZEKENGL ; MIGLIANI R ; SALLA R.**

Comportement hétérosexuel et infection à VIH en milieu militaire Camérounais.

Médecine et armées . vol.22 no.2-3 pp.173-178. 1994.

**52. MAGASSOUBA F.B. ; TOURE A ; KEITA N .**

Evaluation des signes du syndrome de MST dans le diagnostic de la syphilis .

Faculté de Médecine , Université de Conakry , Service de Dermatologie CHU , Donka , Conakry Guinée.

10 ème conférence internationale sur le SIDA et les MST en Afrique . Abidjan 1997. P241.

**53. MAHAMOUDOU I.**

Contribution à l'étude de la prévalence sérologique de la syphilis chez la population fréquentant les structures de santé de Bamako.

Thèse pharmacie 1989.

**54.MALELE B ; PHILIPS M ; TULIZA M ; NZILA N.N ; CLAUS B.**

L'Approche syndromique des MST , bien que coût-efficace pose des problèmes d'accessibilité financière aux patients , mettant en danger la compliance en général et pour des groupes de cible spécifiques .

Rep. Démocratique du Congo.

10 ème conférence internationale sur le SIDA et les MST en Afrique . Abidjan 1997. P243.

**55.MALLE D.**

Rapport de l'enquête CAP sur les MST et le SIDA dans la région de Mopti. 1994. P:36.

**56.MALONGA M.G.**

Prise en charge des MST chez les femmes enceintes fréquentant les PMI de Libreville en 1995-1996.

PNLS/MST LIBREVILLE GABON.

10 ème conférence internationale sur le SIDA et les MST en Afrique . Abidjan 1997.p257.

**57.MANUEL D'APPUI.**

La prise en charge syndromique des MST.

Direction Nationale de la santé publique ; PNLS. 1997.

**58.MARTIN H.**

SIDA sociétés et populations.

John Libbey Eurotext;1996.

**59. MBWANA J ; MASSERA J ; MHALU F ; MWAKAGILE D; SANDSTROM E .**

Gonococcal susceptibility Monitoring in Dar es Salaam, Tanzania.

10 ème conférence internationale sur le SIDA et les MST en Afrique . Abidjan 1997. P245.

**60.MEDECINE POPULATION.**

Les maladies sexuellement transmissibles.

Les presses de santé de Montréal INC. 2ème Edition novembre 1977 p.47.

**61.MIGLIANI R ; LOUIS JP ; TREBUCQ A ; TCHUPO JP ; KWA MBETTE R ; AYISSI C ; ABONG T ; MABERT B ; SMITH J ; MPOUNDINGOLLE E.**

prise en charge des maladies sexuellement transmissibles au Cameroun , en milieu urbain en 1992 .

Annales de la société belge de médecine tropicale. vol.73 no.4 pp 267-278. 1993.

**62.MODULE DE FORMATION.**

Les maladies sexuellement transmissibles et le SIDA .

SCF/UK. MOPTI 1997.

**63.MUTEGANYA D;NAKINTIJE R;MUHIRWA G;POSTE B;NTAHONKIRIYE G;HARERIMANA S;SINDAYIRWANYA J.B;NTUNDA B.**

Rôle du chlamydia trachomatis dans les infections utero-annexielles ou leurs séquelles au CHU de Kamenge(Bujumbura BURUNDI)à propos de 82 cas.

Médecine d'Afrique Noire. tome XXXXIV NO.1 janvier 1997.

**64.NIANG N ; BEHETS F ; STEEN R ; ONYANGO P ; SAIDEL T ; DALLABETTA G ; N'DOYE I.**

Evaluation de la prise en charge des MST au Sénégal avec les indicateurs de prévention de l'OMS.

10 ème conférence internationale sur le SIDA et les MST en Afrique . Abidjan 1997. P241.

**65.NORMAND P ; MARTET G.**

Maladies sexuellement transmissibles en milieu tropical.

Edition Pradel . Masson-Williams et Wilkins. France 1997. 140p

**66.OMS.**

Stratégie mondiale de lutte contre le SIDA.

OMS SIDA. NO 11. 1993.

**67.OMS.**

Prévalence de la transmission sexuelle du virus de l'immunodéficience humaine.

OMS Genève: série :6 1990.

**68.PIOT P.; KAPITA B. M.; NGUGI E.N.; MAM J.M.; CALEBUNDERS R; WABITSCH R.**

Le SIDA en Afrique , manuel du praticien.

OMS 1993.

**69.PISON G ; LAGARDE E ; ENEL C.**

Comportement sexuels ,migration saisonnières et risque d'infection par le VIH et les MST . Etude des changements en zone rurale au Sénégal.

Collection sciences sociales et SIDA. Avril 1997 . p 17

**70.POISSON M ET LEFORT P.E.**

Les ulcérations génitales et les adénopathies inguinales.

