Ministère de l'Education Nationale
Université de Bamako

République du Mali
Un Peuple- Un But- Une Foi

Année Universitaire 2007/2008

Thèse N° :……..

TITRE

EVALUATION DE L'EFFICACITE DU TRAITEMENT DES IST SELON L'APPROCHE SYNDROMIQUE AU CSCOM DE BANCONI A BAMAKO AU MALI A PROPOS DE 218 CAS.

Thèse présentée et soutenue publiquement le……

Devant la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie par

M. Seydou Sékou Diawara

Pour l'obtention de grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY

Président : **Pr. Tieman Coulibaly**

Membres : **Dr Toumani Conaré**

Codirecteur : **Dr. Mahamane M. Maiga**

Directeur de thèse : **Pr. Elimane Mariko**

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2007-2008

ADMINISTRATION

DOYEN : **ANATOLE TOUNKARA** – PROFESSEUR
1er ASSESSEUR : **DRISSA DIALLO** – MAITRE DE CONFERENCES
2ème ASSESSEUR : **SEKOU SIDIBE** – MAITRE DE CONFERENCES
SECRETAIRE PRINCIPAL: **YENIMEGUE ALBERT DEMBELE** – PROFESSEUR
AGENT COMPTABLE: Mme **COULIBALY FATOUMATA TALL**- CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

M. Alou BA	: Ophtalmologie
M. Bocar SALL	: Orthopédie Traumatologie Secourisme
M. Souleymane SANGARE	: Pneumo-phtisiologie
M. Yaya FOFANA	: Hématologie
M. Mamadou L. TRAORE	: Chirurgie générale
M. Balla COULIBALY	: Pédiatrie
M. Mamadou DEMBELE	: Chirurgie Générale
M. Mamadou KOUMARE	: Pharmacognosie
M. Ali Nouhoum DIALLO	: Médecine Interne
M. Aly GUINDO	: Gastro-Entérologie
M. Mamadou M. KEITA	: Pédiatrie
M. Siné BAYO	: Anatomie-Pathologie- Histo-embryologie
M. Sidi Yaya SIMAGA	: Santé Publique, **Chef de D.E.R.**
M. Abdoulaye Ag RHALY	: Médecine Interne

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. ET PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

M. Abdel Karim KOUMARE	: Chirurgie Générale
M. Sambou SOUMARE	: Chirurgie Générale
M. Abdou Alassane TOURE	: Orthopédie Traumatologie, **Chef de D.E.R**
M. Kalilou OUATTARA	: Urologie
M. Amadou DOLO	: Gynéco-obstétrique
M. Alhousseni Ag MOHAMED	: O.R.L.
Mme Sy Assitan SOW	: Gynéco-obstétrique
Mr Salif DIAKITE	: Gynéco-obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	: Anesthésie-Réanimation

2. MAITRES DE CONFERENCES

M. Abdoulaye DIALLO	: Ophtalmologie
M. Djibril SANGARE	: Chirurgie Générale
M. Abdel Kader TRAORE dit DIOP	: Chirurgie Générale
M. Gangaly DIALLO	: Chirurgie Viscérale
M. Mamadou TRAORE	: Gynéco-obstétrique
M. Filifing SISSOKO	: Chirurgie Générale
M. Sékou SIDIBE	: Orthopédie –Traumatologie
M. Abdoulaye DIALLO	: Anesthésie –Réanimation
M. Tiéman COULIBALY	: Orthopédie – Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	: Ophtalmologie
M. Mamadou L. DIOMBANA	: Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	: Gynéco-obstétrique
M. Nouhoum ONGOIBA	: Anatomie et chirurgie Générale
M. Sadio YENA	: Chirurgie Générale et Thoracique
M. Youssouf COULIBALY	: Anesthésie –Réanimation

3. MAITRES ASSISTANTS

M. Issa DIARRA	: Gynéco-obstétrique
M. Samba Karim TIMBO	: Oto-Rhino-Laryngologie
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	: Oto- Rhino- Laryngologie
M. Zimogo Zié SANOGO	: Chirurgie Générale
Mme Diénéba DOUMBIA	: Anesthésie –réanimation
M. Zanafon OUATTARA	: Urologie
M. Adama SANGARE	: Orthopédie –Traumatologie
M. Sanoussi BAMANI	: Ophtalmologie
M. Doulaye SACKO	: Ophtalmologie
M. Ibrahim ALWATA	: Orthopédie –Traumatologie
M. Lamine TRAORE	: Ophtalmologie
M. Mady MACALOU	: Orthopédie –Traumatologie
M. Aly TEMBELY	: Urologie
M. Niani MOUNKORO	: Gynéco- Obstétrique
M. Tiemoko D. COULIBALY	: Odontologie
M. Souleymane TOGORA	: Odontologie
M. Mohamed KEITA	: Oto- Rhino- Laryngologie
M. Bouraïma Maïga	: Gynéco/Obstétrique

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

M. Daouda DIALLO	: Chimie Générale et Minérale
M. Amadou DIALLO	: Biologie
M. Moussa HARAMA	: Chimie Organique
M. Ogobara DOUMBO	: Parasitologie –Mycologie

M. Yénimégué Albert DEMBELE : Chimie Organique
M. Anatole TOUNKARA : Immunologie, **Chef de D.E.R**.
M. Bakary M. CISSE : Biochimie
M. Abdourahamane S. MAIGA : Parasitologie
M. Adama DIARRA : Physiologie
M. Massa SANOGO : Chimie Analytique
M. Mamadou KONE : Physiologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

M. Amadou TOURE : Histo- embryologie
M. Flabou BOUGOUDOGO : Bactériologie-Virologie
M. Amagana DOLO : Parasitologie
M. Mahamadou CISSE : Biologie
M. Sékou F. M. TRAORE : Entomologie médicale
M. Abdoulaye DABO : Malacologie, Biologie Animale
M. Ibrahim I. MAIGA : Bactériologie-Virologie

3. MAITRES ASSISTANTS

M. Lassana DOUMBIA : Chimie Organique
M. Mounirou BABY : Hématologie
M. Mahamadou A. THERA : Parasitologie
M. Moussa Issa DIARRA : Biophysique
M. Kaourou DOUCOURE : Biologie
M. Bouréma KOURIBA : Immunologie
M. Souleymane DIALLO : Bactériologie-Virologie
M. Cheik Bougadari TRAORE : Anatomie-Pathologie

4. ASSISTANTS

M. Mangara M. BAGAYOKO : Entomologie Moléculaire Médicale
M. Guimogo DOLO : Entomologie Moléculaire Médicale
M. Abdoulaye TOURE : Entomologie Moléculaire Médicale
M. Djibril SANGARE : Entomologie Moléculaire Médicale
M. Mouctar DIALLO : Biologie-Parasitologie
M. Boubacar TRAORE : Parasitologie Mycologie
M. Bokary Y. SACKO : Biochimie
M. Mamadou BA : Biologie, Parasitologie, Entomologie Médicale
M. Moussa FANE : Parasitologie Entomologie

<u>D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES</u>

1. PROFESSEURS

M. Mamadou K. TOURE : Cardiologie
M. Mahamane MAIGA : Néphrologie

M. Baba KOUMARE : Psychiatrie, **Chef de D.E.R**.
M. Mous : Neurologie
M. Issa TRAORE : Radiologie
M. Hamar A. TRAORE : Médecine Interne
M. Dapa Aly DIALLO : Hématologie
M. Moussa Y. MAIGA : Gastro-Entérologie Hépatologie
M. Somita KEITA : Dermato-Leprologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

M. Toumani SIDIBE : Pédiatrie
M. Bah KEITA : Pneumo-Phtisiologie
M. Boubakar DIALLO : Cardiologie
M. Abdel Kader TRAORE : Médecine Interne
M. Siaka SIDIBE : Radiologie
M. Mamadou DEMBELE : Médecine Interne
M. Mamady KANE : Radiologie
M. Saharé FONGORO : Néphrologie
M. Bakoroba COULIBALY : Psychiatrie
M. Bou DIAKITE : Psychiatrie
M. Bougouzié SANOGO : Gastro-Entérologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE : Endocrinologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme TRAORE Mariam SYLLA : Pédiatrie
M. Adama D. KEITA : Radiologie
Mme Habibatou DIAWARA : Dermatologie
M. Daouda K. MINTA : Maladies Infectieuses
M. Kassoum SANOGO : Cardiologie
M. Seydou DIAKITE : Cardiologie
M. Arouna TOGORA : Psychiatrie
Mme DIARRA Assétou SOUCKO : Médecine Interne
M. Boubacar TOGO : Pédiatrie
M. Mahamadou TOURE : Radiologie
M. Idrissa CISSE : Dermatologie
M. Mamadou B. DIARRA : Cardiologie
M. Anselme KONATE : Hépato-Gastro-Entérologie
M. Moussa T. DIARRA : Hépato-Gastro-Entérologie
M. Souleymane DIALLO : Pneumologie
M. Souleymane COULIBALY : Psychologie
M. Soungalo DAO : Maladies Infectieuses
M. Cheïck Oumar GUINTO : Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

M. Boubacar Sidiki CISSE : Toxicologie
M. Gaoussou KANOUTE : Chimie Analytique, **Chef de D.E.R**.

2. MAITRES DE CONFERENCES

M. Ousmane DOUMBIA : Pharmacie Chimique
M. Drissa DIALLO : Matières Médicales
M. Boulkassoum HAIDARA : Législation
M. Elimane MARIKO : Pharmacologie
M. Alou KEITA : Galénique
M. Bénoit Yaranga KOUMARE : Chimie Analytique

3. MAITRES ASSISTANTS

M. Ababacar MAIGA : Toxicologie
M. Yaya KANE : Galénique
Mme Rokia SANOGO : Pharmacognosie

4. ASSISTANTS

M. Saïbou MAIGA : Législation
M. Ousmane KOITA : Parasitologie Moléculaire

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

M. Sanoussi KONATE : Santé Publique

2. MAITRES DE CONFERENCES

M. Moussa A. MAIGA : Santé Publique

3. MAITRES ASSISTANTS

M. Bocar G. TOURE : Santé Publique
M. Adama DIAWARA : Santé Publique
M. Hamadoun SANGHO : Santé Publique
M. Massambou SACKO : Santé Publique
M. Alassane A. DICKO : Santé Publique

M. Mamadou Souncalo Traoré : Santé Publique

4. ASSISTANTS

M. Samba DIOP : Anthropologie Médicale
M. Seydou DOUMBIA : Epidémiologie
M. Oumar THIERO : Biostatistique
M. Seydou Diarra : Anthropologie Médicale

CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES

M. N'Golo DIARRA : Botanique
M. Bouba DIARRA : Bactériologie
M. Salikou SANOGO : Physique
M. Boubacar KANTE : Galénique
M. Souleymane GUINDO : Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA : Mathématiques
M. Modibo DIARRA : Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA : Hygiène du milieu
M. Mahamadou TRAORE : Génétique
M. Yaya COULIBALY : Législation
M. Lassine SIDIBE : Chimie Organique

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr Doudou BA : Bromatologie
Pr Babacar FAYE : Pharmacodynamie
Pr Mounirou CISS : Hydrologie
Pr Amadou DIOP : Biochimie
Pr Lamine GAYE : Physiologie

DEDICACES

Dédicaces

Je dédie ce travail :

Au tout puissant
Gloire à Allah, le clément, le miséricordieux, de nous avoir assisté tout au long de notre parcours. Le mérite de ce travail vous revient pour nous avoir laisser la vie jusqu'à ce jour.

Au prophète Mohamed
Que la bénédiction et la paix de Dieu soient sur vous. Nous témoignons notre respect et notre gratitude.

A toute la famille Faraban Sékou Diawara à Madina Bougouni.

A mon Père feu Sékou Diawara
Je ne connais sur cette terre aucun Homme aussi bon, aussi juste, aussi honnête, aussi sincère et aussi modeste que toi. Ce travail est sans doute le fruit de tous les sacrifices que tu as consenti pour nous enseigner le courage, la persévérance l'honnête dans l'accomplissement du travail bien fait. Tu nous a toujours appris le sens de l'honneur de la dignité et de la justice, merci infiniment Baha. J'aurais voulu que tu soit là aujourd'hui mais le tout puissant a décidé autrement que ton âme repose en paix, que Dieu t'accorde sa grâce et t'accueil dans son paradis.Amen

A mes mères :
Kadidiatou Siama la plus gentil de toutes les mamans du Monde, tu n'as ménagé aucun effort pour notre réussite. Tu as toujours été là pour nous. Tu m'as toujours protégé, rassuré et réconforté.
Merci Mana pour toute la bonne éducation et tout l'amour que tu m'as donné.
Puisse Dieu nous accorde une longue vie pour goûter aux fruits de tes sacrifices
Feue Sétou Soumaoro tu étais une maman exemplaire les mots me manque ici, tu m'a tout donner, tu t'es sacrifié pour moi j'aurai souhaiter que tu soit là aujourd'hui mais le bon Dieu a voulu ainsi, Térou que ta mémoire soit honorée et que le Seigneur accepte ton âme dans sa paix éternelle. Amen

A tous mes frères et sœurs
Drissa Diawara, Agriculteur,
Seydou Diawara commerçant,
Le lieutenant Bakary Diarra,
Yaya Diawara, Ingénieur

Mamadou Diawara commerçant
Zoumana Diawara, ferrailleur
Lassine Diawra économiste
Mariam Diawara,
Djénéba Diawara,
Fanta Diawara,
Awa Diawara
Ramatou Diawara
Salimata Diawara
Rokiatou Diawara
Awa Diawara
Vous m'avait appris que l'unité familiale n'est pas un vain mot continuons sur cette voie que nous ont montré les parents vous avez été d'un apport inestimable pour la réalisation de ce travail, que le bon Dieu consolide les liens de famille soyez rassurer de toute mon affections.

