

Ministère des Enseignements Secondaire
Supérieur et de la Recherche Scientifique

République du Mali
Un Peuple – Un But – Une Foi

Université de Bamako

Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odonto-Stomatologie

Année Universitaire 2005/2006

Thèse N°...../2006

**QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE SYNDROMIQUE
DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES
CURABLES AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE
LA COMMUNE I DU DISTRICTE DE BAMAKO.**

THESE:

Présentée et soutenue publiquement le

PAR

**MONSIEUR Samba Tiécoura TRAORE
Pour l'obtention du DOCTORAT en Médecine
(DIPLÔME D'ETAT)**

JURY:

Président: Professeur AG RHALY Abdoulaye

Co-Directeur : Docteur DIAWARA Adama

Membre : Docteur Akory AG IKNANE

Directeur de thèse : Professeur Samba DIOP

DEDICACES

Dédicaces

Je dédie ce travail

A, Allah

Le tout puissant, clément et miséricordieux par ta bonté et la grâce, tu m'as permis de mener à terme ce travail et voir ce jour que j'attendais tant.

A notre prophète Mohamed paix et salut sur lui.

A mes parents, ma tendre et douce mère feu Djoba DIALLO, ma belle mère feu Koumba SANGARE et mon affectueux et reconnaissant père Feu Tiécoura Traoré.

L'attention et la coopération dont j'ai bénéficié auprès de vous ont fait de moi aujourd'hui un fils fier d'avoir des parents comme vous. Vous avez partagé mes moments de joie et vos épaules ont soutenu mes moments de peur, de peine et d'angoisse.

Puissiez vous trouver en ce travail qui est aussi le fruit non seulement de vos peines et souffrances mais aussi et surtout de vos bénédictions, toute la reconnaissance d'un fils à ses parents.

Que le tout puissant vous accorde son paradis. Amen !

A mon grand frère Adama TRAORE

Même les mots exprimeront difficilement ce que j'éprouve pour toi. Je me rappelle encore quant je faisais la 6^{em} année de médecine, de ta phrase « as-tu appris tes leçons »

Tu es pour moi une référence sûre empreint du plus grand courage, de la plus grande droiture, de la plus grande générosité et simplicité.

Que Dieu t'accorde longue vie et bonne santé.

A ma belle sœur Maïmouna DIAKITE

Derrière chaque grand homme il y a une femme disait le sage.

Ton courage, ta vigilance et surtout ta patience ont rendu ce travail plus facile.

Que Dieu t'accorde longévité et bonheur.

A tous mes frères et sœurs

Puissent se resserrer d'avantage les sentiments fraternels que nous nous portons.

A tous mes neveux et nièces

Que ce travail soit pour vous un exemple.

A ma fiancé Korotoumou BERTHE

Voici en fin venu le terme de cette dure épreuve.
Naturellement ce travail est le tien, car tu as supporté tous mes caprices.
Ton amour, ton courage, ta sagesse ne m'ont jamais fait défaut.
Que Dieu le tout puissant nous guide sur la route du bonheur et de la réussite ; que le chemin de la vie soit pour nous éclairer d'amour, de compréhension et de la longévité.
Je t'assure de mon amour sincère et de toute ma reconnaissance.

A mes enfants Boubacar et Maïmouna

Bien venue dans notre monde où rien n'est facile sans la patience, la combativité, la rigueur et le courage dans le travail.
Ce sont là les repères de la ligne de conduite de votre grand père « paix à son âme ». Vous l'imiterez pour enfin aboutir à des fins heureuses dans vos entreprises.
Je vous promets protection et amour paternels en toute circonstance.

A mon ami et confident Dr N'tolé TRAORE

Je n'oublierai jamais tout le soutien que tu m'as apporté durant ces longues années d'études.
Puissent se resserrer d'avantage les sentiments fraternels que nous nous portons.

A Mme TRAORE Aoussata SAMAKE

En reconnaissance de la confiance dont elle a toujours eu à mon égard et l'aide morale et matérielle qu'elle m'apporte dans l'accomplissement de ce travail.
Tu es pour moi un exemple de travailleur, de générosité, d'indulgence et d'honneur.
Que Dieu t'accorde longévité et bonheur.

A mes aînés Dr DOUMBIA Fanta DIALLO et Dr Yessa MORO

Mon ambition est de vous imiter dans l'exercice de ma profession.
Que Dieu vous accorde longévité et bonheur.

A ma belle famille

En particulier :

A ma belle mère, pour le respect et la confiance dont elle a eu à l'égard de ma modeste personne. Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.
Que dieu vous accorde longévité et bonheur.

REMERCIEMENTS

Remerciements

Mes remerciements vont :

A tous mes Maîtres de la FMPOS :

Vous êtes pour nous des modèles, de par vos qualités, disponibilité et humilité. Nous vous disons merci le cœur plein d'émotion et de reconnaissance pour toutes ces heures de labeur que vous nous avez consacrées.

A mes amis

Dr Assan KONE, Dr Adama BERTHE, Cheick Amala KEITA, Sekou NIAMBELE, Yacouba SIDIBE.

A vous tous, je dis merci et qu'on est ensemble.

A Dr SOW Djénéba SYLLA

Merci pour ton soutien et ton sens de l'humour.

A Dr TRAORE Sory

Merci pour tout le soutien que vous et votre famille m'avez apporté.

A Mlle Aïcha TIAMA

Merci pour ta complicité et ton soutien.

A tous les internes du CSRefC I

Ce travail est aussi le votre

A tous les personnels du CSRefC I

Merci pour votre soutien

A tous les personnels du Centre SADHIA et la Clinique CAPITAL SANTE

Merci pour votre soutien.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du jury :**Professeur AG RHALY Abdoulaye**

- Professeur honoraire de médecine interne à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie.
- Responsable des cours d'endocrinologie, de la sémiologie et des pathologies médicales à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie.
- Ancien directeur général de l'Institut Nationale de la Recherche en Santé Publique.
- Ancien directeur général de l'Organisation pour la Coopération et la Coordination des Grandes Endémies.
- Secrétaire permanent du comité d'éthique pour la santé et les sciences de la vie.
- Chevalier de l'ordre international des palmes académique du Conseil Africain et Malgaches pour l'Enseignement Supérieur.