Collection Omnipraticien. Les presses de l'université de Montréal. 1994.

**71.POPULATION REPORTS.**

Lutte contre les maladies sexuellement transmissibles.

Vol XXI . no.1 . série L no.9 . p1,3,7.

**72.RAMANOWSKI B ; CAMPBELL P.**

Etude de séro-épidémiologie pour déterminer la prévalence et les risques d'hépatite B du personnel soignant d'une clinique spécialisée dans le traitement des maladies sexuellement transmissibles.

Revue canadienne de santé publique. vol:85 no:3 1994.

**73.RAPPORT FINAL.**

Etude de prévalence des maladies sexuellement transmissibles et des infections à VIH au Mali. PNLIS. Bamako, août 1995.

**74.RAPPORT d'un groupe de travail de L'OMS.**

Lutte contre les MST .Méthode simplifiée au niveau des soins de santé primaire.

Genève ,24-28 septembre 1986.

**75.RAYNAUT C.**

Contexte social et dynamique de l'épidémie de SIDA en Afrique.

Collection sciences sociales et SIDA. p 11 avril 1997.

**76.REY G.**

La syphilis vénérienne chez les femmes Africaines. Un espace épidémiologique contraste.

Médecine d'Afrique Noire. Tome XXXXI NO 12 décembre 1994.

**77.SAMAKE S.**

Place des chlamydiae et des mycoplasmes dans les infections génitales chez la femme à propos de 400 prélèvements cervico-vaginaux et à l'hôpital national du point G.

Thèse médecine 1989. p-25.

**78. SANGARE OF., RYAN CA., DIARRA AS., KOULIBALI A., DALLABETTA G.**

Algorithmes cliniques pour le dépistage des MST chez les femmes: évaluation dans une population à haut risque au Mali.

SIDALERTE N°49 Décembre 1995 P.11

**79.SANON S ; GERSHY-DAMET GM ; M'BOUP S ; KOFFI K ; SORO BN ; LECORRE M ; FAYE H ; DOSSO M.**

Prévalence de chlamydiae trachomatis dans des prélèvements génitaux à Abidjan.

Bulletin de soc. de path. exot. vol:85. no3 . pp209-211. 1992.

**80.SIBOULET A;COULAUD J.P ET COLLABORATEURS.**

Maladies sexuellement transmissibles.

ABREGES 2 ème édition Masson janvier 1991 P.289

**81.SIBOULET A;COULAUD J.P. ET CATALAN F.**

Maladies sexuellement transmissibles.

ABREGES 2 ème édition. Masson. 1991.

**82.SIDIBE A .**

Contribution à l'étude des vulvo-vaginites à trichomonas vaginalis.  
Thèse Médecine. 1981.

**83.STEBEN M ET TURGEON F.**

Les maladies sexuellement transmissibles.  
Collection Omnipraticien. Les presses de l'université de Montréal. 1994.

**84.STEEN R ; BALLARD R ; FEHLER G ; De COITO A ; DALLABETTA G.**

Evaluation of two simple screening tools for detection of asymptomatic gonococcal and chlamydial infections in a population based sample of South African Gold miners .  
10 ème conférence internationale sur le SIDA et les MST en Afrique . Abidjan 1997.p251

**85.TALL M.M.**

Projet pilote d'intervention visant à freiner la propagation des maladies sexuellement transmissibles/SIDA dans un groupe à haut risque dans le district de Bamako.  
Thèse pharmacie: 1988 p-5.

**86.TOURE F.**

CAP des femmes enceintes dans le district de Bamako.  
Thèse pharmacie: 1995 p.11.

**87.TOURE K.J.**

La candidose vulvo-vaginale et son traitement par le fluconazole à l'hôpital Gabriel Touré.  
Thèse médecine . M-41. 1995.

**88.TORIMIRO J ; BENGONO F ; MBUAGBAW J ; BOURGEOIS A ; AGBOR ED ;  
NGOLLE M.E.**

Syphilis and HIV sero-prevalence among hospital attenders in the South West of Cameroon.  
Projet PRESICA , Yaounde , Cameroon.  
10 ème conférence internationale sur le SIDA et les MST en Afrique . Abidjan 1997. P249.

**89.TRAORE S.**

Contribution à l'étude des MST dans le district de Bamako.  
Thèse pharmacie . Bamako no 8. 1985.

**90.TRAORE T.**

Prévalence de la syphilis dans le service de psychiatrie de l'hôpital du point G.  
Thèse pharmacie : 1985 no.4.

**91.VAN DER RYST E,MD, BERTRAND P,DIALLO M, BRODERICK A, SANO M. ET  
UPHAM G.**

Prévalence de l'infection à VIH parmi les travailleurs du sexe au Cameroun.  
SIDALERTE 11<sup>ème</sup> congrès international sur le SIDA. no 57 . octobre 1996 . p 9-13.