A ma sœur feue Sata Diawara
Toi que la mort a malheureusement emporter très jeune pour nous laisser les cœurs remplis de chagrins puisse Dieu t'accueil dans son paradis Amen.

A ma sœur Feue Bintou Diawara
Chaque foi que je pense à toi, c'est avec émotion les larmes aux yeux toi que la mort a aracher avec tant de créativité d'union d'affections et de partage dort en paix Bintou. Amen

A mes frères feu Faraban Diawara et Siaka Diawara
Vous qui aviez été affectueusement arrachés par la mort avec tristesse, émotion et chagrins mais le très miséricordieux en a décider ainsi dormez en paix Siaka et Faraban.

A mes oncles, mes tantes mes belles sœurs en particulier Aminata Mariko :
Ce travail est l'aboutissement de plusieurs années d'éducation que vous n'avez cessez de m'apporter, soyez rassurer de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A mes cousins et cousines
Je ne cite pas de nom par perte d'oublier quelqu'un. Vous avez tous de loin ou de prés contribués à la réalisation de ce travail, veillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

REMERCIEMENT

REMERCIEMENT

J’adresse mes remerciements à tous les maîtres de la FMPOS du Mali pour les enseignements de qualité qui nous a été prodigués et l’humilité dont ils font preuve tous les jours.
Merci à tout le personnel du CSCOM de Banconi. En partant des manœuvres aux Patrons et particulièrement à : Dr. Mariko Hawa Diakité, à Dr. Berthé Safiatou Sangaré,
Merci à tout le personnel et stagiaire du centre de santé de référence de Kati.

Mes remerciements sincères :
A Daouda Ballo et Famille, Elhadj Famoussa Ballo et famille à Sogoninko,
A Harouna Cissé et sa famille au Point G.
A Binke Coulibaly et famille au Point G
A Koudei Traoré et Famille particulièrement sa fille Ana Traoré au Point G.

Merci à tous mes amis et amies : en particulier Dr. Diarra Oumar, Mr Soukaré Dia, Mr Aliou Thiero, Dr. Aliou Ag Wéle, Mr Abdoul Aziz Bocoum, Dr. Oumar Guindo, Mme Adam Niaré.

Mes remerciements vont à l’endroit de tous ceux de loin ou de près, qui par leurs soutiens moral et financier si modeste soit-il mais combien important pour moi, ont permis la réalisation de ce modeste travail.

HOMMAGE AUX HONNORABLES MEMBRES DU JURY

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE JURY :

Porfesseur Tiéman Coulibaly

- Chirurgien, praticien chevronné, en orthopédiste et en traumatologie au CHU Gabriel Touré.
- Membre de la société Malienne de chirurgie orthopédique et de traumatologie (SOMACOT).
- Professeur agrégé en orthopédie traumatologie.

Cher Maître

Nous sommes très touché par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider le jury de cette thèse, malgré vos multiples occupations, l'enseignement de haute qualité que nous avons reçu de vous restera pour nous un trésor. Homme de principes aux qualités humaines et scientifiques incommensurables. Votre rigueur dans le travail, mais surtout votre dévouement sans limite pour la progression de la médecine en général et de la traumatologie en particulier associe à votre générosité sont des qualités que nous nous efforçons de garder.

Notre joie est immense d'être compté parmi vos élèves et d'être un de vos disciple.

Trouvez dans ce travail cher maître, le témoignage de notre estime, de notre profonde reconnaissance et de notre sincère remerciement.

A NOTRE MAITRE ET JUGE :

Docteur Toumani Conaré

Ex médecin chef au CSCOM d'Ambidedi (Koré)
Ex médecin adjoint au CSC de Kénéba
Médecin chef du centre de santé de référence de Kati
Médecin spécialisé en gestion des hôpitaux

Cher Maître

C'est un grand honneur pour nous de vous avoir comme membre du Jury de ce travail. Nous avons beaucoup apprécié la simplicité et la sympathie avec lesquelles vous avez accepté de jugé ce travail. Vous nous témoignez ainsi cher maître de votre disponibilité pour la formation de futures générations.

Votre rigueur scientifique, votre loyauté, votre attachement au travail bien accomplit, votre humanisme fait de vous un être admiré. Malgré vos occupations vous avez accepté de siéger dans ce jury.

Veillez accepter cher maître l'expression de nos sincères remerciements et notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Elimane Mariko

Coordinateur de la cellule sectorielle de la lutte contre le VIH/SIDA au ministère de la défense.
Pharmacien colonel des forces Armée du Mali ;
Ancien directeur Adjoint des services de santé des Armées (DSSA) ;
Ancien chef du DER des sciences Pharmaceutiques ;
Professeur agrégé en pharmacologie.
Chargé des cours à la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie.

Cher maître
Nous vous sommes gré de l'insigne honneur que vous nous faites en acceptant de diriger cette thèse. Vos qualités de pédagogue, votre rigueur scientifique, votre sympathie nous ont toujours soutenus. Nous sommes très heureux et fier de compter parmi vos élèves. Les mots nous manquent pour exprimer tout le bien que nous pensons de vous.

Recevez ici, cher maître l'expression de notre profonde gratitude, de notre admiration et de notre attachement indéfectible.

A NOTRE MAITRE ET CO- DIRECTEUR DE THESE

Docteur Mahamane M. Maiga

Médecin directeur de l'ASACOBA, spécialisé en Echographie à l'Université de Montpellier (France)
Formateur de handicap international dans le cadre de la lutte contre les paralysies flasques aiguës.
Formateur pour médecin sans frontière.
Responsable au Mali de la fondation pour le développement de l'éducation médicale continue Québec- Mali.
Professeur chargé de cours de maladies transmissibles à l'école de santé Bouctou, à l'école de formation des techniciens socio sanitaires et à l'institut de formation en science de la santé.
Formateur national de GESTA Internationale
Professeur associé département de médecine de famille, faculté de médecine et des sciences de la santé, université de SHERBROOKE (Canada).

Cher maître
Votre richesse intellectuelle, votre rigueur scientifique ; votre souci constant du travail bien fait de la formation de vos élèves font de vous un admirable homme de science.
Durant tout le temps que nous avons passé sous votre aile, nous avons été profondément touché par votre simplicité, votre disponibilité, votre passion pour la science médicale et vos immenses qualités humaines. C'est pour nous l'occasion de vous dire notre sincère attachement et notre profonde admiration. Nous sommes très heureux d'avoir appris auprès de vous.
Vous resterez toujours pour nous une référence.
Trouvez ici, cher maître, l'expression de notre profonde gratitude.

ABREVIATIONS

ADES : Endogène du sahel
ARV : Anti-retro viral.
ASACOBA : Association de santé communautaire de Banconi
B inguinal : Bubon Inguinal
CDAG : Centre de dépistage Anonyme et gratuit
CNAM : Centre National d'appuis à la lutte contre la maladie
CSCOM : Centre de santé communautaire
DEU : Dysurie et ou écoulement urétral.
EDS : Enquête démographique pour la santé
EV/DAB : Ecoulement Vaginal et ou douleur abdominal Base.
INRSP : Institue National de la Recherche en santé publique.
IST : Infection Sexuellement Transmissible.
MST : Maladie Sexuellement transmissible
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONU : Organisation des Nations Unies
RENAGO : Réseau de surveillance de biologiste ou de cliniciens pour les infections à Gonocoque.
RV : Rendez-vous
SIDA : Syndrome Immuno Déficience Acquis
T. Scrotal : Tuméfaction scrotale
TME : Transmission mère enfant
U. Génital : Ulcération Génitale.
VIH : Virus de l'Immuno Déficience Humaine

SOMMAIRE

I. Introduction et objectifs……1

1. Introduction……2
2. Objectifs……4

II. Généralité……5
1. Les infections sexuellement transmissibles……6
2. Les Algorithmes thérapeutiques des syndrome d'IST……..14

III. Méthodologie……21
1. Matériels et méthodes……..22
2. Durée de l'étude……25
3. Population cible……25
4. Echantillonnage……25
5. Déroulement de L'étude……26
6. Protocole du traitement……26
7. Saisie recueil et analyse des données……..26

IV.Résultats……27
V.Commentaire et discussion……55
Conclusion…… 60
Annexes
Bibliographie
Fiche d'enquête
Fiche signalétique
Serment hypocrate

CHAPITRE I
INTRODUCTION ET OBJECTIFS

1 INTRODUCTION

Très peu d'études ont été effectuées sur l'évaluation de l'approche syndromique des IST au MALI.
Les IST (Infections Sexuellement Transmissibles) représentent un problème de santé publique majeur dans le monde. La plupart des ces infections peuvent être diagnostiquées et traitées facilement. Ce n'est qu'en l'absence d'une prise en charge correcte et précoce qu'elles peuvent entraîner des complications (stérilité, mortalité maternelle et du nouveau-né) et des séquelles avec le risque d'être transmises à son ou ses partenaires [16].

Les IST sont représentées par :

- Les maladies à transmission essentiellement sexuelle
- Les maladies pouvant être transmises par voie sexuelle mais non exclusivement [17]

Les IST sont des portes d'entrée de l'infection à VIH.
En effet qu'elles soient ulcératives ou non les IST facilitent la contagiosité et la réceptivité à l'infection à VIH. [21]. Elles peuvent avoir comme impact :
Une diminution de :

- La santé physique
- La santé psychologique
- La santé maternelle, infantile et du nouveau né [3]

- La capacité de travailler (en ralentissant du coups le développement socioéconomique du pays.) : [31]

Une augmentation de :

- La mortalité
- La morbidité
- L'infertilité
- Du nombre d'orphelins

Les IST persistent dans les pays pauvres très endettes à cause de :

- La grande fréquence des IST asymptomatiques
- Le refus de se faire soigner
- La difficulté à avertir le ou les partenaires
- L'ignorance
- La faible accessibilité aux services et aux soins de santé
- Le traitement prescrit de qualité médiocre d'où la résistance élevée [3]
- Le coût élevé du traitement habituel

Ces faits nous imposent l'application de la prise en charge syndromique recommandée par l'OMS.

L'approche syndromique des IST a l'avantage d'être :
- applicable par plusieurs niveaux professionnels,
- Le traitement plus rapide et accessible
- des soins complets proposés aux patients dès la première visite [3]

Les IST à manifestation dermatologique sont référées au CNAM (ex institut MAR chou ou centre d'appui à la lutte contre la maladie). [21]

Les IST à manifestation uro-génitale peuvent être observées ailleurs comme dans les CSCOM qui sont les services de santé de premier niveau.

Ces services ont l'avantage de leur accès, de leur coût peu élevé, de leur proximité pour les malades, le diagnostic des IST est plus clinique que biologique. [23]

D'où un lien adéquat à la mise en œuvre de l'approche syndromique et à l'évaluation de son efficacité. [21]

Au total le CSCOM de Banconi a effectué un nombre record de 41.513 consultations (toutes les catégories confondues) en 2006-2007 avec 27.665 nouveaux patients et 13.848 anciens patients, 45cas de tuberculoses, 44 cas de VIH ,600 cas d'IST, 12379 consultations prénatales. [7]

2. OBJECTIF :

Objectif général :

- Evaluer l'efficacité clinique des algorithmes thérapeutiques proposés par l'OMS dans la prise en charge syndromique des IST.

Objectifs Spécifiques :

- **Rapporter la fréquence des cas**
- Evaluer l'impact thérapeutique des IST
- Proposer des recommandations en vue d'améliorer la prise en charge médicale des patients présentant une IST.