Honorable Maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos occupations que nous savons nombreuses. Véritable icône, vous n'avez cessé de nous fasciner par la grandeur de votre simplicité (celle des grands), la splendeur de vos enseignements et l'ampleur de votre expérience.

En espérant que cet humble travail saura combler vos attentes, veuillez recevoir, cher Maître, l'expression de notre profonde gratitude.

A notre Maître et Membre du jury :**Dr Akory AG IKNANE**

- Maître assistant en santé publique.
- Chef de service de Nutrition à l'Institut Nationale de la Recherche en Santé Publique.
- Premier Médecin directeur de l'ASACOBA.
- Ancien conseiller technique en nutrition à la division de suivi de la situation alimentaire et nutritionnelle à la Cellule de Planification de la Santé à Koulouba.
- Président du réseau Malien de nutrition.
- Membre du Panel d'experts africains en pauvreté urbaine depuis 1994.

Cher Maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de siéger dans ce jury malgré nos multiples occupations.

Nous avons été séduit par votre grande simplicité, votre disponibilité, votre amabilité, et votre rigueur dans le travail bien fait.

Soyez rassuré, cher Maître, de notre profonde gratitude

A notre Maître et Co-directeur de thèse :**Dr DIAWARA Adama**

- Directeur général de l'agence nationale d'évaluation des hôpitaux.
- Maître assistant de santé publique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie.
- Ancien chef de division assurance qualité et économie du médicament à la direction de la pharmacie et de médicaments.

Cher Maître, vous nous avez accueilli dans votre service et transmis votre savoir en faisant preuve de votre attachement pour notre formation. C'est l'occasion pour moi de vous remercier vivement, votre abord facile, votre capacité intellectuelle et rigueur dans le travail bien fait suscite l'admiration de tous.

Veillez recevoir ici cher Maître le témoignage de toute ma reconnaissance.

A notre Maître et Directeur de thèse :**Professeur Samba DIOP**

- Professeur agrégé en santé publique.
- Spécialiste en anthropologie médicale.
- Enseignant chercheur en Ecologie Humaine, Anthropologie et Ethique publique/Sociale à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie.

Cher Maître, c'est l'occasion pour moi de vous remercier vivement, vos qualités de pédagogue, votre rigueur scientifique, votre disponibilité et votre dynamisme font de vous un Maître admiré de tous. Veuillez croire cher Maître, l'expression de notre profonde gratitude, et l'attachement que nous avons à votre égard.

Sigles et abréviations

°c :	Degrés celsius
% :	Pourcent
Km² :	Kilomètre carré
IST :	Infection Sexuellement Transmissible
VIH :	Virus de l'Immunodéficience Humaine
SIDA :	Syndrome Immuno Déficitaire Acquis
ONU :	Organisation des Nations Unis
EDS :	Enquête Démographique de la Santé
CSRéfC :	Centre de santé de Référence de la commune
LGV :	Lymphogranulome Vénérien
SIP :	Syndrome Inflammatoire Pelvien
PNLS :	Programme National de Lutte contre le SIDA
VHS2 :	Virus de l'Herpès Simplex type2
NB :	Noter bien
IM :	Injection Intramusculaire
ASACO :	Association de Santé Communautaire
NFS :	Numération Formule Sanguine
TC-TS :	Temps de coagulation et de saignement
BW :	Bordet Wasserman
HBS :	Antigène de l'Hépatite B
ASLO :	Anti-Streptolisine O
POK :	Parasite œuf Kyste
GE :	Goutte Epaisse
ECBU :	Examen Cito Bactériologique des Urines
FV :	Frottis Vaginal
PU :	Prélèvement Utérine
MST :	Maladie Sexuellement Transmissible

TABLE DES MATIERES

	Pages
Sigles et abréviations.....	1
Liste des tableaux et des graphiques.....	4
 Chapitre I et II : Introduction et Objectifs	
1. Introduction.....	6
2. Objectifs.....	10
2.1. Objectif général.....	10
2.2. Objectifs spécifiques.....	10
 Chapitre III : Généralités	
3. Généralités.....	12
3.1. Les IST, un problème de santé publique.....	12
3.2. Les interventions disponibles pour le contrôle des IST.....	13
3.3. L'identification des syndromes et le contrôle syndromique.....	15
3.4. Les algorithmes de contrôle des IST.....	15
 Chapitre IV : Méthodologie	
4. Méthodologie.....	42
4.1- Cadre d'étude.....	42
4.2- Type d'étude.....	43
4.3- Population d'étude.....	43
4.4- Période d'étude.....	44
4.5- Echantillonnage.....	44
4.6- Plan de collecte des données.....	44
4.7- Plan d'analyse.....	45
4.8. Considérations éthiques.....	45
 Chapitre V : Résultats	
5- Résultats.....	47
5.1- Les caractéristiques sociodémographiques.....	47
5.2- Les données de l'examen clinique.....	51
5.3- Types de traitements.....	59

Chapitre VI : Recommandations et Discussion

6- Discussions.....	62
6.1- Profils sociodémographiques.....	62
6.2- Clinique.....	63
6.3- Thérapeutique.....	65

Chapitre VII : Conclusion

7- Conclusion.....	67
--------------------	----

Chapitre VIII : Recommandations

8- Recommandations.....	69
-------------------------	----

Références bibliographiques.....	71
---	-----------

ANNEXES.....	75
---------------------	-----------

Liste de tableaux et des graphiques

	Pages
Tableau I : Identification des syndromes et le contrôle des IST...annexes	
Tableau II : Répartition des patients selon le sexe et le statut matrimonial.....	48
Tableau III : Répartition des patients selon le niveau d'instruction.....	48
Tableau IV : Répartition des patients selon la profession.....	49
Tableau V : Répartition des femmes selon les plaintes à la consultation.....	51
Tableau VI : Répartition des hommes selon les plaintes à la consultation.....	51
Tableau VII : Répartition des symptômes selon la qualification du prestataire.....	52
Tableau VIII : Répartition des symptômes selon la qualité de l'interrogatoire.....	53
Tableau IX : Répartition des symptômes avec interrogatoire correct selon la qualification du prestataire.....	54
Tableau X : Distribution des symptômes d'IST ayant bénéficiés un examen physique.....	55
Tableau XI : Répartition des symptômes avec recherche de signe physique selon la qualification du prestataire.....	56
Tableau XII : Répartition des symptômes selon la qualité du diagnostic.....	57
Tableau XIII : Répartition des symptômes diagnostiqués correctement selon la qualification du prestataire.....	58
Tableau XIV : Répartition des symptômes selon la qualité du traitement.....	59
Tableau XV : Distribution des symptômes traités correctement selon la qualification du prestataire.....	60
Graphique 1 : <i>Répartition des patients par tranche d'âge et par sexe...</i>	47
Graphique 2 : <i>Répartition des patients selon la qualification du prestataire.....</i>	50