**92.WAY P.**

Le SIDA et l'avenir de la population mondiale.  
SIDA sociétés et population. John Libbey Eurotext,1996.

**93.ZERBO P.J. ; DIAKITE M.**

Surveillance épidémiologique des MST sur la base du diagnostic syndromique au Sénégal .  
Projet Canadien MST-SIDA en Afrique de l'Ouest , Sénégal .  
10<sup>ème</sup> conférence internationale sur le SIDA et les MST en Afrique . Abidjan 1997.  
p 244

VII. SERMENT D'HIPOCRATE

En présence des maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie D'HIPPOCRATE, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et 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 maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

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

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

VIII. ANNEXES

# A. PROTOCOLE D'ENQUETE

## Guide de l'enquêteur

1. Saluer en langue locale
2. Se présenter
3. Situer l'objet de la visite en des termes courtois et rassurer le sujet.  
Dire par exemple: "Comme vous l'avez peut être appris à travers le crieur public, nous sommes là aujourd'hui pour avoir des informations sur certaines maladies dans votre village. Car les agents de santé pensent de plus en plus qu'ils ne peuvent réellement combattre nos maladies qu'en échangeant des idées avec nous. Avec votre permission, nous voudrions vous poser quelques questions. Nous vous donnons l'assurance que l'anonymat sera gardé sur votre identité mais aussi sur vos réponses".
4. Demander au sujet s'il est d'accord pour subir le questionnaire et fournir des réponses.
5. Veiller à ce que l'entretien soit confidentiel !!!
6. Remplir le questionnaire. Pour cela, encrer les numéros et/mettre une croix dans le carré correspondants et inscrire les réponses dans les espaces prévus à cet effet. Demander des précisions si nécessaire et si le sujet le peut.

## ANNEXE N° 1

### QUESTIONNAIRE POUR LE DIAGNOSTIC DE SUSPICION DES CAS DE MST DANS LA REGION DE MOPTI

N° Grappe

Fiche d'enquête N° .....

#### 1. DONNEES GENERALES.

Cercle de 1. Djénné 2. Mopti 3. Douentza 4. Bandiagara  
(écrire en toute lettre ci-après) .....  
Arrondissement de .....  
Village de .....  
Date de remplissage du questionnaire .....  
Prénom & Nom de l'enquêteur .....

#### 2. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE

##### 2.1. Sexe

1. Masculin
2. Féminin

##### 2.2. Age

1. 15 - 19 ans
2. 20-24 ans
3. 25-29 ans
4. 30-34 ans
5. 35 39 ans
6. 40-44 ans
7. 45 ans et plus

##### 2.3. Ethnie

1. Peulh
2. Dogon
3. Bozo
4. Sonrai
5. Bamana
6. Saracollé
7. Tamacheq
8. Bella
9. Autre (à préciser) .....

##### 2.4. Niveau d'alphabétisation

1. Primaire
2. Secondaire
3. Supérieur
4. alphabétisé en langue national
5. Seulement école coranique

6. Aucun
- 2.5. Occupation principale**
1. Eleveur
  2. Pêcheur
  3. Agriculteur
  4. Commerçant
  5. Elève/Étudiant
  6. Chauffeur
  7. Ménagère
  8. Sans emploi
  9. Salarié (e) d'état et privé
  10. Autre (à préciser) .....
- 2.6. Religion**
1. Musulmane
  2. Chrétienne
  3. Autre (à préciser) .....
- 2.7. Statut matrimonial**
1. Marié(e)
  2. Célibataire
  3. Divorcé(e)
  4. Veuf (ve)
- 2.8. Si Marié (e), vie en Régime:**
1. Monogamique
  2. Polygamique
- 2.9. Lieu de résidence**
1. Chef-lieu de cercle
  2. Chef-lieu Arrondissement
  3. Village
- 2.10. Situation de couverture théorique par les services modernes de santé. C'est à dire e l'accessibilité à un centre de santé (existence CSC, CSA, CSCOM)**
1. A une heure de marche au plus (moins de 5 Km)
  2. Entre une et deux heures de marche au plus (5 à 10 Km)
  3. Entre deux et trois heures de marche au plus (10 à 15 Km)
  4. Plus de trois heures de marche (plus de 15 Km)

**3. ANAMNESE SUR L'ETAT DE SANTE DE LA PERSONNE PENDANT LES 12 MOIS AYANT PRECEDE L'INTERVIEW**

**3.1. Avez- vous souffert de Maladie au cours des six derniers mois ?**

1. oui
2. Non

**3.2. Si oui, Quel est le ou les signes dont vous vous rappelez de cette Maladie ?**

1. Fièvre
2. Maux de tête,
3. Douleur dans le bas ventre
4. Douleur à la miction (brûlures en urinant)
5. Démangeaisons au niveau des organes génitaux
6. Ecoulements anormaux (des organes génitaux)
7. Gouttes matinales chez l'homme
8. Salissure du linge intime
9. Douleurs pendant les rapports sexuels
10. Mauvaise odeur des organes génitaux
11. Ulcération génitale
12. Boutons au niveau des organes génitaux