CHAPITRE II
GENERALITES

II/ GENERALITE

1. LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

1.1 - *Définition* : Une IST est une maladie infectieuse qui, comme son nom l'indique, se transmet entre partenaires au cours des différentes formes de rapports sexuels.
Autrefois on les appelait des maladies vénériennes (liées exclusivement à la copulation). L'appellation MTS ou MST (pour maladie sexuellement transmissible) était d'usage courant jusque dans les années 1990. Depuis 1999 elle est remplacée par celle d'IST. Car le terme infection plutôt que maladie prend mieux en compte le fait que certaines infections sont asymptomatiques. Il indique que l'on peut être infecté et contagieux sans être malade. **[17]**

1.2- Epidémiologie des IST :

1.2.1 Terrain ou population cible :

Les IST touchent surtout les personnes de 15 à 49 ans sans distinction de sexe. Les femmes ou hommes à activité homo sexuelle, ou hétéro sexuelle, les toxicomanes. Au Mali on a les femmes libres, les vendeurs ambulants,les coxeurs, les routiers, les aides familiales qui sont les plus touchés. **[11]**

1.2.2- Agent pathogène

On dénombre plus de 20 micros organismes qui se transmettent couramment au cours des rapports sexuels, les plus fréquents sont : le gonocoque, le Tréponema pallidum, le Chlamydia trachomatis, le Candida albicans, le Papilloma Virus, l'Herpes Simplex, le Virus de l'immuno déficience humaine. **[8]**

1.*2.3- Mode de transmission* :

- La voie sexuelle : c'est la principale voie de contamination du VIH et des germes responsables d'IST
- La voie maternelle (mère enfant) ; deux voies de transmission sont possibles :
  -La voie verticale transplacentaire (syphilis congénitale VIH) et
  -La voie filière génitale (conjonctivite du nouveau né).
- la voie buccale : hépatite B et C, jamais de VIH.
- la voie sanguine : hépatite B et C, et VIH **[21]**

1..2.4- <u>Fréquence</u> :

- Selon l'OMS 333 000 000 de cas d'IST surviennent chaque année avec 4 cas d'IST les plus fréquents sont.

- La gonococcie 62 000 000 de cas par an
- La chlamydiose 89 000 000 de cas par an
- La syphilis 12 000 000 de cas par an
- La trichomonase 17 000 000 de cas par an **[11]**

- Selon l'ONU SIDA les personnes vivants avec le VIH sont au nombre de 39,5 millions dans le monde dont 24,7 millions en Afrique subsaharienne et 460 000 en Afrique du nord et au moyen orient. Le nombre de nouveau cas d'infection à VIH en 2008 était de 4,3 millions avec 2,8 millions en Afrique Subsaharienne et 68 000 en Afrique du Nord et au moyen orient. Le nombre de décès dû au SIDA en 2006 était de 2,9 millions à travers le monde avec 2,1 millions en Afrique Subsaharienne et 360 000 en Afrique du Nord et au moyen Orient. En 2000, 600 000 enfants de moins de 15 ans étaient infectés par le VIH dont 520 000 en Afrique ; 90% de ces cas sont dus à la transmission mère enfants (TME)**. [27]**
- En France une étude réalisée par le CDAG (Centre de dépistage Anonyme et gratuit) de Reims a montré que 1,6% sur 130 patients inclus étaient VIH positifs. **[28]**

De 2000 en 2003 une investigation épidémiologique dans 135 centres parisiens a confirmé la recrudescence : - de la Syphilis avec 1089 nouveaux cas : dont 37 cas en 2000, 207 cas en 2001, 417 cas en 2002, 428 cas en 2003. **[22 ; 5]**

- de la gonococcie dont 82 cas pour 100 000 habitants en 2000, 70 cas pour 100 000 habitants en 2002, 105 cas pour 100 000 habitants en 2003
- de la chlamydiose avec 1985 cas en 2002 dont 1343 chez les femmes, 642 chez les hommes.
- De la lymphogranulomatose vénérienne avec 123 cas en 2004 exclusivement chez les homosexuels Masculins. **[2]**

- Au Mali la population totale est de 11 677 000. La population âgée de 15 à 49 ans est de 509 600

La population vivant avec le VIH en 2001
(Adulte = 15 à 49 ans = 110 000 soit 1,7%)
Les enfants de 0 à 14 ans = 13 000
Les orphelins du SIDA en 2001 = 70 000 **[11]**
Le taux de prévalence VIH1 et VIH2 suivant les régions selon l'étude éffectuée par EDS3 en 2001 est :

Bamako 2,5%, Ségou 2%, Koulikoro 1,9%, Kayes 1,9%, Kidal 1,5%, Mopti 1,4%, Sikasso 1%, Tombouctou 0,8%, Gao 0,6%, soit 1,7% du niveau National dont 2,0% pour les femmes et 1,3% pour les hommes .

Le taux de prévalence VIH1 et VIH2 suivant les régions selon l'étude effectuée par EDS4 en 2006 est:
Bamako 2,0%, Mopti 1,6%, Ségou 1,5%, Koulikoro 1,4%, Gao 1,4%, Kayes 0,7%, Kidal 0,6%, Sikasso 0,7%, Tombouctou 0,7%, soit 1,3% du niveau National dont 1,5% pour les femmes et 1% pour les hommes. **[10]**

- ❖ Fréquence de la Syphilis au MALI

Les Femmes libres = 12,7%
Les Vendeuses ambulantes = 11,8%
Les coxeurs = 14,7%
Les routiers = 13,4%
Les aides familiale = 14,3%

- ❖ Fréquence de la gonococcie et de la Trichomonas au MALI

Les Femmes libres = 4,7%
Les Vendeuses ambulantes = 7,0%
Les coxeurs = 5,4%
Les routiers = 3,7%
Les aides familiales = 3,0% **[3]**

1.3- <u>Quelque rappel sur les syndromes cliniques des IST</u> :

Les signes cliniques peuvent être discrets. Il ne faut jamais les négliger.
Les IST ne confèrent pas d'immunité. De façon générale, Les IST se manifestent chez

La femme par :

- Des pertes vaginales
- Des démangeaisons vulvo vaginales ou urétrales
- Des sensations de brûlure lors de la copulation
- Des boutons, des verrues, des plaies sur les organes génitaux, l'anus, la bouche,
- Des douleurs au bas ventre en dehors des règles.

L'homme

- Des écoulements urétraux
- Des démangeaisons génitales

- Des brûlures mictionnelles
- Des boutons, des verrues, des plaies sur les organes génitaux, l'anus, la bouche. **[16 ; 18]**
-

***1.3.1- <u>Tuméfaction scrotale</u>* :**

C'est une inflammation des bourses séreuses, une douleur au scrotum à début brutal presque toujours unilatérale. Le scrotum apparaît rouge œdémateux. La palpation est douloureuse avec ou sans notion d'écoulement urétral. Les germes responsables sont : Naessériae Gonorrhée, trichomonas et chlamydia. **[20]**

FIGURE 1

1.3.2- <u>Ulcération génitale</u> :

Les germes responsables les plus fréquent sont : Tréponème pallidum Haemophilis ducréyi, Calymmato bacterium granulomatis, Chlamydia trachomatis, Herpes virus 1 et 2. **[21]**

1.3.2.1 <u>Ulcération à Tréponème pallidum :</u>

- **Syphilis primaire** :

  L'ulcération génitale est le chancre : une lésion bien circonscrite à surface propre lisse rosée à base indurée avec des adénopathies satellites qui peuvent être inguinales unies ou bilatérales froides et indolores.

FIGURE 2

FIGURE 3

• **Syphilis secondaire** :

. Elle apparaît du 2^{e} mois à la 4^{e} année après le début de la maladie. Les lésions essentielles sont une roséole (tâche rosée, la plaque muqueuse l'alopécie en clairière, la syphilide.

• **Syphilis tertiaire** :

Elle apparaît 10 à 15 ans après la primo infection. Elle consiste en gommes, indolore dans les tissus sous cutanés, les muqueuses, les os, les viscères, et évoluant vers la crudité, le ramollissement, l'ulcération, la cicatrisation. Les complications cardio-vasculaires et neurologiques sont possibles 5 ans après la lésion initiale **[3]**

• **La syphilis congénitale** existe mais semble être en Afrique relativement rare. **[25]**

1.3.2.2 ULCERATION DUE A HAEMOPHILUS DUCREYI

La lésion initiale est appelée chancre mou. Elle est endémique dans les régions tropicales ; l'incubation est de 1 à 14 jours. Elle est douloureuse non indurée multiple **[3].**

1.3.2.3 ULCERATION DUE A CHLAMYDIA TRACHOMATIS GROUPE L1, L2, L3 ;

FIGURE 4

FIGURE 5

La lésion est un chancre mou qui apparaît sur le sillon à la base du gland chez l'homme, sur la partie postérieure de la vulve chez la femme, sur l'anus. Elle peut se compliquer en bubon inguinal à plusieurs fustiles avec un aspect de pomme d'arrosoir. Des complications articulaires, nerveuses et cutanées sont possibles **[20]**

1.3.2.4 ULCERATION DUE A CALYMMATO BACTERIUM GRANULOMATIS. :

La donovanose ou granulome inguinal :

C'est une inflammation granulomatose chronique des muqueuses et des plis cutanés des régions inguinales et anales. A partir d'un nodule ou d'une papule initiale se développe une ulcération à bord ourlé,à fond propre indolore saignant facilement **[3]**

FIGURE 6

1 .3.2.5 ULCERATION DUE AU VIRUS HERPES SIMPLEX 2

Herpes génitale *:*

Elle se manifeste par la survenue sur les organes génitaux et parfois dans la région anorectale, d'une sensation de brûlure suivie par l'apparition de vésicules qui éclatent en laissant des ulcérations .La douleur est vive exacerbée par le contact
Elle est très contagieuse **[20].**

1.3.3 ***Douleur abdominale basse et/ou écoulement vaginal***

Elle sert à designer les infections soupçonnées ou confirmées qui diffusent par voie ascendante à partir du bas appareil génital vers les voies génitales hautes.
Les principaux agents sont :
Neisseria gonorrhoroeae, chlamydia trachomatis, Mycoplasma homini. Les symptômes cliniques observes sont : L'écoulement vaginal, la douleur pelvienne basse, la sensibilité à la mobilisation du col utérin, une température supérieure à 38°C avec une altération de l'état général. **[21]**

1.3.4 Ecoulement urétral :

C'est l'émission d'un liquide pathologique à travers le méat urétrale, les urétrites sont classiquement divisées en : Urétrite gonococcique et en Urétrite non gonococcique. **[9]**

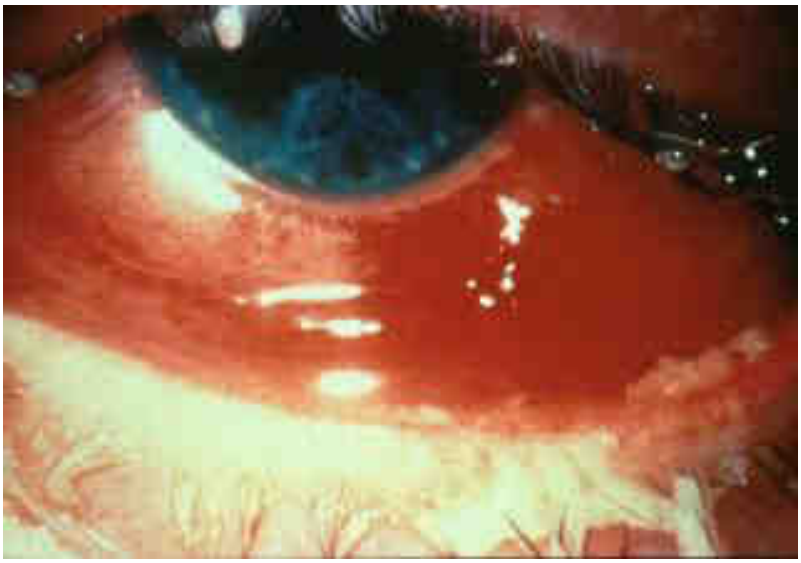
1.3.4.1 Urétrite gonococcique *:*

Elle se manifeste soit par une urétrite antérieure chez l'homme responsable d'un écoulement trouble, purulent associé à des brûlures mictionnelles d'où le nom de chaude pisse. Elle est généralement asymptomatique chez la femme. **[9]**

1.3.4.2 ***Urétrite non gonococcique***

Elle est à évoquer devant tout écoulement urétral après avoir éliminé une gonococcie par un examen complémentaire. Les germes responsables sont : les mycoplasmes (Uréaplasma uréalyticum), la chlamydia, les trichomonas (Protozoaires), les candidas et les germes banals : comme Herpes, Staphylocoque, Streptocoque et Entérocoque. **[9]**

1.3.5 Conjonctivite du Nouveau- né :



C'est une inflammation de la conjonctive d'origine bactérienne (Neisseria Gonorrhoeae qui apparaît 4 à 5 jours après l'accouchement, chlamydia 10 jours après l'accouchement), virale (adenovirus, Herpes)
Les signes fonctionnels sont : l'hyperhémie conjonctivale surtout au niveau du cul de sac, la gène oculaire, une photophobie, un larmoiement avec les sécrétions collant les yeux la nuit. **[9]**