CHAPITRE I :

INTRODUCTION

1 INTRODUCTION :

Les infections sexuellement transmissibles (IST) constituent un groupe de maladies transmises principalement par contact sexuel entre deux partenaires dont l'un est infecté. L'être humain représente le seul réservoir connu pour les germes qui sont à l'origine de ces maladies.

Bien que toutes les IST peuvent être prévenues, un traitement curatif n'est pas disponible actuellement pour l'ensemble de ces infections. Ainsi, on classe ces maladies en IST curables (la syphilis, la chlamydie, la gonococcie, la trichomonose) et incurables (infections à étiologie virale comme le VIH, l'hépatite B et l'herpès). Les germes qui peuvent être transmis par voie sexuelle sont classés en cinq groupes : les bactéries, les virus, les protozoaires, les champignons et les ectoparasites. (1)

Les IST demeurent un problème de santé publique majeur dans le monde, en particulier dans les pays en développement. Il y a au moins une nouvelle consultation pour infection sexuellement transmissible pour 100 personnes par an dans les pays industrialisés. Dans de nombreux pays en développement, les infections sexuellement transmissibles se rangent parmi les cinq premiers motifs de consultation. (2)

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), en 1998 a estimé à 333.000.000 le nombre de nouveaux cas d'IST guérissables dans le monde. En fait il s'agit essentiellement des affections suivantes selon le nombre de cas annuels :

- la syphilis : 12.000.000 cas par an
- la gonococcie : 62.000.000 cas par an
- la chlamydie : 89.000.000 cas par an
- la trichomonose : 170.000.000 cas par an. (3)

Les prévalences de certaines IST entraînant des complications maternelles et infantiles sont très élevées dans de nombreux pays en développement. Elle sont estimées entre 4 et 20% pour la chlamydie, 5 et 10% pour la gonococcie, 10 et 20% pour la syphilis. (4, 5, 6)

Les IST sont co-facteurs de l'infection à VIH/SIDA. En effet qu'elles soient ulcéraives ou inflammatoires, les IST facilitent la contagiosité et la réceptivité des malades à l'infection par le VIH. (7)

Selon ONUSIDA, dans le monde, en fin décembre 2003, le nombre de personnes vivantes avec le SIDA était de 40.000.000, et il y a eu 5.000.000 d'infection en 2003 et 3.000.000 de décès dus au VIH. (8)

La littérature rapporte qu'avec seulement 3% de la population mondiale (12 pays africains) concentre près de 55% des cas d'infection à VIH/SIDA dans le monde. (9)

En Afrique, au sud du Sahara, la prévalence du VIH de la population générale se situe entre 0,5% (Mauritanie) et 38,5% (Botswana). (10)

L'Afrique subsaharienne reste la région la plus touchée et les femmes représentent 55% des adultes touchés. (8)

Les IST sont largement répandues au Mali où les urétrites constituent la neuvième cause de consultation des adultes. Chez la femme enceinte, en 1999 la prévalence de la gonococcie a été estimée à 10,41% et à 25,9% pour la trichomonas vaginale, 27,1% pour candida albicans. (11)

Globalement au Mali, on constate qu'un quart des femmes (25%) ont déclaré avoir eu une IST ou les symptômes associés aux IST et 7% des hommes ont déclaré avoir eu une IST ou un symptôme révélateur de la présence d'IST. (12)

Au Mali selon EDS IV (2006), le taux de prévalence du VIH est de 1,3% de la population.

Les femmes ont une prévalence plus élevée (1,4% versus 0,9% pour les hommes) avec un maximum pour la tranche d'âge 25-30 ans (versus 30-34 ans pour les hommes).

En milieu urbain (1,6% de prévalence en milieu urbain versus 0,9% en milieu rural), avec un maximum pour la ville de Bamako (1,9%) qui possède le niveau de prévalence le plus élevé du pays. (26)

Malgré l'incidence élevée dans les pays en développement, les IST posent de sérieux problèmes de diagnostic biologique. Ces faits nous imposent l'application de la prise en charge syndromique recommandée par l'OMS dans les pays en développement.

C'est pour cette raison que le Ministère de la Santé du Mali a opté pour l'application de l'approche syndromique au niveau des structures périphériques, tout en réservant l'approche étiologique aux structures de référence disposant de laboratoires spécialisés.

En prenant en charge efficacement les IST, nous capitaliserons un gain important dans :

- la prévention du VIH/SIDA
- la lutte contre la stérilité féminine et masculine
- la prévention des grossesses extra utérines.

La formation proposée, repose sur une démarche intitulée « prise en charge syndromique des IST ». Le diagnostic s'articule autour d'ALGORITHMES qui sont des arbres de décision et d'actions permettant au prestataire de soigner les patients souffrant d'IST. Cette approche a un avantage certain : tous les prestataires du niveau périphérique ayant reçu une formation adéquate peuvent poser un diagnostic et soigner sur place les patients atteints d'IST, sans être obligé de recourir aux examens de laboratoire. Ainsi, la transmission peut être rapidement stoppée.

Par ailleurs ces centres de premier contact ou de référence pratiquent très peu ou pas du tout le diagnostic étiologique. Ils sont donc des lieux appropriés pour tester et mettre en œuvre la stratégie de prise en charge syndromique. Le Centre de Santé de Référence de la Commune I nous a donc paru un lieu de choix pour mener ce travail dont le but est de :

Evaluer l'efficacité de la stratégie de prise en charge syndromique des IST.