**3.3. Combien de fois avez-vous fait la maladie?**

1. Une fois
2. deux fois
3. plus de deux fois
4. Ne sait pas

**3.4. Si écoulements vous souvenez-vous de leurs aspects ?**

1. Oui
2. Non

**3.5. Si Oui, les écoulements étaient**

1. Verdâtres et/ou purulentes
2. Liquides grisâtres
3. mousseux, aérés, et jaunâtres
5. Crémeux blanchâtres et abondants

**3.6. Les écoulements étaient accompagnés de:**

1. Douleurs pendant les rapports sexuels
2. Douleur dans le bas ventre
3. Douleur à la miction (brûlures en urinant)
4. Démangeaisons trop marquées
5. Odeur de moisi
6. Troubles des règles (chez la femme)
7. Très malodorantes (odeur de poisson)
8. autres
9. Sans signe d'accompagnement

**3.7. Selon vous comment avez-vous attrapé cette maladie?**

1. Rapports sexuels
2. En buvant de l'eau
3. Objets souillés
4. En mangeant un aliment
5. Autre (à préciser) .....
6. Ne sait pas

**3.8. Qu'avez- vous fait pour vous traiter cette maladie ?**

1. Consulté un agent de santé
2. Consulté un Tradipraticien
3. Acheté un Médicament directement à la pharmacie
4. Acheté un Médicament chez un étalagiste
5. Pris conseil auprès d'un agent de santé
6. de quelqu'un(e) d'autre
7. Pris un médicament traditionnel
8. Rien fait

**3.8. quelle a été l'évolution de la maladie ?**

1. Guérison
2. Amélioration
3. Etat stationnaire
4. Aggravation
5. Récidive.

## ANNEXE N°2

### EXPLOITATION DES REGISTRES

Fiche d'enquête N° .....

CENTRE DE SANTE DE: .....

PERIODE COUVERTE PAR LE REGISTRE: du ..././199 au ..././199

NOMBRE DE MALADES ENREGISTRES DANS LE REGISTRE: .....

#### 1. DONNEES GENERALES.

Cercle de .....

Arrondissement de .....

Village de .....

Date de remplissage du questionnaire .....

#### 2. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE

##### 2.1. Sexe

1. Masculin
2. Féminin

##### 2.2. Age

1. 15 - 19 ans
2. 20-24 ans
3. 25-29 ans
4. 30-34 ans
5. 35 39 ans
6. 40-44 ans
7. 45 ans et plus

##### 2.3. Ethnie

1. Peulh
2. Dogon
3. Bozo
4. Sonrai
5. Bamanan
6. Saracollé
7. Tamacheq
8. Bella
9. Autre (à préciser) .....

##### 2.4. Occupation principale

1. Eleveur
2. Pêcheur
3. Agriculteur
4. Commerçant
5. Elève/Etudiant
6. Chauffeur
7. Ménagère
8. Sans emploi
9. Salarié(e) d'état et privé

10. Autre (à préciser) .....

**TYPE DE MST :**

- |    |                       |                          |                          |
|----|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. | Gonococcie            | <input type="checkbox"/> |                          |
| 2. | Syphilis              | <input type="checkbox"/> |                          |
| 3. | Candida Albicans      | <input type="checkbox"/> |                          |
| 4. | Trichomonas Vaginalis | <input type="checkbox"/> |                          |
| 5. | Chlamyde Trachomatis  | <input type="checkbox"/> |                          |
| 6. | Mycoplasme            | <input type="checkbox"/> |                          |
| 7. | Chancre mou           | <input type="checkbox"/> |                          |
| 8. | Herpes génital        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. | Autres                | <input type="checkbox"/> |                          |

**TRAITEMENT ADOPTE :**

- |     |                     |                          |
|-----|---------------------|--------------------------|
| 1.  | Ampicilline         | <input type="checkbox"/> |
| 2.  | Penicilline         | <input type="checkbox"/> |
| 3.  | Benzanthine Peni    | <input type="checkbox"/> |
| 4.  | Tétacycline         | <input type="checkbox"/> |
| 5.  | Cotrimoxazole       | <input type="checkbox"/> |
| 6.  | Doxicycline         | <input type="checkbox"/> |
| 7.  | Erythromicine       | <input type="checkbox"/> |
| 8.  | Biclinocine         | <input type="checkbox"/> |
| 9.  | Throbicine          | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Kanamicine          | <input type="checkbox"/> |
| 11. | Prototapen          | <input type="checkbox"/> |
| 12. | Minocycline         | <input type="checkbox"/> |
| 13. | Probenicide         | <input type="checkbox"/> |
| 14. | Nystatine           | <input type="checkbox"/> |
| 15. | Metronidazole       | <input type="checkbox"/> |
| 16. | Amoxicilline        | <input type="checkbox"/> |
| 17. | Autres (à préciser) | <input type="checkbox"/> |

**APPRECIATION DU TRAITEMENT (par rapport au schéma standard de l'OMS)**

- |    |          |                          |
|----|----------|--------------------------|
| 1. | Adapté   | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Inadapté | <input type="checkbox"/> |

## ANNEXE N° 3

### QUESTIONNAIRE AUX AGENTS DE SANTE

Fiche d'enquête N° .....