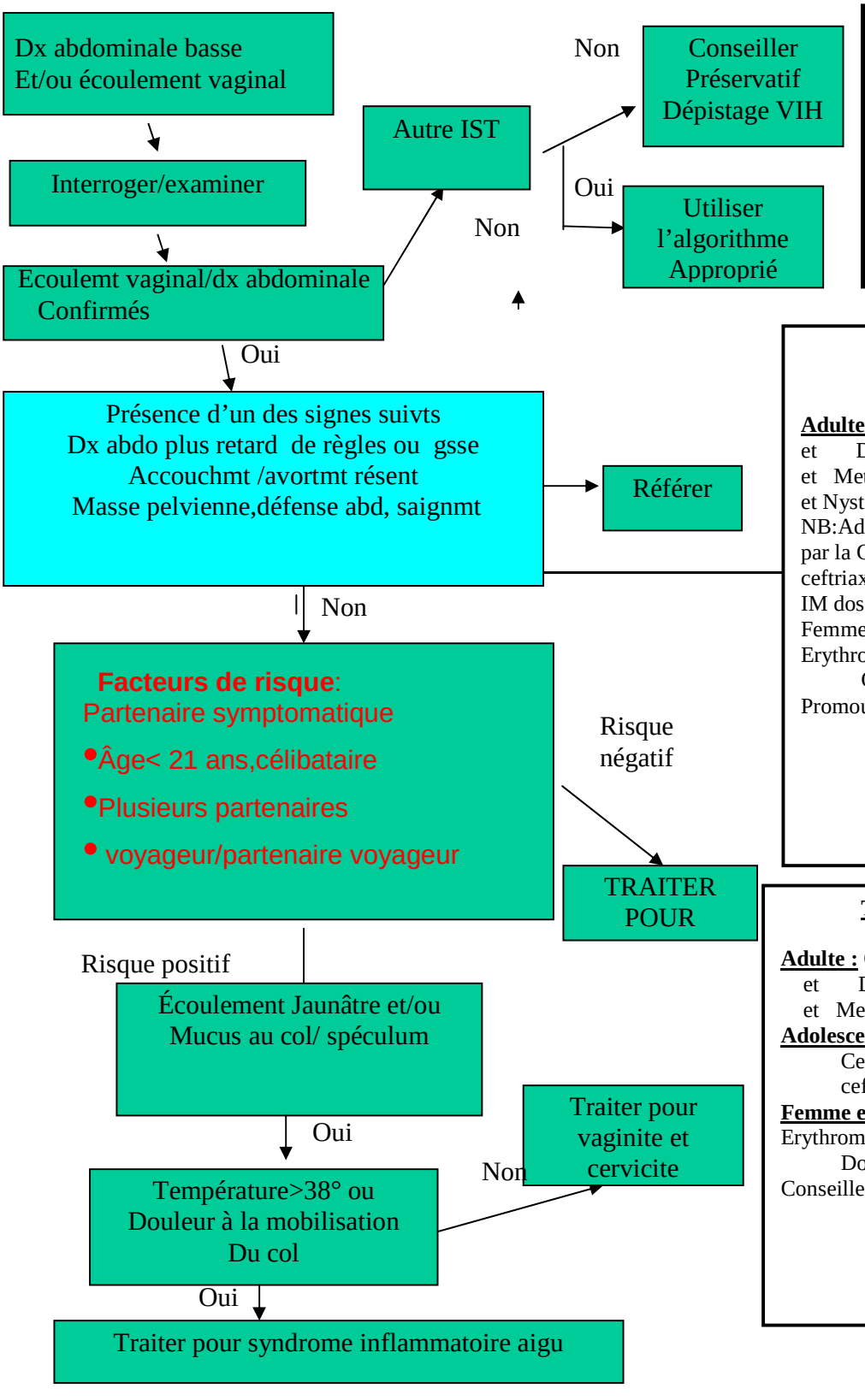
1.3.6 VIH-SIDA : Le virus de l' Immuno Déficience Humaine – Syndrome Immuno Déficience Acquit :

Est devenu la pandémie du siècle. L'épidémie progresse au niveau mondial malgré les préventions et les ARV.

2. LES ALGORITHME THERAPEUTIQUES DES SYNDROMES D'IST

Une étude faite à l'INRSP au Mali, sur les prélèvements urétraux a permis d'obtenir par ordre d'importance des germes responsables d'IST :
Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis, et l'association Neisseria Trichomonas. Par ailleurs, des prélèvements vaginaux ont permis d'identifier les germes responsables de vulvo-vaginite par ordre d'importance ; Candida albicans, Gardenella vaginalis, trichomonas vaginalis, Neisseria Gonorrhoeae, le streptocoque B, Escherichia coli.
Au cours de cette étude a été testée également la sensibilité des germes aux différents anti-biotiques : les antibiotiques les plus efficaces sur Neisseria gonorrhoeae ont été **les fluoroquinolones** (ofloxacine, ciprofloxacine) ; les **céphalosporines de troisièmes génération** : (céfotaxime, cefixime, ceftriaxone) et **les cyclines** (doxycycline, minocycline).
Le mycloplasme est sensible à la doxycycline et à la Josamycine. Quant à candida albicans, il est sensible au **Kétoconazole** et l'éconazole est actif sur 78% des souches, la nystatine est active sur 73% des souches de candida Albicans.
Le tréponema pallidum est sensible à **la benzathine pénicilline** et à **l'érythromycine**. **[21].** C'est pourquoi, le MALI dans sa politique nationale, avait adopté des recommandations nationales.
Une étude réalisée par le réseau de surveillance, de biologiste ou de cliniciens pour les infections à gonocoques (RENAGO) de 2001 à 2003 en France, a montré que Neisseria gonorrhoeae est résistante à la pénicilline ou à la tétracycline environ à 31,4% du total des souches. Aucune résistante à la ceftriaxone et à la spectinomycine n'a été observée. Aux Etats Unis, la ciprofloxacine n'est plus recommandée dans les Etats de Hawaï et de Californie et pour les traitements de Gonococcies. **[4 ; 6].**

SYNDROME ECOULEMENT VAGINAL/DOULEUR ABDOMINALE BASSE



Traiter pour vaginite

Metronidazole 500: 1comp/2fois/j pdt 7j
Et Nystatine ovule 100mg/1fois/J pdt 14j ou
Clotrimazole ovule200mg/J pdt 3j ou
Clotrimazole crème 1 appl/j pdt 7jours

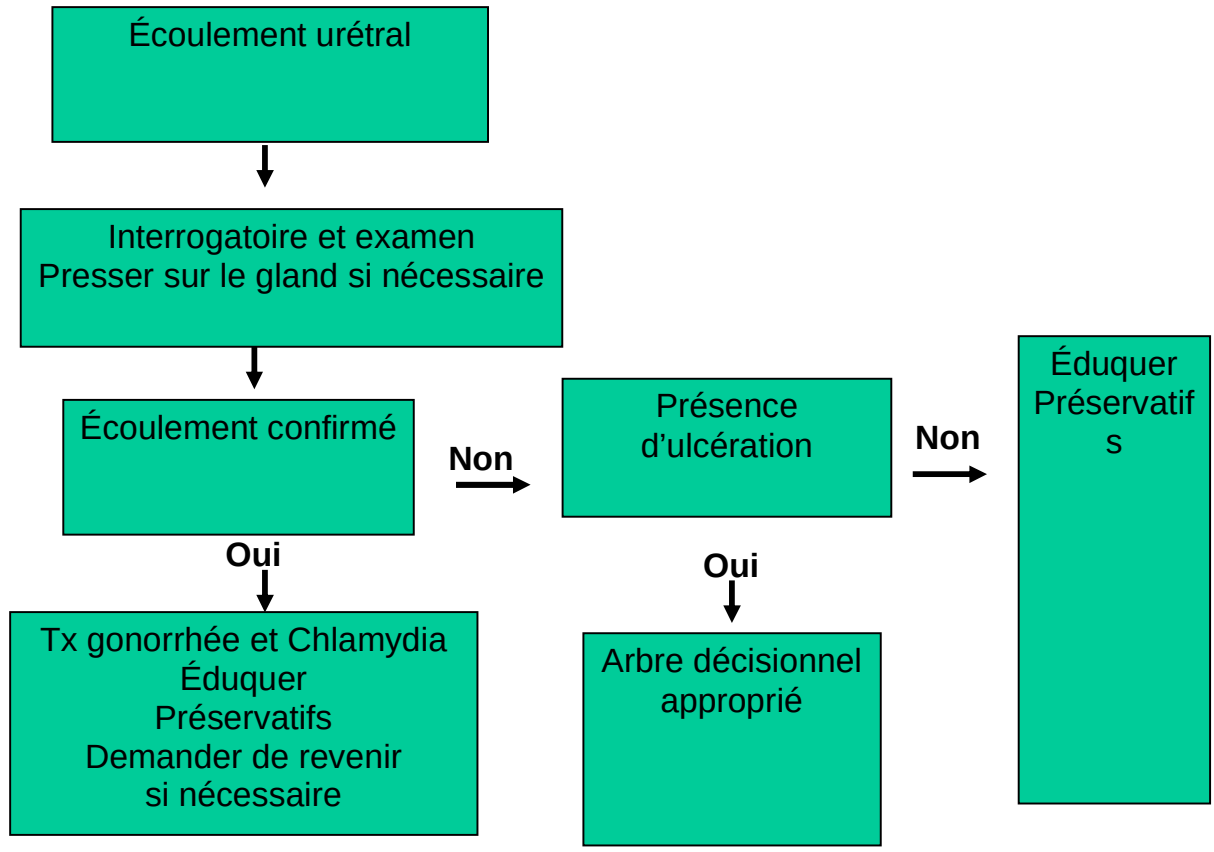
TRAITER POUR CERVICITE ET VAGINITE

Adulte : Ciprofloxacine500mg 1prise unique
et Doxycicline 100mg 1cpx2fois/jpdt 7j
et Metronidazole 500mg 1cpx2fois/j pdt 7j
et Nystatine ovule 200mg 1fois/J pdt 14j
NB:Adolescent < 15ans: la Cipro est remplacer par la Cefixime400mg une seul prise ou la ceftriaxone 500mg en
IM dose unique
Femme enceinte: Cefixime dose unique et Erythromycine500mg 4x/j à la place du Doxy
Conseiller,
Promouvoir préservatif

TRAITER POUR SYNDROME INFLAMMATOIRE AIGUË

Adulte : Ciprofloxacine500mg 1prise unique
et Doxycicline 100mg 1cpx2fois/jpdt 14j
et Metronidazole 500mg 1cpx2fois/j pdt 14j
Adolescent < 15ans: la Cipro est remplacer par la Cefixime400mg une seul prise ou la ceftriaxone 200mg en IM dose unique
Femme enceinte: Cefixime dose unique et Erythromycine500mg 4x/j à la place du Cipro et la Doxycicline
Conseiller, promouvoir préservatif

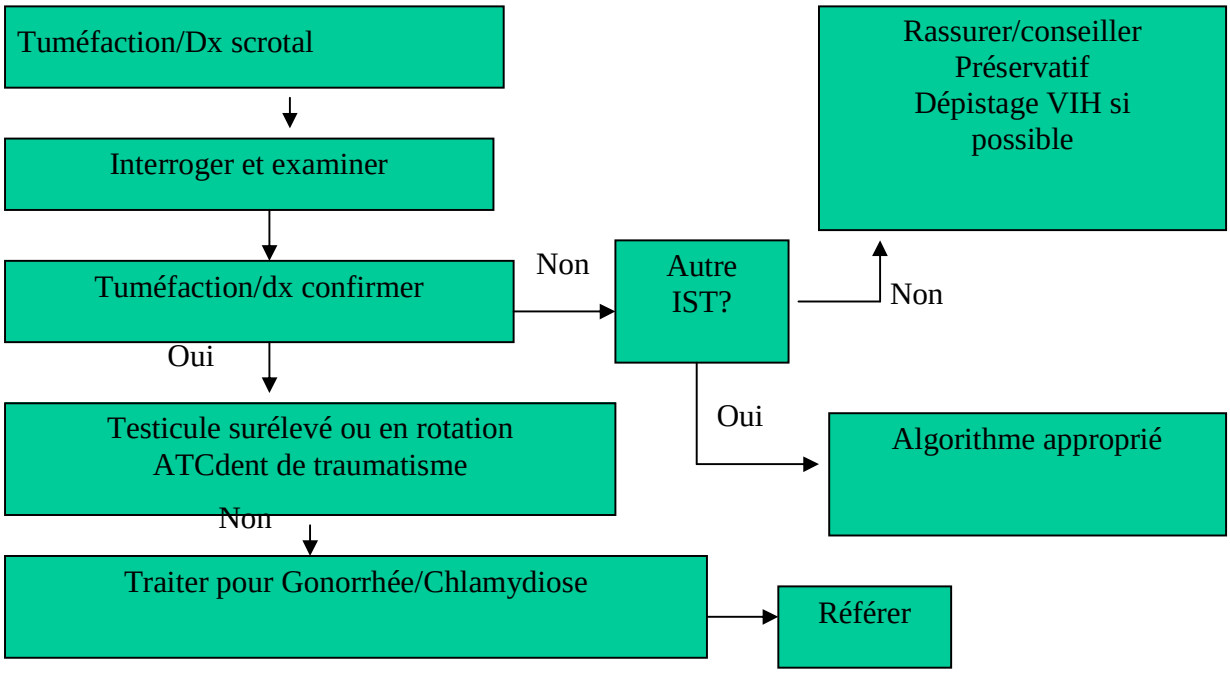
Écoulement urétral



TRAITER POUR GONOCOCCIE ET CHLAMYDIOSE

Ciprofloxacine500mg 1prise unique et Doxycicline 100mg 1cpx2fois/jpdt 7j au cours des répas.
Adolescent < 15ans: la Cipro est remplacer par la fixime400mg une seul prise ou la ceftriaxone 200mg en IM dose unique
Conseiller, promouvoir préservatif. RV 7jours après