CHAPITRE II :

OBJECTIFS

2 OBJECTIFS :

2.1 – Objectif général :

- Evaluer la qualité de la prise en charge syndromique des IST curables au Centre de Santé de Référence de la Commune I.

2.2 – Objectifs spécifiques :

- Déterminer la proportion de cas d'IST diagnostiqués correctement selon l'algorithme de Mars 2004.

- Déterminer la proportion de cas d'IST traités correctement suivant l'algorithme de Mars 2004.

- Déterminer la proportion de cas d'IST prise en charge globalement selon l'algorithme de Mars 2004.

CHAPITRE III :

GENERALITES

3. GENERALITES SUR LES IST:

3.1 LES IST, UN PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE :

On peut classer les IST selon qu'elles soient curables ou incurables. Les IST curables les plus fréquentes sont : la gonococcie , l'infection à chlamydia, la syphilis, la trichomonas, le chancre mou, la donovanose et le lymphogranulome vénérien(LGV). Celles qui demeurent incurables mais que l'on peut prévenir, sont les IST virales dont celles dues au VIH, au papilloma virus humain, au virus de l'hépatite B et à l'herpès simplex. Parmi les 333 millions de nouveaux cas rencontrés chaque année selon l'OMS, la syphilis serait responsable pour 12 millions, la gonococcie pour 62 millions, l'infection chlamydia pour 89 millions et la trichomonas pour 170 millions de cas (3).

Les facteurs favorisant l'épidémie des IST sont :

- les facteurs démographiques : il s'agit essentiellement de l'âge et du sexe :

. Age : les jeunes adultes sont exposés tout particulièrement au risque de contracter une IST. La sexualité précoce, le multi partenariat, l'ignorance concernant les IST entre autres expliquent la fréquence et la gravité des infections chez les jeunes de 15-25 ans.

. Sexe : les IST chez les femmes sont souvent asymptomatiques et traitées tardivement. Les complications surviennent alors fréquemment et peuvent mettre en jeu la fonction reproductive ou l'état de santé de leur descendance. En cas de situation économique difficile, les femmes peuvent s'engager dans les rapports sexuels monétisés avec plusieurs partenaires.

- les facteurs socio-économiques : ce sont la pauvreté, les guerres, les déplacements de population, les professions avec déplacements (routiers), etc.

- les facteurs culturels : la sexualité précoce.

- les facteurs biologiques : la résistance aux antibiotiques, la vulnérabilité des organes génitaux féminins.

- les facteurs comportementaux : les relations sexuelles multiples non protégées, les rapports sexuels non protégés avec les prostituées ou un partenaire multi sexuel, l'automédication.

Les IST entraînent aussi de graves conséquences qui sont d'ordre sanitaires, économiques et sociales :

- Sanitaires : les IST mal traitées entraînent des complications et des séquelles chez l'homme, la femme et le nouveau né. Chez l'homme, ces complications sont du type épидидymite, rétrécissement urétral, stérilité. Chez la femme, les complications sont plus fréquentes du fait du portage asymptomatique des germes ; on peut observer alors des salpingites, des grossesses ectopiques, des cancers du col de l'utérus, les avortements spontanés, des stérilités. Chez le nouveau né par suite de transmission verticale, on observe des conjonctivites néonatales.

- Sociales : les problèmes d'infertilités et d'avortements répétés sont la cause de conflits dans les couples et les familles. De plus nous savons qu'une IST entraîne des conséquences émotionnelles pour ceux qui sont concernés.

- Economiques : il existe très peu de données dans ce domaine. Cependant, on évalue le coût des syndromes inflammatoires pelviens (SIP) aux Etats-Unis à 3,5 milliards de dollars (13). On a estimé également que 5% du total des années de vie en pleine santé perdue en Afrique sub-saharienne, est due aux IST exception faite du VIH (3).

Ces IST mal pris en charge sont la cause d'échecs thérapeutiques et à la longue de l'apparition de résistances des germes aux antimicrobiens. L'interaction IST et VIH ne sont plus à démontrer ; de nombreuses études épidémiologiques et biologiques ont apporté la preuve que ces infections, qu'elles soient ulcératives ou non favorisent la transmission du VIH (7).

Dans un pays comme l'Ouganda des modèles mathématiques ont montré qu'entre 1980 et 1990, dans 90% des cas d'infections par le VIH, la cause du SIDA pouvait être attribué aux IST (3). On préconise ainsi l'utilisation de la prévalence des IST comme indicateur essentiel de l'épidémie à VIH. Récemment l'évidence a été également fournie que l'amélioration de la prise en charge des IST pouvait réduire de façon substantielle l'incidence de l'infection à VIH (13) ; en effet une étude randomisée dans les districts de Mwanza en Tanzanie, l'approche syndromique de prise en charge au traitement des personnes présentant

une IST a permis de réduire l'incidence du VIH de 42% dans la population étudiée (13).

3.2 LES INTERVENTIONS DISPONIBLES POUR LE CONTROLE DES IST :

Pour assurer la détection et le traitement des IST il y a globalement 2 approches :

- L'approche étiologique : c'est la plus classique. Elle consiste en l'utilisation d'épreuves de laboratoire pour identifier l'agent causal de chaque syndrome d'IST. Cette approche est le standard de soins des IST, mais elle est très coûteuse, demande du temps pour le prélèvement, du personnel spécialisé et exige un rendez-vous supplémentaire avec le patient ce qui induit de nombreux perdus de vue.

- L'approche syndromique : elle est basée sur l'identification de groupes de symptômes et de signes appelés « syndromes » faciles à reconnaître à partir de l'interrogatoire et de l'examen clinique. Les principaux syndromes d'IST sont : l'urétrite chez l'homme, l'épididymite, la cervicite muco purulente, la vulvo-vaginite, la vaginose bactérienne, le syndrome inflammatoire pelvien, l'ulcération génitale, les végétations vénériennes, le SIDA, l'hépatite virale, le cancer du col, de la vulve, du pénis, le carcinome hépatocellulaire, la gale, la phtiriose pubienne.

Cette approche s'impose de plus comme alternative applicable à tous les niveaux du système de soins. Elle permet le choix immédiat d'un traitement, à une efficacité précoce, prend en compte les infections multiples et est simple. Elle exige seulement de l'agent de santé qui l'applique un anamnèse détaillée et un examen génital complet.