CENTRE DE SANTE DE: .....

Cercle de .....

Arrondissement de .....

Village de .....

Date de remplissage du questionnaire .....

#### 1. IDENTIFICATION

##### 1.1. Grade :

1. Aide Soignant
2. Matrone
3. Infirmier 1er Cycle
4. Infirmier d'Etat
5. Sage-femme
6. Technicien Supérieur
7. Médecin

##### 1.2. Plateau technique du lieu d'exercice :

1. Dispensaire de Village
2. CSA
3. CSCOM
4. Maternité
5. PMI
6. CSC
7. Hôpital
8. Autres ( à préciser)

**1.3. Un service d'examen biologique est - il disponible sur le lieu d'exercice ?**

1. Oui                       2. Non

**2. LES CONNAISSANCES, ATTITUDES, PRATIQUES :**

**2.1. Selon-vous est-ce que les MST sont fréquentes dans cette localités ?**

1. Oui                       2. Non

**2.2 Quelles sont les MST que vous rencontrez le plus souvent (donnez des numéros par ordre de fréquence dans les cases de droite) ?**

- |    |                       |                          |
|----|-----------------------|--------------------------|
| 1, | Gonococcie            | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Syphilis              | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Candida Albicans      | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Trichomonas Vaginalis | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Chlamyde Trachomatis  | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Mycoplasme            | <input type="checkbox"/> |
| 7. | Chancre mou           | <input type="checkbox"/> |
| 8. | Herpes génital        | <input type="checkbox"/> |
| 9. | Autres ( à préciser)  | <input type="checkbox"/> |

**2.3. Quels moyens utilisez-vous pour le diagnostic des MST au niveau de votre lieu d'exercice ?**

- |    |                            |                          |
|----|----------------------------|--------------------------|
| 1. | Un ordinogramme (clinique) | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Examen de Laboratoire      | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Les deux                   | <input type="checkbox"/> |

**2.4. Selon vous quelle est l'importance d'un service d'examen biologique dans le diagnostic des MST au niveau de votre lieu d'exercice ?**

1. Indispensable                       2. Nécessaire                       3. Pas nécessaire

**2.5. Quel est votre diagnostic de présomption devant les symptômes suivants ?**

**2.5.1. Des pertes ou écoulements génitaux verdâtres, purulentes, inodores accompagnées de douleurs à la miction chez l'homme et chez la femme, d'œdème de la vulve sans prurit.**

- 1, Gonococcie
2. Syphilis
3. Candida Albicans
4. Trichomonas Vaginalis
5. Chlamyde Trachomatis
6. Mycoplasme
7. Chancre mou
8. Herpes génital
9. Autres(à préciser)

**2.5.2. Des pertes ou écoulements génitaux grisâtres accompagnées de douleurs à la miction. Chez la femme une douleur au moment des rapports sexuels et des urines purulentes.**

- 1, Gonococcie
2. Syphilis
3. Candida Albicans
4. Trichomonas Vaginalis
5. Chlamydiase Trachomatis
6. Mycoplasme
7. Chancre mou
8. Herpes génital
9. Autres( à préciser)

**2.5.3. Des pertes ou écoulements génitaux mousseux et aérés, jaunâtres. Il existe une inflammation de la vulve & du vagin et ces signes sont souvent exacerbés après les règles.**

- |    |                       |                          |
|----|-----------------------|--------------------------|
| 1, | Gonococcie            | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Syphilis              | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Candida Albicans      | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Trichomonas Vaginalis | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Chlamyde Trachomatis  | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Mycoplasme            | <input type="checkbox"/> |
| 7. | Chancre mou           | <input type="checkbox"/> |
| 8. | Herpes génital        | <input type="checkbox"/> |
| 9. | Autres( à préciser)   | <input type="checkbox"/> |

**2.5.4. Des pertes ou écoulements génitaux abondants, crémeux blanchâtres odeur de moisi, accompagnés de prurit vulvaire intense. Chez la femme, en plus du fait que ces signes sont exacerbés en fin de cycle, la vulve rouge, et il y a des démangeaisons trop marqués, ou des douleurs marquées pendant les rapports sexuels.**