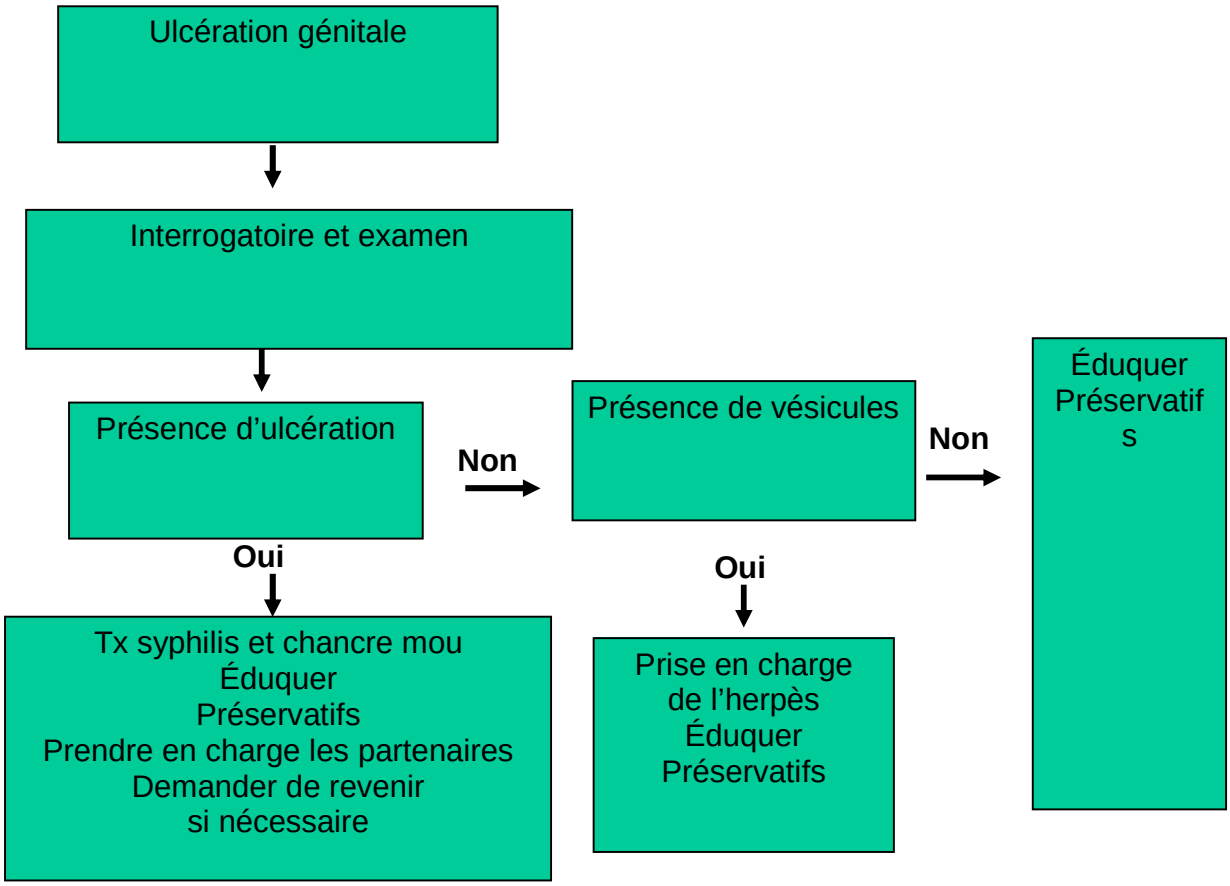
TUMEFACTION DU SCROTUM



TRAITER POUR GONORRHEE ET CHLAMYDIOSE

Ciprofloxacine500mg 1prise unique et Doxycicline 100mg 1cpx2fois/jpdt 7j au cours des repas
Adolescent < 15ans: la Cipro est remplacer par la Cefixime400mg une seul prise ou la ceftriaxone
200mg en IM dose unique
Conseiller, promouvoir préservatif. RV 7jours après

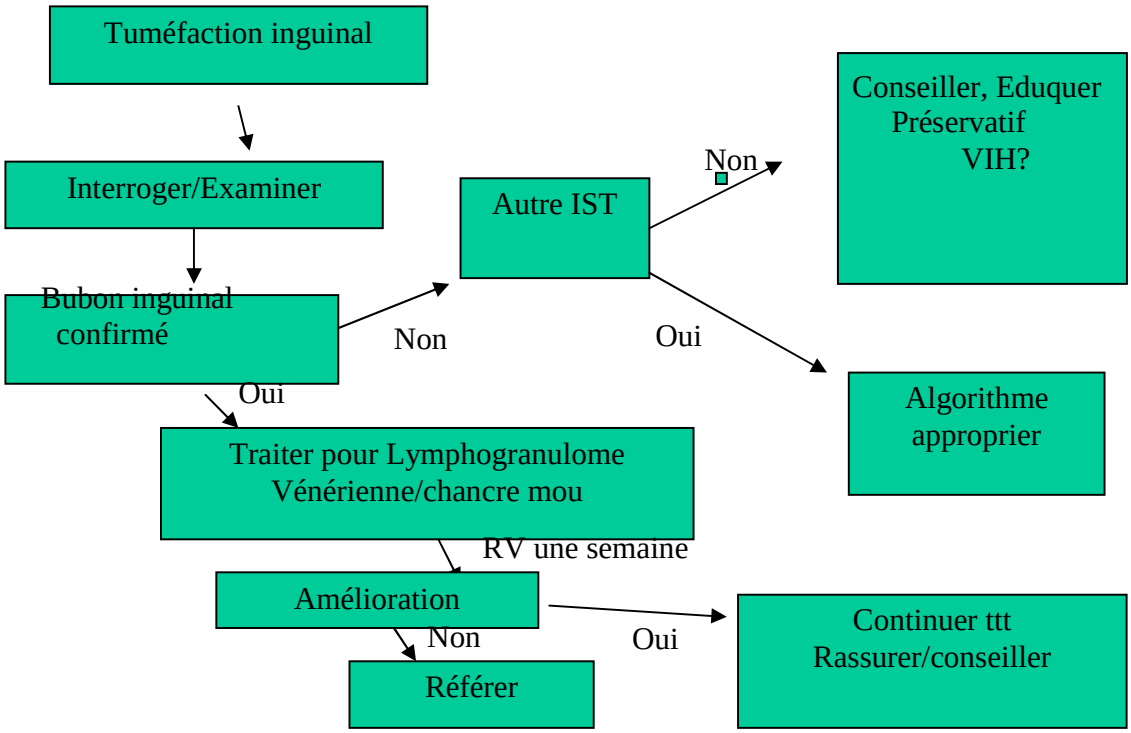
ULCÉRATION GÉNITALE



TRAITEMENT SYPHILIS ET CHANCRE MOU

Traiter la Syphilis:
Benzathine Pénicilline 2,4million UI à injecter en deux injections consécutive en des points séparés
Traiter le Chancre mou :
Cipro 500mgx2fois/j pdt 3jours
Moins de 15ans: Cotrimoxazole 480 2cpx2/J
Femme enceinte ou allaitante:
Erythromycine 500mgx 4/J pdt 7jours

BUBON INGUINAL



TRAITER POUR LYMPHOGRANULOME VENERIENNE ET CHANCRE MOU

Doxycicline 100mg 1cpx2fois/jpdt 14j au cours des repas
Ciprofloxacine500mg 1cpx2/J pdt 3jours **<u>Adolescent < 15ans</u>** et **<u>Femme enceinte</u>**:
Erythromycine500mg per os 4x/j pdt 14j
Pansement si fistule
Ne jamais inciser
Conseiller, promouvoir préservatif

CONJONCTIVE DU NOUVEAU NE

Le nouveau-né présente un écoulement oculaire

Interroger et examiner → **Enflure des paupières bilatérale ou unilatérale (rougeâtre accompagnée d'un écoulement purulent ?**

- **Rassurer la mère**
- **Lui demander de revenir si l'état de l'enfant ne s'améliore pas.**

- **Traiter le bébé pour Gonorrhée et chlamydiose**

1ère intention : Céftriaxone 50 mg/kg en 1 injection IM
et
Erythromycine 50 mg/kg par jour par voie orale divisé en 4 doses
Par jour pendant 10 jours.
- **Auréomycine pommade 1% pendant 10 jours**

Et
- **Laver les yeux du bébé (eau propre – sérum salé 9%)**

& rendez-vous au bout de trois jours

- **Traiter la mère et son (ses) partenaire(s) pour Gonorrhée et Chlamydiose**

Mère (comme femme enceinte) - **Céfixime 400 mg en une seule prise**
et
- **Erythromycine 500 mg per os, 4 fois par jour pendant 7 jours**

Partenaire(s) - **Ciprofloxacine 500 mg en une seulle prise**
Et
- **Doxcycline 100 mg, 2 fois par jour pendant 7 jours au cours des repas**

<u>Conseils</u> :
- **Promouvoir l'utilisation des préservatifs**
- **Proposer le dépistage volontaire à la mère et ses partenaires**

Referez L'enfant → Non → **Amélioration ?** → Oui →
- **Rassurer la mère**
- **Conseilling**

CHAPITRE III
METHODOLOGIE

METHODOLOGIE :

1. ***Matériels et méthodes*** :

1.1 Type d'étude : il s'agit d'une étude rétrospective portant sur les dossiers de 218 patients consultés pour IST cliniquement diagnostiqués

1.2Objectif :

Nous rappelons que l'objectif de notre travail est d'évaluer l'efficacité thérapeutique de la prise en charge syndromique des IST.

Cadre d'étude :

1.3.1 ***Choix de l'étude*** *:*

Notre étude a été réalisée au centre de santé communautaire de Banconi (ASACOBA) le premier et le plus fréquenté du Mali. C'est un établissement à caractère communautaire.

1.3.2 ***PRESENTATION DU CENTRE***

1.3.2.1 GENERALITES

En février 1989 à l'initiative des -'notables" du quartier de Banconi en commune 1 à été crée 1'ASACOBA ou Association de Santé Communautaire de Banconi.

Sa première initiative a été de créer le centre de Santé Communautaire de Banconi qui a ouvert ses portes le 9 Mars 1989. Dans un premier temps, le centre de santé s'est limité à des activités purement curatives. Il s'est rapidement intéressé à la prévention surtout dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant.

Par son caractère communautaire, l'originalité de ce centre réside dans plusieurs principes :

- Autofinancement à partir de ses ressources propres
- Emploi de jeunes diplômés maliens,
- Qualité de l'accueil et des soins,
- Prise en charge de l'ensemble des soins de Santé primaires et Secondaires,
- Information optimale des populations quant aux attitudes nouvelles à acquérir en Matière de Santé.
- Production de service au coût le plus bas possible,

- Recherche de l'impact maximum des services vis à vis de la population du quartier.

L'objectif principal qui lui est assigné est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population du quartier par sa participation active et volontaire.

L' ASACOBA bénéficie de la personnalité morale, et peut donc à ce titre fonctionner selon les principes de gestion d'une véritable entreprise à but non lucratif. Ainsi elle est à même de recruter du personnel n'appartenant pas à la fonction publique et de le payer grâce aux ressources qu'elle dégage de son système de recouvrement des coûts.

1.3.3. DESCRIPTION DU CENTRE

Le centre de santé ASACOBA est situé en plein cœur du quartier de Banconi, dans le secteur de Flabougou en face du goudron principal de Banconi

Le centre de santé de L'ASACOBA est dirigé par un médecin directeur et comprend un personnel technique de 2 3 personnes.

Le centre de santé de l'ASACOBA se compose de :

***a. un dispensaire : qui comprend* :**

- Quatre salles de consultation
- Un dépôt de pharmacie
- Un laboratoire
- Deux salles de soins infirmiers (Salle Isabelle Ridoux et salle de pansement)
- Un grand hangar servant de salle d'accueil et d'attente et différents couloires permet l'orientation des patients.