La mise en œuvre de cette approche passe par l'établissement, par des spécialistes d'algorithmes thérapeutiques (cf. Annexes). Il s'agit d'arbres décisionnels qui fournissent par ordre chronologique, différentes étapes possibles dans la prise en charge d'un patient. A chaque étape un éventail d'option est proposé et les niveaux de décision identifiés.

Chaque algorithme fonctionne selon 3 étapes :

- Identifier le problème
- Prendre une décision

- Adopter une action thérapeutique et proposer des mesures préventives.

Au Mali ces algorithmes permettent de prendre en charge 6 syndromes :

l'écoulement urétral et/ou dysurie, les ulcérations génitales, l'écoulement vaginal et/ou douleur abdominale basse, le bubon inguinal, la tuméfaction du scrotum, la conjonctivite purulente du nouveau-né.

Ces algorithmes ont été élaborés par des experts dans un esprit de souplesse et de pertinence, mais des aspects comme la validité, la faisabilité et le coût réel ne peuvent s'apprécier véritablement que par l'évaluation de ces algorithmes en situation réelle d'utilisation dans le contexte où ils seront appliqués. En effet l'évolution de la prévalence des différentes IST, de la résistance des germes aux antimicrobiens et d'autres facteurs (mauvaise observance des prescriptions, réinfections, etc.) peuvent rendre désuets des algorithmes jugés « parfaits » par les experts. L'OMS recommande une telle évaluation avant une large diffusion sur le terrain des algorithmes de prise en charge.

Des 6 algorithmes élaborés par le PNLIS, 3 ont été retenus pour l'évaluation : l'écoulement urétral et/ou dysurie, les ulcérations génitales, l'écoulement vaginal et/ou douleur abdominale basse. Ces 3 algorithmes concernent les symptômes les plus fréquents d'IST au Mali.

Le tableau1 décrit les symptômes, les signes cliniques et les germes pathogènes responsables des syndromes d'IST, pour lesquels les algorithmes de prise en charge ont été évalués dans le contexte du Mali.

Le tableau I décrit les symptômes, les signes cliniques et germes pathogènes responsables des syndromes d'IST, pour lesquels les algorithmes de prise en charge ont été évalués dans le contexte du Mali.

3.2 L'IDENTIFICATION DES SYNDROMES ET LE CONTRÔLE SYNDROMIQUE :

Bien que les IST soient causées par de nombreux organismes différents, ceux-ci ne provoquent qu'un nombre limité de syndromes. Un syndrome est tout simplement l'ensemble formé des symptômes dont le patient se plaint et des signes observés pendant l'examen physique. Le tableau qui suit présente les signes et les symptômes des principaux syndromes des IST et leur étiologie (voire annexe (Tableau I)).

3.4 LES ALGORITHMES DE CONTROLE DES IST :

Un algorithme est un arbre de décisions et d'actions. Il permet de guider l'utilisateur à travers une série de décisions à prendre et d'actions à faire pour aboutir à des conseils sur la ou les conditions pour lesquelles il faut soigner le patient.

Etapas à suivre dans l'emploi des algorithmes :

- . Le problème clinique (le symptôme) ;
- . La décision à prendre ;
- . L'action à faire.

A- L'ÉCOULEMENT URETRAL ET/OU DYSURIE :

Un homme se présente à la clinique se plaignant d'un écoulement au pénis ou de dysurie. Servez-vous de l'algorithme sur l'écoulement urétral et/ou dysurie

L'algorithme

Interroger et examiner : si nécessaire presser le gland pour confirmer l'écoulement

Dans cette case d'action, on vous demande d'interroger et d'examiner le patient afin de confirmer l'écoulement urétral et de vérifier s'il y a présence d'une autre IST.

Examinez les organes génitaux externes, en n'oubliant pas la surface intérieure du prépuce et les parties normalement recouvertes par ce dernier. Si vous ne voyez aucun écoulement, demandez au patient de compresser son pénis de la base au gland. Après avoir examiné le patient, rendez-vous à la case suivante.

Écoulement confirmé ?

A.1- Oui

Dans cette case de décision, on vous demande s'il y a ou non écoulement urétral. Si oui, rendez-vous à la case d'action située directement au-dessous.

- . Traiter pour gonorrhée et chlamydie
- . Conseiller/éduquer
- . Promouvoir les préservatifs
- . Prise en charge des partenaires
- . Demander à revoir le patient
- . Proposer le dépistage volontaire du VIH

Dans cette case d'action, on vous explique exactement ce que vous devez faire pour votre patient. Suivez toutes les instructions contenues dans la case pour lui fournir un traitement complet. On vous y indique le traitement à prescrire au patient et on vous rappelle de le conseiller, de l'éduquer, et de promouvoir l'emploi des préservatifs. Le préservatif ou l'abstinence est obligatoire pendant le traitement pour ne pas infecter le(s) partenaire(s). La prise en charge du partenaire est toutefois

nécessaire. Demandez également au patient de revenir vous consulter s'il ne se sent pas mieux après avoir terminé le traitement et discuter avec lui sur le dépistage volontaire.

. Soignez votre patient pour la Gonorrhée et la Chlamydie :

=> Pour le traitement de la Gonorrhée, prescrivez :

500mg de CIPROFLOXACINE par voie orale, en une prise unique

ET

=> Pour le traitement de l'urétrite à Chlamydia, prescrivez :

100mg de DOXYCYCLINE par voie orale, deux fois par jour pendant 7 jours au cours des repas

=> Chez les adolescents < 15 ans, prescrivez :

400mg de CEFIXIME per os en prise unique ou **CEFTRIAXONE injectable 250mg** en injection unique

ET

100mg de DOXYCYCLINE, 2 fois par jour pendant 7 jours au cours des repas.

NB : On traite les deux maladies parce que la Gonorrhée et la Chlamydie existent souvent chez le même patient. Même si un patient s'est traité pour la gonorrhée, ce traitement n'est pas efficace contre la Chlamydie. Le patient peut donc se présenter avec un écoulement urétral après traitement pour la gonorrhée suivi d'une période sans symptômes. Le nouvel écoulement peut être causé par la Chlamydie car sa période d'incubation est plus longue.