- |    |                       |                          |
|----|-----------------------|--------------------------|
| 1, | Gonococcie            | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Syphilis              | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Candida Albicans      | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Trichomonas Vaginalis | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Chlamyde Trachomatis  | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Mycoplasme            | <input type="checkbox"/> |
| 7. | Chancre mou           | <input type="checkbox"/> |
| 8. | Herpes génital        | <input type="checkbox"/> |
| 9. | Autres ( à préciser)  | <input type="checkbox"/> |

**2.5.5. Une ulcération au niveau de la vulve ou du pénis.**

1. Gonococcie
2. Syphilis
3. Candida Albicans
4. Trichomonas Vaginalis
5. Chlamyde Trachomatis
6. Mycoplasme
7. Chancre mou
8. Herpes génital
9. Autres ( à préciser)

**2.5.6 Une ulcération génitale à base indurée, fond rosé, arrondie à bords net non douloureux propre avec un ganglion (adénopathie) indolore.**

1. Gonococcie
2. Syphilis
3. Candida Albicans
4. Trichomonas Vaginalis
5. Chlamyde Trachomatis
6. Mycoplasme
7. Chancre mou
8. Herpes génital
9. Autres ( à préciser)

**2.6. Quels sont les médicaments que vous prescrivez pour le traitement des cas suivantes ?**

**2.6.1 Gonococcie**

1. Ampicilline
2. Penicilline

- |     |                      |                          |
|-----|----------------------|--------------------------|
| 3.  | Benzanthine Peni     | <input type="checkbox"/> |
| 4.  | Tétacycline          | <input type="checkbox"/> |
| 5.  | Cotrimoxazole        | <input type="checkbox"/> |
| 6.  | Doxicycline          | <input type="checkbox"/> |
| 7.  | Erythromicine        | <input type="checkbox"/> |
| 8.  | Biclinocine          | <input type="checkbox"/> |
| 9.  | Throbicine           | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Kanamicine           | <input type="checkbox"/> |
| 11. | Prototapen           | <input type="checkbox"/> |
| 12. | Minocycline          | <input type="checkbox"/> |
| 13. | Probenicid           | <input type="checkbox"/> |
| 14. | Nystatine            | <input type="checkbox"/> |
| 15. | Metronidazole        | <input type="checkbox"/> |
| 16. | Amoxicilline         | <input type="checkbox"/> |
| 17. | Autres ( à préciser) | <input type="checkbox"/> |

**APPRECIATION DU TRAITEMENT (par rapport au schéma standard de l'OMS)**

- |    |          |                          |
|----|----------|--------------------------|
| 1. | Adapté   | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Inadapté | <input type="checkbox"/> |

**2.6.2 Syphilis**

- |     |                      |                          |
|-----|----------------------|--------------------------|
| 1.  | Ampicilline          | <input type="checkbox"/> |
| 2.  | Penicilline          | <input type="checkbox"/> |
| 3.  | Benzanthine Peni     | <input type="checkbox"/> |
| 4.  | Tétacycline          | <input type="checkbox"/> |
| 5.  | Cotrimoxazole        | <input type="checkbox"/> |
| 6.  | Doxicycline          | <input type="checkbox"/> |
| 7.  | Erythromicine        | <input type="checkbox"/> |
| 8.  | Biclinocine          | <input type="checkbox"/> |
| 9.  | Throbicine           | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Kanamicine           | <input type="checkbox"/> |
| 11. | Prototapen           | <input type="checkbox"/> |
| 12. | Minocycline          | <input type="checkbox"/> |
| 13. | Probenicid           | <input type="checkbox"/> |
| 14. | Nystatine            | <input type="checkbox"/> |
| 15. | Metronidazole        | <input type="checkbox"/> |
| 16. | Amoxicilline         | <input type="checkbox"/> |
| 17. | Autres ( à préciser) | <input type="checkbox"/> |

**APPRECIATION DU TRAITEMENT (par rapport au schéma standard de l'OMS)**

- |    |          |                          |
|----|----------|--------------------------|
| 1. | Adapté   | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Inadapté | <input type="checkbox"/> |

**2.6.3 Candida Albicans**

- |    |             |                          |
|----|-------------|--------------------------|
| 1. | Ampicilline | <input type="checkbox"/> |
|----|-------------|--------------------------|

- |     |                      |                          |
|-----|----------------------|--------------------------|
| 2.  | Penicilline          | <input type="checkbox"/> |
| 3.  | Benzanthine Peni     | <input type="checkbox"/> |
| 4.  | Tétacycline          | <input type="checkbox"/> |
| 5.  | Cotrimoxazole        | <input type="checkbox"/> |
| 6.  | Doxicycline          | <input type="checkbox"/> |
| 7.  | Erythromicine        | <input type="checkbox"/> |
| 8.  | Biclinocine          | <input type="checkbox"/> |
| 9.  | Throbicine           | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Kanamicine           | <input type="checkbox"/> |
| 11. | Prototapen           | <input type="checkbox"/> |
| 12. | Minocycline          | <input type="checkbox"/> |
| 13. | Probenicid           | <input type="checkbox"/> |
| 14. | Nystatine            | <input type="checkbox"/> |
| 15. | Metronidazole        | <input type="checkbox"/> |
| 16. | Amoxicilline         | <input type="checkbox"/> |
| 17. | Autres ( à préciser) | <input type="checkbox"/> |