***b. une maternité : qui comprend* :**

- Un hangar d'attente servant en même temps de salle de causerie
- deux salles de consultation prénatale
- une salle de consultation post natal et de planification familiale
- une salle d'accouchement (avec trois tables d'accouchements)
- une salle de repos pour l'équipe de garde
- deux salles de séjour contenant une dizaine de lits

Ces différentes salles communiquent entre elles par deux couloirs dont l'un interne et l'autre externe.

- Une salle contenant le réfrigérateur de la vaccination tient lieu de trait d'union entre les accouchées et le centre de l'enfant (entre maternité et centre de l'enfant)

- Une dernière salle qui est réservée à l'échographe et à l'électrocardiographe

1.3.3.1. Le Centre De L'enfant :

Derrière le dispensaire un hangar est construit pour recevoir les mères et les enfants: ici sont installés différents matériels nécessaires pour les activités du centre (consultation enfant sain, pesée, causerie, et démonstration nutritionnelle)
Dans le prolongement de ce hangar on note :
- une petite salle d'administration
- une salle de séjour portant le nom de feu Lassana Siby premier président du centre.
- quatre toilettes.

1.3.3.2. Comptabilité et Gestion : Comprend trois salles :

- une salle servant de bureau pour le comptable
- une salle des archives
- une Salle de réunion pour le bureau de l'ASACO avec toilette interne
- une toilette pour les malades externes

En face, le logement du médecin directeur.
Il faut noter que le centre est doté d'une adduction d'eau et d'électricité grâce a la mairie d'Anges.

1.4. ***Le Personnel*** : se compose de :

1.4.1. Personnelle contractuel : tous à la charge de la population de Banconi :
- Trois (3) médecins généralistes
- Quatre (4) Infirmières diplômées d'état dont une tient la pharmacie
- Une (1) Sage femme
- Une (1) Biologiste
- Un (1) comptable
- Un administrateur des archives
- Cinq (5) matrones
- Deux (2) gardiens
- Un (1) chauffeur

1.4.2. ***Personnelle fonctionnaire*** : l'ASACOBA a reçu au cours de l'année du personnel mis à sa disposition par la direction régional du district de Bamako :

- Deux sages femmes
- Une infirmière obstétricienne

1.4.3. ***Autres*** *:*

- Une infirmière obstétricienne de l'Association pour le Développement Endogène du Sahel (ADES) vient en appui au centre de santé
- Le nettoyage est assuré par deux manoeuvres journaliers. **[7]**

2. ***Durée de l'étude*** *:*

Notre étude a duré au total 1 an : de janvier 2006 à janvier 2007. A chaque dossier du Malade inclus, nous affectons un numéro correspondant à ce dossier.

3. Population cible :

L'étude a porté sur les dossiers de 600 malades consultés pour IST clinique au centre de santé communautaire de Banconi.

4. ***Echantillonnage*** :

Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans l'étude tous les dossiers des patients traités ayant présenté l'un des symptômes suivants :

- Ecoulement urétral et ou dysurie
- Ecoulement vaginal et ou douleur abdominale basse
- Conjonctivite du nouveau-né
- Tuméfaction scrotale
- Ulcération génitale
- bubon inguinal.

Critères de non inclusion :

Ont été exclus

- Les patients ne répondant pas aux critères d'inclusions ci-dessus cités
- Les dossiers incomplets ou mal remplis
- Tous les dossiers de VIH confirmés
- Tous les dossiers des patients perdus de vue ou ne s'étant pas présentés au rendez-vous de contrôle.

5. *Déroulement de l'étude :*

De tous les cas d'IST cliniquement diagnostiqués et notifiés dans les dossiers par un médecin consultant, nous collectons les données : l'identification et l'adresse du malade, les rendez-vous, les type d'IST cliniques, le protocole adopté par le médecin, sa conformité selon l'algorithme de l'OMS sur un questionnaire pré-établi (voir annexe).

6. *Protocole du traitement :*

Il s'agit du protocole de l'algorithme thérapeutique édité par l'OMS et adopté par les normes et procédures du Mali.

a) *Examen de contrôle* :

L'évaluation thérapeutique a été faite selon une cotation de 1 à 2

1. **La guérison complète ou efficacité thérapeutique** :
   est considéré comme guérie lorsque le médecin a observé chez le malade traité la sédation de tous les symptômes cliniques à la dernière visite de contrôle.
2. **L'inefficacité thérapeutique ou échec** :
   les malades référés à la suite de la persistance ou l'aggravation des signes.

7. *Saisie, recueil et analyse des donnés* :

Les données recueillies ont été saisies et analysées sur les logiciels Epi Infos 6.

CHAPITRE IV
RESULTATS

RESULTATS

TABLEAU 1: REPARTITION DE L'ECHANTILLON SELON LES TYPES D'IST.

TYPES D'IST	EFFECTIF	POURCENTAGE
CONJONCTIVITE	11	5,05%
BUBON INGUINAL	3	1,38%
ECOULEMENT VAGINAL ET / OU DOULEUR ABDOMINAL BASSE	110	50,46%
TUMEFACTION SCROTALE	4	1,83%
ULCERATION GENITALE	6	2,75%
DYSIRUE ET / OU ECOULEMENT URETRAL	84	38,53%
TOTAL	218	100%

L'écoulement vaginal et/ou douleur abdominale basse étaient plus représentés avec 50,46% des cas

TABLEAU 2 : REPARTITION DE L'ECHANTILLON SELON TRANCHE D'AGE.

TRANCHE d'âge (ans)	EFFECTIF	POURCENTAGE
0-10	11	5 ,05%
11-20	19	8,72%
21-30	104	47,70%
31-40	74	33,94%
41-50	08	3,67%
51-60	02	0,92%
TOTAL	218	100%

Les sujets de 21-30ans étaient plus touchés avec 104 cas soient 47,70%

TABLEAU 3: REPARTITION DE L'ECHANTILLON SELON L'AGE ET LE SEXE.

Tranche d'âge (ans)	Masculin		Féminin		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
0-10	6	2,75	5	2,29	11	5,05
11-20	9	4,13	10	4,59	19	8,72
21-30	20	9,17	84	38,53	104	47,70
31-40	30	13,76	44	20,18	74	33,94
41-50	3	1,38	5	2,29	8	3,67
51-60	2	0,92	0	0	2	0,92
TOTAL	70	32,11	148	67,89	218	100

La tranche d'âge de 31-40 ans était la plus touchée chez les sujets de sexe masculin avec 30 cas (soit 13,76%) et celle comprise entre 21-30 ans était la plus touchée chez le sexe féminin avec 84cas (38,53%)

TABLEAU 4 : REPARTITION DE L'ECHANTILLON SUIVANT LE TYPE D'IST ET LE SEXE.

TYPE D'IST/SEXE	Masculin		Féminin		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
CONJONCTIVITE DU NOUVEAU NE	6	2,75	5	2,29	11	5,04%
BUBON INGUINAL	2	0,92	1	0,46	3	1,38%
ECOULEMENT VAGINAL ET/OU DOULEUR ABDOMINALE BASSE	0	0	110	50,46	110	50,46%
TUMEFACTION. SCROTALE	4	1,83	0	0	4	1,83%
ULCERATION. GENITAL	56	25,69	28	12,84	84	38,53%
DYSIRUE ET /OU ECOULEMENT URETRAL	2	0,92	4	0	6	2 ,76%
TOTAL	**70**	**32,11**	**148**	**67,89**	**218**	**100%**

L'écoulement vaginal et /ou Douleur abdominale basse étaient les plus représentés chez les sujets de sexe féminin avec 110cas (50,46%) et l'ulcération génitale plus représentée chez les sujets de sexe masculin avec56 cas (25,69%)

TABLEAU 5 : REPARTITION DE L'ECHANTILLON SUIVANT LA RESIDENCE.

Résidence	Effectifs	Pourcentage
Commune I	176	80,73%
Commune II	17	7,80%
Commune III	5	2,30%
Commune IV	3	1,40%
Commune V	0	0
Commune VI	3	1,40%
Autres Localités	14	6,42%
Total	218	100,05%

Autres Localités : Abidjan, Dakar, Mopti, Ségou, Kayes, Koutiala, Watagouna, Koulikoro, Nouaddibou, Kita, SébéniKoto, San, Baraouli, Diboli.

Plus de 80% des patients résidaient en commune I où siége le CSCOM.

<u>TABLEAU 6</u> : REPARTITION DE L'ECHANTILLON SUIVANT L'AIRE DE SANTE DE L'ASACOBA ET LES AUTRES SECTEURS DE LA COMMUNE I.

Résidence	Effectifs	Pourcentage
Banconi plateau	60	34,09
Banconi flabougou	10	5,68
Banconi Layebougou	35	19,88
Banconi zekenekorobougou	20	11,36
Banconi salembougou	18	10,22
Banconi badianbougou	14	7,95
Nafadji	7	3,97
Doumanzana	4	2,27
Fadjigula	3	1,70
Djelibougou	2	1,13
Korofina	2	1,13
diangunebougou	1	0,56
TOTAL	176	100

Les secteurs de flabougou et du plateau qui sont les seuls zones de Banconi entièrement couverts par L'ASACOBA représentaient 39,77% et les autres secteurs représentaient 60,23%.

<u>TABLEAU</u> 7 : REPARATION DE L'ECHANTILLON SUIVANT L'ETHNIE.

ETHNIE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Bambara	**60**	**27,52**
Sarakolé	**30**	**13,76**
Peulh	**30**	**13,76**
Dogon	**25**	**11,47**
Malinké	**20**	**9 ,17**
Autres	**18**	**8,26**
Sonrai	**10**	**4,59**
Seuoufo	**10**	**4,59**
Minianka	**9**	**4,13**
Bobo	**6**	**2,75**
Total	**218**	**100**

<u>AUTRES</u> : somono, mossi, maure, tamachek, bozo, dafing, dioula, baoulé, ouolof.

L'ethnie bambara était la plus représenté avec 27,52% suivi des sarakolé et des dogons avec 13,76% chacun

<u>TABLEAU 8</u> : REPARATION DE L'ECHANTILLON SUIVANT LES MOIS.

Mois	EFFECTIF	POURCENTAGE
JANVIER	**6**	**2,75%**
FEVRIER	**20**	**9,17%**
MARS	**38**	**17,43%**
AVRIL	**60**	**27,52%**
MAI	**15**	**6,88%**
JUIN	**23**	**10,55%**
JUILLET	**20**	**9,17%**
AOUT	**00**	**00%**
OCTOBRE	**11**	**5,05%**
NOVEMBRE	**18**	**8,26%**
DECEMBRE	**7**	**3,22%**
TOTAL	**218**	**100%**

Les mois de mars, avril et juin ont enregistré le plus grand nombre de consultation avec respectivement 17,43% et 27,52% de l'effectif total

<u>TABLEAU 9</u> : REPARTITION DE L'ECHANTILLON SUIVANT LE STATUE MATRIMONIAL

statue matrimoniale	effectif	pourcentage
mariés	**103**	**47,2%**
célibataires	**65**	**29,8%**
Divorcés	**35**	**16,1%**
VEUFS	**15**	**6,9%**
TOTAL	**218**	**100%**

47,2% des sujets étaient mariés, les célibataires représentaient 29,8%, par ailleurs nous avons noté 16,1% de divorcés et 6,9% des veufs.

<u>TABLEAU</u> 10 : REPARATION DE L'ECHANTILLON SUIVANT LA CONFORMITE DU PROTOCOLE.

Conformité du protocole	effectif	pourcentage
oui	215	98,62%
non	3	1,38%
TOTAL	218	100%

La prescription des médecins est conforme dans plus de 98% des cas

<u>TABLEAU 11 :</u> REPARTITION DE L'ECHANTILLONS SUIVANT LE NOMBRE TOTAL DE CAS ET L'EFFICACITE THERAPEUTIQUE

Type d'IST	Guérison ou succès thérapeutique		Aggravé ou échec thérapeutique		Total	
	Effectif	Pourcentage	**Effectif**	Pourcentage	**Effectif**	**%**
Conjonctivite	10	4,59	1	0,46	11	5,05
Bubon inguinal	1	0,46	2	0,92	3	1,38
EV/DAB	108	49,54	2	0,92	110	50,46
T. Scrotale	3	1,37	1	0,46	4	1,83
U. Génitale	4	1,83	2	0,92	6	2,75
DEU	84	38,53	0	0	84	38,53
Total	**210**	**96,32%**	**8**	**3,68%**	**218**	**100%**

Sur les 218patients inclus nous avons enregistré 96,32 % de guérison totale et moins de 4% de cas aggravés

<u>TABLEAU 12 :</u> REPARTITION DE L'ECHANTILLONS SUIVANT LES TYPES D'IST ET LES RESULTATS DU TRAITEMENT SYNDROMIQUE

Type d'IST	Guérison ou succès thérapeutique		Aggravé ou échec thérapeutique		Total	
	Effectif	Pourcentage	**Effectif**	Pourcentage	**Effectif**	**%**
Conjonctivite	10	91	1	9	11	100
Bubon inguinal	1	33,3	2	66,7	3	100
EV/DAB	108	98,18	2	1,82	110	100
T. Scrotale	3	75	1	25	4	100
U. Génitale	4	66,7	2	33,3	6	100
DEU	84	100	0	0	84	100

Le plus fort taux de succès a été constaté dans le traitement de l'écoulemente urétral et ou dysurie avec 100% suivi de l'écoulement vaginal et ou douleur abdominal basse avec 98,18%, puis de conjonctivite avec 91%, de tuméfaction Scrotale 75%, et de l'ulcération génitale avec 66,7%.