. Demandez au patient de revenir vous consulter dans une semaine si les symptômes persistent.

Amélioration ?

Dans cette case on vous demande de revoir le patient après 7 jours et constater s'il y a une amélioration ou non.

S'il y a amélioration et disparition des signes, donner des conseils de prévention et utilisation des préservatifs.

Si l'écoulement urétral ou la dysurie persiste il s'agit d'un écoulement persistant, passez dans la case du dessous.

Confirmation d'une re-infection ou une mauvaise observance du traitement

Dans cette case de décision on vous demande à partir de l'interrogatoire de vérifier si l'écoulement urétral n'est pas dû à une mauvaise observance du traitement ou une re-infection après le traitement de l'écoulement urétral.

Si, à l'interrogatoire, on constate qu'il y a une mauvaise observance ou une re-infection, reconduire le traitement de l'écoulement urétral et insister sur la nécessité de terminer tous les traitements et sur les conseils de prévention pour éviter la re-infection.

S'il n'y a pas de mauvaise observance ou de re-infection, traiter pour Trichomonase comme indiqué dans la case d'action ci-dessous.

Traiter pour trichomonase :
 -Métronidazole 250 mg 4 comp le matin, 4 comp le soir (un seul jour) au cours du
 Repas ou
 - Métronidazole 250 mg, 2 comp 2 fois par jour pendant 7 jours.
 - Revoir 7 jours après

Dans cette case on vous demande de traiter pour Trichomonase avec :

METRONIDAZOLE 250 mg comp : 4 comp le matin et 4 comp le soir au cours du repas le même jour,
 Ou **METRONIDAZOLE 250 mg comp** : 2comp 2fois par jour pendant 7 jours.

Expliquer au patient de ne pas consommer d'alcool au cours du traitement par le METRONIDAZOLE

Amélioration ?

S'il y a amélioration et disparition des signes, donner des conseils de prévention et utilisation des préservatifs.

S'il n'y a pas d'amélioration, procéder à la référence.

A.2- Si Non :

Si vous ne décelez aucun écoulement urétral, avancez jusqu'à la case de décision située au dessous

Autres signes d'IST ?

Dans cette case, on vous demande de déterminer si le patient présente également des signes d'autres IST. Si le patient ne montre aucun signe d'une autre IST, rendez-vous à la case de dessus. S'il y a présence d'une autre IST, alors avancez à la case située directement au-dessous.

Utiliser l'algorithme approprié

Vous n'avez pas été en mesure de confirmer la présence d'un écoulement urétral ni d'une autre IST. Il se peut que le patient ait peur d'avoir contracté une IST à la suite de comportements sexuels à risque.

- Conseiller, éduquer, promouvoir l'utilisation des préservatifs
- Promouvoir le dépistage volontaire du VIH

C'est pourquoi on vous demande dans cette case de conseiller le patient, de l'éduquer et de promouvoir l'emploi des préservatifs et de lui proposer le dépistage volontaire.

B- LES ULCERATIONS GENITALES

Un patient dans votre clinique se plaint d'avoir remarqué une plaie sur ses organes génitaux. Servez-vous de l'algorithme sur les ulcérations génitales.

L'algorithme

Interroger et examiner

Dans cette case, on vous demande d'interroger et d'examiner le patient ou la patiente afin de détecter la présence d'une ulcération génitale ou de toute autre IST. Un ulcère est une rupture de la continuité de la peau ou de la surface de la membrane muqueuse.

- Chez les **hommes**, examiner les organes génitaux externes, en n'oubliant pas la surface intérieure du prépuce ni les parties normalement recouvertes par ce dernier.
- Chez les **femmes**, examinez la peau des organes génitaux externes ; demandez à la patiente de séparer ses lèvres de façon à ce que vous puissiez examiner la surface des muqueuses et y déceler la présence d'ulcères.
- Après avoir examiné le patient ou la patiente, passez à la case suivante.

S'il y a une ulcération génitale, rendez-vous à la case d'action située au-dessous.

Présence d'une seule ulcération ?

Dans cette case d'action, on vous demande de vérifier les caractéristiques de l'ulcération : nombre d'ulcérations, présence de vésicules. Deux cas de figures peuvent se présenter :

B.1- l'ulcération est unique et il n'y a pas de vésicules, allez dans la case en dessous.

- Traiter pour syphilis et chancre mou
- Conseiller, éduquer, et promouvoir l'utilisation du préservatif
- Notification et prise en charge des partenaires
- Dépistage volontaire du VIH
- Demander au patient de revenir 7 jours après si les symptômes persistent

Dans cette case d'action, on vous indique qu'il faut traiter votre patient à la fois pour la syphilis et le chancre mou, de conseiller et éduquer votre patient, promouvoir l'utilisation du préservatif, de traiter les lésions aux antiseptiques (herpès, chancre mou et syphilis), seuls le chancre mou et la syphilis peuvent être guéris. L'herpès ne peut être traité que de façon palliative, et ses ulcères reviennent avec fréquence. Généralement, il n'est pas possible de distinguer entre la syphilis et le chancre mou, et souvent les deux peuvent coexister ; de plus, le traitement contre le chancre mou peut inhiber les manifestations de la syphilis, et par conséquent laisser cette dernière non traitée, ce qui peut occasionner des complications.

. **Pour le traitement de la syphilis et du chancre mou**, donnez **2,4 millions UI de Benzathine Pénicilline** par voie intramusculaire en une seule séance et **Ciprofloxacine 500mg** 1 comprimé 2 fois par jour pendant 3 jours.

. **Pour les adolescents < 15 ans**, donnez 2,4 millions UI de **Benzathine Pénicilline** par voie intramusculaire en une seule séance et **Cotrimoxazole 160/800mg** un comprimé deux fois par jour pendant 14 jours et au cours des repas et **Ciprofloxacine 500mg** 1 comprimé 2 fois par jour pendant 3 jours.

. **Pour les femmes enceintes ou allaitantes**, donnez 2,4 millions UI de **Benzathine Pénicilline** par voie intramusculaire en une seule séance et **Erythromycine 500mg** par voie orale 4 fois par jour pendant 7 jours.