**APPRECIATION DU TRAITEMENT (par rapport au schéma standard de l'OMS)**

- |    |          |                          |
|----|----------|--------------------------|
| 1. | Adapté   | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Inadapté | <input type="checkbox"/> |

**2.6.4 Trichomonas Vaginalis**

- |     |                      |                          |
|-----|----------------------|--------------------------|
| 1.  | Ampicilline          | <input type="checkbox"/> |
| 2.  | Penicilline          | <input type="checkbox"/> |
| 3.  | Benzanthine Peni     | <input type="checkbox"/> |
| 4.  | Tétacycline          | <input type="checkbox"/> |
| 5.  | Cotrimoxazole        | <input type="checkbox"/> |
| 6.  | Doxicycline          | <input type="checkbox"/> |
| 7.  | Erythromicine        | <input type="checkbox"/> |
| 8.  | Biclinocine          | <input type="checkbox"/> |
| 9.  | Throbicine           | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Kanamicine           | <input type="checkbox"/> |
| 11. | Prototapen           | <input type="checkbox"/> |
| 12. | Minocycline          | <input type="checkbox"/> |
| 13. | Probenicid           | <input type="checkbox"/> |
| 14. | Nystatine            | <input type="checkbox"/> |
| 15. | Metronidazole        | <input type="checkbox"/> |
| 16. | Amoxicilline         | <input type="checkbox"/> |
| 17. | Autres ( à préciser) | <input type="checkbox"/> |

**APPRECIATION DU TRAITEMENT (par rapport au schéma standard de l'OMS)**

- |    |          |                          |
|----|----------|--------------------------|
| 1. | Adapté   | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Inadapté | <input type="checkbox"/> |

### 2.6.5 Chlamydiase Trachomatis

- |     |                      |                          |
|-----|----------------------|--------------------------|
| 1.  | Ampicilline          | <input type="checkbox"/> |
| 2.  | Penicilline          | <input type="checkbox"/> |
| 3.  | Benzanthine Peni     | <input type="checkbox"/> |
| 4.  | Tétacycline          | <input type="checkbox"/> |
| 5.  | Cotrimoxazole        | <input type="checkbox"/> |
| 6.  | Doxicycline          | <input type="checkbox"/> |
| 7.  | Erythromicine        | <input type="checkbox"/> |
| 8.  | Biclinocine          | <input type="checkbox"/> |
| 9.  | Throbicine           | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Kanamicine           | <input type="checkbox"/> |
| 11. | Prototapen           | <input type="checkbox"/> |
| 12. | Minocycline          | <input type="checkbox"/> |
| 13. | Probenicid           | <input type="checkbox"/> |
| 14. | Nystatine            | <input type="checkbox"/> |
| 15. | Metronidazole        | <input type="checkbox"/> |
| 16. | Amoxicilline         | <input type="checkbox"/> |
| 17. | Autres ( à préciser) | <input type="checkbox"/> |

### APPRECIATION DU TRAITEMENT (par rapport au schéma standard de l'OMS)

- |    |          |                          |
|----|----------|--------------------------|
| 1. | Adapté   | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Inadapté | <input type="checkbox"/> |

### 2.6.6 Mycoplasme

- |     |                      |                          |
|-----|----------------------|--------------------------|
| 1.  | Ampicilline          | <input type="checkbox"/> |
| 2.  | Penicilline          | <input type="checkbox"/> |
| 3.  | Benzanthine Peni     | <input type="checkbox"/> |
| 4.  | Tétacycline          | <input type="checkbox"/> |
| 5.  | Cotrimoxazole        | <input type="checkbox"/> |
| 6.  | Doxicycline          | <input type="checkbox"/> |
| 7.  | Erythromicine        | <input type="checkbox"/> |
| 8.  | Biclinocine          | <input type="checkbox"/> |
| 9.  | Throbicine           | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Kanamicine           | <input type="checkbox"/> |
| 11. | Prototapen           | <input type="checkbox"/> |
| 12. | Minocycline          | <input type="checkbox"/> |
| 13. | Probenicid           | <input type="checkbox"/> |
| 14. | Nystatine            | <input type="checkbox"/> |
| 15. | Metronidazole        | <input type="checkbox"/> |
| 16. | Amoxicilline         | <input type="checkbox"/> |
| 17. | Autres ( à préciser) | <input type="checkbox"/> |

### APPRECIATION DU TRAITEMENT (par rapport au schéma standard de l'OMS)

- |    |          |                          |
|----|----------|--------------------------|
| 1. | Adapté   | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Inadapté | <input type="checkbox"/> |