Le plus faible taux de succès a été constaté dans le traitement du bubon inguinal avec 33,3%.

<u>TABLEAU 13 :</u> REPARTITION SUIVANT LA CONFORMITE DE LA PRESCRIPTION DU MEDECIN

CONFERMIT DU PROTOCOLE	Algorithme conjonctivite		Algorithme B. inguinal		Algorithme T. Scrotale		Algorithme EV/DAB		Algorithme U. Génitale		Algorithme DEU		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
OUI	11	5,04	2	0,92	4	1,83	110	50,46	5	2,29	83	38,07	215	98,62
NON	0	0	1	0,46	0	0	0	0	1	0,46	1	0,46	3	1,38
Total	11	504	3	1,38	4	1,83	110	50,46	6	2,75	84	38,53	218	100%

Les médecins ont été conformes dans 98,62% dans leurs prescriptions et n'ont pas respecté l'algorithme que dans 1,38% des cas.

TABLEAU 14 : REPARTITION SUIVANT LA PROFESSION

Profession	Effectif	%
Ménagère	102	46,79
Commerçant	38	17,43
Routiers	26	11,93
Autres	14	6,42
Etudiants / Elèves	10	04,59
Aides Familiales	8	3,67
Tailleurs	7	3,21
Coiffeurs	6	02,75
Secrétaire	4	1,83
Teinturières	3	1,38
Total	118	100

Autres : Bijoutier, Exploitant de sable, Menuiserie, Ingénieurs, Chasseurs, Transitaires, Animateurs.

Plus de 40%des sujets étaient les ménagères, les commerçants 17,43% les routiers 11,93%

<u>TABLEAU</u> 15 : REPARTITION DE L'ECHANTILLON SUIVANT LE NOMBRE DE CONSULTATION ET LE SEXE

Durée du traitement	Masculin		Féminin		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Nouveaux Patients	52	23,85	118	54,13	170	77,98
Anciens patients	18	8,26	30	13,76	48	22,02
Total	70	32,11	148	67,89	218	100

Parmi les 70 patients masculins 52 (soient 23,85%) étaient nouveaux (c'est à dire n'ont consulté qu'une seule fois), 18 étaient anciens (c'est à dire qu'ils ont consulté au moins deux fois).
Parmi les 148 patients féminins 118 étaient nouveaux (consultés qu'une seule fois) et 30 étaient anciens (au moins deux fois).

<u>TABLEAU 16</u> : REPARTITION DE L'ECHANTILLON SUIVANT LE NOMBRE DE CONSULTATION ET LES TYPES D'IST

Types d'IST	Nouveaux Patients		Anciens Patients		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Conjonctivite du nouveau né	9	4,13	2	0,92	11	5,05
Bubon inguinal	0	0	3	1,38	3	1,38
ECOULEMENT VAGINAL ET/OU DOULEUR ABDOMINALE BASSE	100	45,87	10	4,59	110	50,46
Tuméfaction Scrotale	1	0,46	3	1,38	4	1,84
Ulcération génitale	0	0	6	2,75	6	2,75
Dysurie et ou écoulement urétral	60	27,52	24	11,00	84	38,52
Total	170	77,98	48	22,02	218	100

Chez les nouveaux patients (malades ayant été consultés qu'une seule fois) 100cas (soient 45,87%) étaient écoulement vaginal et/ou douleur abdominale basse, 60 cas (soient 27,52%) étaient dysurie et /ou écoulement urétral.
Chez les anciens patients (malades ayant été consultés au moins deux fois) 10 cas (soient 4,59%) étaient écoulement vaginal et/ou douleur abdominale basse, 24 cas (soient 11%) étaient dysurie et /ou écoulement urétral.

<u>TABLEAU 17</u> : REPARTITION DE L'ECHANTILLON EN FONCTION DES TYPES D'IST et DE L'AGE.

Ages	Conjonctivite n (%)	B. inguinal n (%)	T Scrotal n (%)	E.V/ DAB n (%)	U génital n (%)	DEU n (%)	Total n (%)
0-10	11 5.05%	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	11 5,04
11-20	0 0%	1 0,46	1 0,46	7 3,21	2 0,91	8 3,67	19 8,72
21-30	0 0%	1 0,46	1 0,46	60 27,52	2 0,91	40 18,35	104 47,70
31-40	0 0%	1 0,46	1 0,46	40 18,34	2 0,91	30 13,76	74 33,90
41-50	0 0%	0 0	1 0,46	3 1,38	0 0	4 1,83	8 3,67
51-60	0 0%	0 0	0 0	0 0	0 0	2 0,91	2 0,92
Total	11 5,05	3 1,38	4 1,84	110 50,46	6 2,76	84 38,53	218 100

L'écoulement vaginal et /ou douleur abdominale basse représentaient la pathologie la plus fréquente avec 110 cas (plus de 50%) suivie de dysurie et ou écoulement urétrale 84 cas (soit 38,53%). .La tranche d'âge de21-30 était plus touchée avec respectivement 60 cas (soient 27,52%), et 40 cas (soient 18,35%)

<u>TABLEAU 18</u> : REPARTITION DE L'ECHANTILLON EN FONCTION DU NOMBRE DE CONSULTATION ET L'AGE

AGE	NOUVEAUX PATIENTS		ANCIENS PATIENTS		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
0-10	9	4,13	2	0,92	11	5,05
11-20	16	7,34	3	1,38	19	8,72
21-30	66	30,27	38	17,43	104	47,70
31-40	70	32,11	4	1,83	74	33,94
41-50	7	3,21	1	0,46	8	3,67
51-60	2	0,92	0	0	2	0,92
Total	170	77,98	48	22,02	218	100

170 patients (77,98%) étaient consultés une seule fois avec environ 70 cas (32,11%) dans la tranche d'âge 31-40 ans.

48 patients étaient consultés au moins deux fois avec 38 cas (17,43%) dans la tranche d'âge 21-30 ans.

CHAPITRE V
COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :

Discussions Méthodologique :

1. SUR L'ECHANTILLON

Le choix de notre lieu d'étude se justifie par :

- Le fait que le CSCOM constitue la base de la pyramide sanitaire
- Son rapprochement à la population
- Sa très grande fréquentation avec un nombre record de 41.513 malades en 2006 -2007.

Dans ce travail, nous avons sorti l'utilisation et l'efficacité de l'approche thérapeutique .

Notre échantillon représentait plus du tiers de l'ensemble des dossiers d' IST

DISCUSSIONS EPIDEMIOLOGIQUE :

1. PROFILS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

1.1 LE SEXE :

Il ressort dans notre étude que le sujet de sexe féminin (67,89%) était le plus représenté par rapport au sujet de sexe masculin (32,11%). Cela s'explique par l'importance de l'activité gyneco-obstétrique du centre (CPN) et sa proximité du marché d'où sa grande fréquentation par les femmes. Cette prédominance féminine des IST a été prouvée par Sadia Diarra qui trouve 68,42% de femmes contre 31,58% d'hommes **[30]** aussi par le centre de dépistage anonyme et gratuit(CDAG) de Reims en France qui montre une prévalence (61,45%) chez les femmes contre (38,55%) chez les hommes.[**28]**

- Par ailleurs Mamady Camara rapporte le sexe ratio de 1,16 en faveur des femmes. **[24]**

1.2 L'AGE :

Dans notre étude, les tranches d'âge entre 21-30 ans (47,70%) sont les plus atteintes par les IST. Ses résultats se rapprochent à ceux de L Diarra [21], et de Keita T [19], selon lesquels respectivement les tranches d'âge 26-35 ans (soit 39,8%) et 20-40 ans étaient les plus représentées .Par contre F. Ly et collaborateurs trouvent à Dakar que la tranche d'âge atteinte est de 30-49 ans (44%) **[12].**

IL s'agit là de la tranche d'âge la plus active sexuellement ; Cela pourrait s'expliquer par le fait que notre population est jeune.

1.3 ***LE STATUT MATRIMONIAL*** *:*

47,2% des patients étaient mariés (dont 44% en régime monogame, 3,2% en polygame). 29,8% des patients étaient célibataires, 16,1% étaient divorcés et 6,9% étaient veufs. Nos résultats sont supérieurs à ceux de F. Ly et collaborateurs qui constatent que 43% des patients étaient mariés (dont 40% en régime monogame, 3% en régime polygame). Et 5% divorcés **[12]**. Ra. Diallo dans sa thèse de pharmacie avait trouvé 22,98% de célibataires **[29],** et Lassana Diarra 2,7% de veufs **[21].** Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que la majorité de nos patients étaient des sujets mariés
Cela montre que le statut de marié qui semble prémunir contre les IST pourrait être considéré ici comme un statut à risque

1.4 ***LA RESIDENCE*** :
Environ 80,73% résidaient en commune I, ce qui semble être lié au lieu de l'étude;ce constat a été fait par I koita qui trouve que 81,4% de ses patients examinés à Bamako residaient en commune I . **[15]**

1 .5 L'AIRE DE SANTE DU CSCOM EN COMMUNE I

Plus de 60% des consultations étaient en dehors de l'aire de santé de l'ASACOBA. Ce constat est contraire à celui de M .K TRAORE **[23]** qui affirmait que les malades venant de la COMMUNE I sont constitués en grande partie des populations de Banconi résidant dans l'aire de santé attribuée à l'ASACOBA. Cela pourrait s'expliquer par la qualité des prestations au cscom de Banconi.

1.6 PROFESSIONS *:*

Les professions (ménagères 46,7%) commerçants (17,43%), routiers (11,93%) dominaient dans notre échantillon et les autres professions étaient faiblement représentées. D'autres études réalisées au Mali avaient trouvé les résultats similaires **:** L. DIARRA **(**ménagères 47%) commerçantes (19%), **[21],**
T. KEITA (commerçants 19%), **[19].**
Cela s'explique par le fait que ce sont des professions exposées

1.6 ETHNIE
Les ethnies Bambara et Peuhle étaient les plus représentées avec respectivement 27,52% et 13,76% ; Car la population de Banconi est en majorité Bambara.

1.7 MOIS
Le mois de mars et le mois d'avril ont enregistrés le plus grand nombre de consultation avec respectivement 17,43% et 27,52%. Cela pourrait s'expliquer par le fait que c'est la période de l'année pendant laquelle il y'aurait la présence accrue de la population rurale dans les grandes villes.

1 DISCUSSION CLINIQUE :

DIFFERENTS TYPE D'IST :

L'analyse des types IST nous permet de dire que 50,46% étaient un écoulement vaginal et ou douleur abdominale basse. Ces résultats sont proches de ceux de :

- Meheusa et collaborateur au SwaziLand qui trouvaient 52%. **[26]**
- GIEYE et collaborateur qui rapportaient 48,6% à kaolak et pikine au Sénégal. **[1]** Par contre ils sont inférieurs à ceux de,
- Hanson et collaborateurs en Zambie qui rapportent 80% **[14]** ;
- L. DIARRA **[21]** au Mali qui constate 66,90% ;

Quant à l'écoulement urétral et ou dysurie, ils représentaient 38,53%. D'autres études effectuées ont trouvé les résultats différents :

- A Dakar F. Ly et collaborateurs **[12]** dans leurs études sur l'évaluation de l'algorithme syndromique affirment 55% d'écoulement urétral, 13% d'ulcération génitale.

NOMBRES DE CONSULTATION :

Sur les 218 patients inclus, 170 (77,98%) étaient consultés et guéris une seule fois ; et 48 patients (22,02%) étaient consultés au moins deux fois.

Notre résultat est proche de celui de F. Ly et collaborateurs **[12]** qui trouvent au Sénégal que 54% des patients inclus étaient guéris dès la consultation initiale et 36% étaient guéris après une seconde consultation ou plus.