. **Si la patiente est une femme enceinte ou allaitante allergique à la Pénicilline**, donner **Erythromycine 500mg** 4 comp par jour pendant 14 jours.

. Recommandez au patient ou à la patiente de prendre tous les comprimés et expliquez-lui le mode de transmission des IST et les

complications potentielles de l'infection. La prise en charge des partenaires s'impose aussi.

- Procéder aux soins locaux des lésions avec des antiseptiques.

On vous demande de revoir le patient après 7 jours de traitement.

Ulcération (s) guérie (s) ?

-Si l'ulcère est guéri, conseiller, éduquer, et promouvoir l'utilisation du préservatif, et proposer le dépistage volontaire du VIH.

-Non, mais si on note une diminution des signes, continuer le traitement pour 7 jours.

-Si l'ulcère ne montre pas une amélioration à la fin de 7 jours de traitement correcte et l'emploi de préservatif en cas de rapports sexuels, procéder à la référence.

B.2- à l'examen, l'ulcération n'est pas unique ; il s'agit d'ulcérations multiples avec/ou des vésicules, comme indiqué dans la case ci-dessous.

Présence d'ulcérations multiples avec ou sans vésicules ?

B.2.1- Si l'ulcération est multiple ou s'il existe des vésicules passez à la case d'action du dessous

Traiter pour herpès génital

▪ **Traiter aux antiseptiques locaux**

- **Violet de Gentiane 1%**

ou

- **Eosine 1%**

ou

- **Polyvidone iodée**

et

▪ **Acyclovir 400mg**, 1 comp 3x/jour pendant 5 jours

*Conseiller, éduquer, promouvoir l'utilisation du préservatif et dépistage volontaire du VIH

▪ **Si femme enceinte, référer**

Dans cette case, on vous demande de traiter pour herpès génital avec :

Acyclovir 400mg 1 comprimé 3 fois par jour pendant 5 jours **et** aux antiseptiques locaux :

Violet de gentiane 1 pour mille ou

Eosine un pour mille ou

Polyvidone iodée

Référez si femme enceinte

B.2.2- Si vous ne trouvez aucune ulcération génitale, passez à la case de décision située ci-dessous.

Autres signes d'IST

Dans cette case il vous est demandé de rechercher la présence d'autres signes IST.

Si ces signes existent il faut se référer à l'algorithme approprié.

Si vous n'avez pas été en mesure de confirmer la présence d'une IST, allez dans la case de décision ci-dessous.

- Conseiller, éduquer, promouvoir l'utilisation du préservatif
- Promouvoir le dépistage volontaire du VIH

Il se peut tout simplement que le patient ou la patiente ait peur d'avoir contracté une IST à la suite de comportements sexuels à risque. C'est pourquoi on vous demande de conseiller le patient ou la patiente, de l'éduquer et de promouvoir l'emploi des préservatifs.

Note sur l'infection au virus de l'herpès simplex type2 (VHS2), comme il n'y a pas un algorithme pour le traitement de VHS2 :

- Le virus de l'herpès simplex type 2 (VHS2) est la principale cause de l'herpès génital. Ce virus est très répandu à travers le monde entier, et il représente aujourd'hui la plus importante cause des ulcères génitaux.
- Dans les pays en voie de développement, l'importance majeure du VHS2 au point de vue santé publique réside dans son rôle de facilitateur

dans la transmission du VIH. Le VHS2 est très prévalent dans les régions à haute prévalence du VIH, avec des taux d'infections allant jusqu'à 70% ou plus parmi les adultes dans certains pays africains. Les recherches cliniques ont montré le rôle de l'infection au VHS2 dans la transmission du VIH. Aussi, de façon réciproque, le VIH exacerbe les symptômes de l'infection au VHS2.

- Des études récentes suggèrent qu'une proportion importante des cas d'ulcères génitaux est actuellement attribuable au VHS2 dans plusieurs pays africains. Ceci doit avoir une implication dans la prise en charge syndromique des ulcères génitaux dans ces pays.

- Il est donc urgent de mettre en place des mesures de contrôle efficace de l'infection au VHS2 pour limiter la transmission du VIH. Ces mesures doivent inclure le traitement antiviral, épisodique ou suppressif, contre le VHS2 (par exemple l'utilisation de l'acyclovir) ainsi que des messages de changement de comportements visant à réduire la transmission du VHS2.

- Au Mali, l'utilisation de l'acyclovir est actuellement encore très limitée surtout parce que le médicament ne figure pas encore sur la liste des médicaments essentiels et à cause de son prix qui est encore relativement élevé malgré qu'il soit produit en générique. Des efforts doivent être faits auprès du Ministère de la Santé pour introduire ce produit sur la liste des médicaments essentiels et des concertations avec les organismes internationaux tels que l'OMS doivent être faites pour essayer de rendre encore plus accessible le prix de l'acyclovir.

C- L'ÉCOULEMENT VAGINAL ET/OU DOULEUR ABDOMINALE BASSE

L'écoulement vaginal et la douleur abdominale basse sont deux syndromes souvent associés.

Dans notre contexte, les femmes viennent consulter plus souvent pour une douleur au bas ventre que pour un écoulement vaginal. Il est normal pour certaines femmes d'avoir un certain écoulement vaginal, lequel porte le nom de pertes physiologiques. Il arrive que celles-ci soient plus prononcées pendant certaines phases du cycle menstruel, pendant et après l'activité sexuelle, et pendant la grossesse et l'allaitement. En général, elles ne cherchent pas à se faire soigner pour des pertes physiologiques. L'écoulement vaginal n'apparaît comme plainte que lorsqu'elles le perçoivent comme inhabituel chez elles et ou quant il cause des démangeaisons ou de l'inconfort.

Le terme de syndrome inflammatoire pelvien (ou atteintes inflammatoires pelviennes) fait référence aux infections du tractus génital supérieur de la femme. Le syndrome inflammatoire pelvien résulte de l'ascension de l'infection à partir du col de l'utérus et est causée par la gonorrhée, la chlamydie et les bactéries anaérobies.