### 2.6.7 Chancre mou

- |     |                      |                          |
|-----|----------------------|--------------------------|
| 1.  | Ampicilline          | <input type="checkbox"/> |
| 2.  | Penicilline          | <input type="checkbox"/> |
| 3.  | Benzanthine Peni     | <input type="checkbox"/> |
| 4.  | Tétacycline          | <input type="checkbox"/> |
| 5.  | Cotrimoxazole        | <input type="checkbox"/> |
| 6.  | Doxicycline          | <input type="checkbox"/> |
| 7.  | Erythromicine        | <input type="checkbox"/> |
| 8.  | Biclinocine          | <input type="checkbox"/> |
| 9.  | Throbicine           | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Kanamicine           | <input type="checkbox"/> |
| 11. | Prototapen           | <input type="checkbox"/> |
| 12. | Minocycline          | <input type="checkbox"/> |
| 13. | Probenicid           | <input type="checkbox"/> |
| 14. | Nystatine            | <input type="checkbox"/> |
| 15. | Metronidazole        | <input type="checkbox"/> |
| 16. | Amoxicilline         | <input type="checkbox"/> |
| 17. | Autres ( à préciser) | <input type="checkbox"/> |

### APPRECIATION DU TRAITEMENT (par rapport au schéma standard de l'OMS)

- |    |          |                          |
|----|----------|--------------------------|
| 1. | Adapté   | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Inadapté | <input type="checkbox"/> |

### 3. Quels conseils d'accompagnement donnez-vous aux patients en cas de MST ?

#### 3.1 Pour la conduite du traitement curatif ?

- |    |                                       |                          |
|----|---------------------------------------|--------------------------|
| 1. | Traitement individuel d'un partenaire | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Traitement simultané des partenaires  | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Traitement alterné des partenaires    | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Abstinence pendant le Traitement      | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Eviter les boissons alcoolisées       | <input type="checkbox"/> |

#### 3.2 Pour la prévention ?

- |    |                                                        |                          |
|----|--------------------------------------------------------|--------------------------|
| 1. | Hygiène des voies génitales (toilettes simple )        | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Toilettes intimes systématiques avec des antiseptiques | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Miction après les rapports sexuels                     | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Usage des condoms                                      | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Antibiotique prophylactique                            | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Fidélité                                               | <input type="checkbox"/> |

**3.3. Faites-vous de la sensibilisation contre les danger des MST ?**

1. Oui  2. Non

**3.4. Si oui quels sont les dangers sur lesquels vous insistez ?**

1. Risques d'avortement   
2. Risques de mort-né   
3. Risque de chronicité des affections   
4. Stérilité temporaire ou définitive   
5. Effets néfastes sur l'appareil génito-urinaire   
6. Risque plus grand de contracter le SIDA

## LOCALISATION

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nom : GOITA         | Prénoms : Seydou                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Titre de la Thèse   | :Etude épidémio-clinique des maladies sexuellement transmissibles dans la région de Mopti de 1996 à 1997.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Année               | :1997-1998                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Ville de soutenance | :Bamako                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Pays d'origine      | :Mali                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| lieu de dépôt:      | Bibliothèque Faculté de Médecine , de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Secteur d'intérêt:  | Santé publique.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Résumé:             | <p>Cette étude sur les MST curables dans la région de Mopti a été effectuée de 1996 à 1997.</p> <p>Le but était d'estimer l'importance épidémiologique et clinique des maladies sexuellement transmissibles dans la région.</p> <p><u>Résultats:</u> 54,6% de la population enquêtée avaient souffert d'au moins un signe dominant de MST dans les 12 derniers mois ayant précédé l'enquête. 6,9% de l'ensemble des examens effectués dans les services de laboratoires en 1996 étaient des cas de MST. Ces affections se rencontrent dès l'âge de 15 ans. Globalement selon cette approche d'enquête nous avons trouver plus de femmes (58,48%) affectées que d'hommes (51,14%).</p> <p>La tranche d'âge la plus affectée par ces maladies est celle comprise entre 25-29 ans.</p> <p>Le mode de vie reste le facteur dominant pour la transmission des MST au niveau de la région. Les localités fortement marquées par l'exode rural sont les plus touchées.</p> <p>Tant au plan clinique que biologique les MST les plus fréquentes de la région sont: la gonococcie, la syphilis, les candidoses, les trichomonases, la chlamydiase.</p> <p>Au niveau de la prise en charge il se pose trois problèmes majeurs au niveau de la région:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Un déficit important d'information des populations sur les MST ;</li><li>- l'absence d'un schéma directeur de traitement au niveau des structures de santé;</li><li>- le sous équipement des structures de santé de la région, les moyens diagnostics surtout.</li></ul> |

(6) MOTS-CLES : Mopti , épidémiologie , clinique , maladies , sexuellement , transmissibles .