Cela pourrait s'expliquer par une consultation tardive, ou par une auto médication, mais également par une surinfection car plus de la moitié des patients revus au Sénégal n'avaient fait état de tentative d'information de son ou de ses partenaires « Suspecter » .Seul 5 partenaires sur une centaine possible se sont présentés au centre de santé de référence de l'IHS (institut d'hygiène social) pour une prise en charge. **[12]**

DISCUSSION THERAPEUTIQUE :

2.3.1 *CONFORMITE DE LA PRESCRIPTION DU MEDECIN*

Dans notre étude : 98,62% des prescriptions étaient conformes à celles éditées par l'OMS. Ces résultats sont contraires de ceux :

- de F. Ly et collaborateur qui constatent que le traitement prescrit en première intention par un agent de santé au Sénégal n'était pas conforme aux recommandations Nationales. Cela a été attribué à un défaut de formation ou une formation insuffisante**.[12]**
- de Gieye. et collaborateurs qui prouvaient au Sénégal que le traitement prescrit n'était en adéquation avec une IST que dans 25,6% des cas. **[1]**

2.3.2 ***EFFICACITE THERAPEUTIQUE*** :

Nous avons remarqué au total que (96,33%) des malades étaient complètement guéris et seulement (3,67%) n'étaient pas guéris. Ces résultats sont proches de ceux de :

- F. Ly et collaborateurs qui ont confirmé l'excellente efficacité des traitements prescrits dans le cadre de l'approche syndromique en vigueur au Sénégal avec un taux d'efficacité de 98%, **[12]**
- Gieye et collaborateurs au Sénégal trouvaient 84,6% de guérison complète, **[1]**
- Hamson et collaborateurs en Zambie 95,5% de guérison complète. **[14]**

Par contre, les travaux similaires réalisés chez les prostituées féminines au Bénin par Germaine et collaborateur **[13]** ont mis en évidence une efficacité beaucoup plus faible (39,8%). Cela pourrait s'expliquer par le non suivi correct du protocole comme indiqué, mais également par leur profession très risquée

CHAPITRE VI
CONCLUSIONS

CONCLUSIONS

. L'OMS propose la prise en charge des IST selon l'approche syndromique dans les pays où le diagnostic de laboratoire ne peut pas être réalisé à cause des résultats douteux ou en raison des ressources humaines et de la qualité du matériel.

Notre étude rétrospective menée au CSCOM de Banconi de janvier 2006 à janvier 2007 avait pour but de faire ressortir l'utilisation et l'efficacité de l'approche syndromique des IST au Mali.
L'échantillon a porté sur les dossiers de 218 patients traités pour IST ; le sexe ratio était de 2,17 en faveur du sexe féminin. La majorité des patients étaient ménagères et mariées ; la tranche d'âge 21-30 ans était plus atteinte. Tous les cas avaient été diagnostiqués cliniquement sans examens complémentaires

Sur le plan de la prise en charge syndromique, les algorithmes ont été correctement appliqués par les médecins à chaque type 'IST avec une réponse thérapeutique efficace dans :
66,7% pour l'ulcération génitale, 75% pour la tuméfaction scrotale, 91%, 98% et 100% pour respectivement la conjonctivite du nouveau-né, l'écoulement vaginal et ou douleur abdominale basse, dysurie et ou écoulement urétral.

Seul dans le bubon inguinal, le succès thérapeutique n'a été que 33,3%. De façon générale, une guérison de 96,33% de l'effectif total et un échec dans moins de 4% des cas a été constatée.

Les résultats de notre étude, non représentatifs de la population générale du Mali, pourraient être répétés en menant d'autres études couvrant la plus grande majorité de la population.

RECOMMANDATIONS

Au terme des résultats et des conclusions de notre étude, nous formulons les recommandations suivantes :

1. Renforcer la capacité de formation des professionnels de la santé

2. Accentuer les campagnes de sensibilisations sur les préventions et sur le dépistage précoce des IST VIH – SIDA à tous les niveaux.

3. La collaboration pluridisciplinaire des médecins, des pharmacologues, des biologistes, des épidémiologistes doit être constituée pour une évaluation des protocoles thérapeutiques.

4. La formation de réseaux permettant une surveillance épidémiologique des IST

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. A.M Dieye et Collaborateurs : Évaluation de l'efficacité du traitement des écoulement urétraux selon l'approche syndromique au Sénégal: travaux de médecin et du laboratoire de pharmacologie et de physiologie à la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie Cheick Anta Diop de Dakar. Médecine tropicale 2003 ; 63 : 45 -8

2. Bilan Annuel du réseau de surveillance sentinelle 2003 en France : Médecine et Maladies infectieuses 35(2005) 281-289

3. Carol Valois MD, Robert Williams MD : département de médecine de famille .Université de sherbrooke . Avec la collaboration de : Mahamane Maiga MD, Boulkassoum Maiga MD,Brehima Togola MD.
Fondation pour le développement de la formation médicale Quebec-Mali. Version 2005 P : 2 ; 4 ; 5 ; 8 ; 14

4. Center For Disease control and Prevention increases in fluoroquinolone resistant neisseria gonorhoeae a mong men ho have sex with men united states 2003 and revised recommandation for gonorhoea treatement 2004 53: 335-8.

5. Couturier E. et collaborateurs : Résurgence de la syphilis en France 2000-2001 Bulletin Epidémologique hebdomadaire 2001 ; 35-36 : 167-75

6. Dan M. The use of fluoroquinolones in gonorhoeae. The increasing problem of resistance. Exp opin pharmacoter 2004. 5 : 829-54

7. Dr M. Maiga : rapport annuel 2006- 2007 des activités du CSCOM de banconi

8. 2eme Edition Masson, M. Dolivo et collaborateur : maladies transmises par voies sexuelles.

9. Essentiel médicale de poche François Aubert/ Phillipe guitard 2è édition

10. Enquête démographique de la santé au Mali. EDSM III 2001, EDSM IV 2006

11. Etude du programme National de lutte contre le SIDA. PNLS/CDC Atlanta 2000 : prévalence des IST au Mali version 2006 P :5

12. F. Ly et collaborateurs : étude prospective des Infections sexuellement transmissibles aux centre de santé de référence pour les IST à Dakar IHS (Institue d'hygiène sociale). Médecine tropicale 2006 ; 66 : 64-68
.
13. Germain M. Alary M. Guedemea et coll : Evaluation of screening algorithm for the diagnosis of genital infections with Neisseriae gonorhoeae and Chlamydia trachomatis among female sex workers in Bénin. Sex transm Dis 1997 ; 24 : 109 – 115.

14. Hanson S, Sunkutu RM, Kamaga J. et Collaborateurs STD car in Zambia. An évaluation of the guidelines for case management through a syndromic approach. Int J STD AIDS 1996 ; 7 : 324-332

15. Ibrahima Koita : place Nasseriae gonorrheae, candida albicans, Trichomonas vaginalis et gardenella vaginalis dans infections genitales chez 275 femmes examinées à BAMAKO thèse de pharmacie 2000 N° 02 P : 57 ; 58

16. Infection sexuellement transmissible article Abbara http://www.alyabbara.com P : 1

17. Infection sexuellement transmissible article de wikipedia encyclopédie libre http://fr.wikipedia.org P : 1 ; 2 ; 27

18. Infection sexuellement transmissible esculape www.esculape.com P : 2

19. Keita Tamadian aspect épidémiologique clinique et prise en charge des dermatoses, lèpre VIH SIDA à la polyclinique El Helal De Djikoroni Para thèse de médecine 2000. N° 77 P : 67

20. Larousse Médicale (VUEF édition 2002) P : 998 ; 999

21. Lassana Diarra : Profil épidemio-clinique des IST et évaluation des l'algorithme de la prise en charge syndromique au centre de santé de référence de la commune V thèse de médecine 2000-2001 N°01M73.
P : 3 ; 14.

22. M. Herida et collaborateur des hôpitaux SAINT LOUIS ET TARNIER COCHIN (PARIS), de l'hôpital pellegrin(bordeaux France) : l'épidémiologie des infections sexuellement transmissibles en France ;médecine et maladies infectieuses 35(2005)281-286
P : 283

23. Maimouna Koké Traoré : Qualité de la surveillance prénatale au CSCOM de Banconi, thèse de médecine 2000-2001.

24. Mamady camara aspect épidémiologique clinique et prise en charge des dermatoses et des IST à Kayes. Thèse de médecine 2006 N°200
P : 1 ; 74

25. Marc Gentillini et Bernard B. Dufflo : Médecine tropicale, édition Flamarion Médecine de Science. P :955

26. Meheusa, and Piot P. Lutte contre les maladies sexuellement Transmissibles dans le pays en voie de développement. Ann Soc Belg Med Tropical 1983 ; 63 : 281-311

27. Point sur l'épidémie du SIDA : Programme commun des nations Unies sur le SIDA (ONU SIDA OMS) version décembre 2006
P : 64 ; 65 ; 66 ; 67

28. Prévalence des infections sexuellement transmissibles asymptomatique chez des sujets à hauts risques consultant dans un centre de dépistage anonyme et gratuit du SIDA (CDAG) Reims France. I. Toskin et collaborateur Ann Dermatol venereol 2004 ; 131 : 251-4
P : 251 ; 252

29. Ramata Diallo prévalence de Nasseriae gonorrheae, candida albicans, Trichomonas vaginalis et gardenella vaginalis parmi les infections génitales féminines à BAMAKO thèse de pharmacie 1993 N°1 P : 51 ;52

30. SADIA DIARRA aspect épidémiologique clinique et prise en charge des dermatoses et des IST au centre de santé de référence de la commune V thèse de médecine 2006 N°97 P : 56

31. Sylvia Tamal chercheur et doyenne de l'université de Marakey en ouganda. Women and HIV SIDA version 2006.

FICHE D'ENQUETE

I. Donné Générale

Numéro d'enregistrement : ……..
Date : ……
Nom : ……
Prénom : ……
Age : ……..
Sexe : …….
Profession : ……
Ethnie : ……..
Résidence :……..

II. Les références diagnostics

- Les types d'IST diagnostiqués cliniquement
- Ecoulement vaginal et/ou douleur abdominale basse ☐
- Ecoulement urétral et/ou dysuries ☐
- Bubon inguinal ☐
- Tuméfaction Scrotale ☐
- Ulcération génitale ☐
- Conjonctivite du Nouveau-né ☐

III. Protocole retenu suivant l'OMS

Antibiotiques :
Nom : …….
La posologie : ……
La durée : ……...

Anti-septique :
Nom : …….
La posologie : ……
La durée : ……...

Autres traitements :
Nom : …….
La posologie : ……
La durée : ……...

IV. Protocole adopté par le médecin :

Nom : …….
La posologie : ……
La durée : ……...

V. <u>Conformité de la prescription du médecin par rapport aux recommandations Nationales</u>

OUI ☐ NON ☐

VI. <u>Nombre de consultations</u>

Nouveaux patients ☐ Anciens Patients ☐

VII. **<u>Résultat du traitement</u>** :

Patients satisfaits ou guéris ☐ Patient non satisfaits ou aggravés ☐

<u>NB</u> : Nouveaux patients = Malade ayant fait une seul consultation
Anciens patients = Malade ayant été consulté au moins deux fois.

FICHE SIGNALITIQUE

Nom :	Diawara
Prénom :	Seydou Sékou
Titre de la thèse :	EVALUATION DE L'EFFICACITE DU TRAITEMENT DES IST SELON L'APPROCHE SYNDROMIQUE AU CSCOM DE BANCONI
Année :	2007 – 2008
Ville de soutenance :	Bamako
Pays d'origine :	Mali
Lieu de Dépôt :	Bibliothèque de la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'odontostomatologie
Secteur d'intérêt :	Santé Publique

Résumé : Cette étude sur l'approche syndromique au CSCOM de Banconi à été effectuer entre janvier 2006 et janvier 2007. Le but de l'étude était de permettre une meilleure connaissance de la fréquence des IST d'une part et d'autres parts évaluer l'application de la stratégie de prise en charge syndromique.

- Nous avons effectués une étude rétrospective chez les patients consultés pour IST au CSCOM de Banconi. Nous avons obtenus les résultats suivants : 218 cas d'IST (Ecoulement urétral et ou dysurie, Ecoulement vaginale et ou douleur abdominale basse, Conjonctivite du nouveau né, Tuméfaction scrotale, Ulcération génitale, bubon inguinal).

Les cas VIH ont été exclus. Le sexe ratio était de 2,17 en faveur du sexe féminin. La tranche d'age 21-30 ans était la plus touchée, les patients mariés étaient les plus représentés. La majorité était bambara

Les algorithmes ont été correctement appliqué par les médecins avec une réponse thérapeutique efficace dans 66,7% pour l'ulcération génital, 75% pour la tuméfaction scrotale, 91%, 98% et 100% pour respectivement la conjonctivite du nouveau-né, l'écoulement vaginal et ou douleur abdominal base, dysurie et ou écoulement urétrale.

Seul dans le bubon inguinal, le succès thérapeutique n'a été que 33,3%. Globalement une guérison de 96,33% de l'effectif total et un échec dans moins de 4% des cas.

Mots clés : IST, VIH SIDA, Fréquence, rappel clinique, efficacité du traitement de l'algorithme syndromique.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, 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 à 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 leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.