Le syndrome inflammatoire pelvien couvre l'endométrite, le salpingite, l'abcès salpingo-ovarien et la pelvipéritonite. Elle peut également conduire à la péritonite généralisée, une condition potentiellement mortelle.

De plus, la salpingite peut entraîner l'obstruction de la trompe de Fallope, ce qui mène à une diminution de la fécondité ou, si les deux trompes s'infectent, à une infertilité tubaire totale. Elle peut également entraîner une obstruction partielle des trompes, ce qui permet aux très petits spermatozoïdes de passer, mais pas à l'ovule fécondé, qui est plus gros. Cela peut aboutir à une grossesse tubaire qui finira par rompre la trompe, causant une hémorragie intra-abdominale massive et peut-être la mort.

Les femmes souffrant du syndrome inflammatoire pelvien ont généralement dans leurs antécédents médicaux des douleurs abdominales basses et des écoulements vaginaux.

Les femmes présentent un écoulement vaginal si elles souffrent d'une vaginite (infection du vagin), d'une cervicite (infection du col de l'utérus), ou des deux. Il est utile de faire la distinction entre les deux conditions, car l'une d'elles, la cervicite, conduit à des complications graves et, par conséquent, le ou les partenaires de la patiente doivent également se

faire traiter. Les différences entre la vaginite et le cervicite se résument comme suit :

Vaginite	Cervicite
-Causée par la trichomonase, la candidose et la vaginose bactérienne -Cause la plus courante de l'écoulement vaginal -Facile à diagnostiquer -Aucune complication	-Causée par la gonorrhée et la chlamydirose -Cause moins courante l'écoulement vaginal -Difficile à diagnostiquer -Complications importantes

L'algorithme

L'algorithme retenu associe les deux syndromes Ecoulement Vaginal et Douleur Abdominale Basse. Cela a été décidé dans le but d'améliorer la performance des deux algorithmes en minimisant les abus de traitement constatés avec l'algorithme EV seul (fausses cervicites). Aussi les deux syndromes sont dans la réalité, traités avec les mêmes médicaments.

Dans le nouvel algorithme, la plainte de la femme peut être une douleur abdominale basse et/ou un écoulement vaginal.

Interroger et examiner

Dans cette première case d'action, on vous demande d'interroger la patiente sur ses antécédents médicaux et de l'examiner pour confirmer sa plainte.

L'examen de la patiente consistera ici surtout à confirmer la présence de l'écoulement et/ou de la douleur abdominale. Il s'agira de :

1- Procéder à l'inspection de la vulve et au toucher vaginal pour rechercher la présence d'un écoulement vaginal.

2- Procéder à la palpation de l'abdomen pour y détecter de la **sensibilité au palper**, de la **douleur à la palpation appuyée**.

La palpation abdominale devrait d'abord être superficielle de façon à ce que vous puissiez détecter une douleur à la palpation douce. On désigne ce phénomène sous le nom de **sensibilité au palper**.

Ensuite, passez à la palpation profonde. Dans la région où vous avez détecté une douleur à la palpation douce, appuyez lentement et délicatement et relâchez soudainement la pression.

La douleur vive qui en résulte est connue sous le nom de **douleur à la palpation appuyée**.

Ecoulement Vaginal ou Douleur Abdominale confirmés ?

Dans cette case, on vous demande, à partir de l'examen de décider s'il existe oui ou non un écoulement ou une douleur abdominale basse.

C.1- Lorsque l'écoulement ou la douleur abdominale est confirmé :

Vous devez vous rendre dans la case de décision située au dessous.

Présence d'un des signes suivants ?

- Douleur abdominale associée à un retard de règles ou une grossesse
- Accouchement ou avortement récents
- Masse pelvienne
- Défense abdominale
- Saignement génital

Le prestataire de services doit évaluer la présence de signes conduisant à la référence immédiate de la patiente :

Vérifiez auprès de la patiente la présence de signes, tels qu'un saignement occasionnel, un retard des règles, un accouchement ou un avortement récent. Le saignement occasionnel peut constituer un symptôme précoce d'une grossesse ectopique.

C.1.1- Palpez l'abdomen pour déceler la **défense musculaire ou la présence d'une **masse** :**

- Quand le péritoine est enflammé, les muscles abdominaux, à la palpation, deviennent rigides et vous empêchent ainsi d'exercer une pression. On donne le nom de **défense abdominale** à ce phénomène. La défense musculaire et la douleur à la palpation appuyée sont caractéristiques de la péritonite et de l'abcès intra-abdominal.
- Une palpation abdominale superficielle vous permettra aussi de déceler dans l'abdomen de la patiente une enflure ou une grosseur, que l'on appelle une **masse**. En procédant à une palpation à droite et à gauche dans le bas de l'abdomen, il se peut que vous détectiez une masse

sensible située profondément dans la cavité pelvienne. Il pourrait s'agir d'un abcès salpingo-ovarien.

C.1.2- Vérifiez si la patiente présente un saignement vaginal. Celui-ci devrait éveiller votre attention sur la possibilité d'une grossesse ectopique ou d'un avortement.

- Vérifiez si la patiente a eu un avortement ou un accouchement récent.

A la sortie de cette case, vous avez deux possibilités :

a- La douleur abdominale est accompagnée d'un retard de règles, un avortement ou un accouchement récent, une masse pelvienne, une défense abdominale ou un saignement génital, référer la patiente

b- La patiente ne présente aucun des signes évoqués, vous devez passer à la case en dessous

Dans laquelle on vous demande de rechercher les facteurs de risque.

Evaluation des facteurs de risque

- Partenaire symptomatique

ou

- Ecoulement jaunâtre

ou 2 des facteurs suivants

- Age inférieur à 21 ans

- Patiente ou partenaire voyageurs

- Partenaires multiples

L'évaluation des risques est positive quand des facteurs suivants existent :

- le partenaire de la patiente a présenté des symptômes d'IST au cours des deux derniers mois ou

- la patiente a un écoulement jaunâtre

Ou quand il y a une réponse affirmative à au moins deux des facteurs suivants :

* âge inférieur à 21 ans

* la patiente ou son partenaire sont des voyageurs.

* la patiente a des partenaires multiples

* notion de rapports sexuels non protégés

C.2- Lorsque le risque est positif :

Rendez vous dans la case d'action au dessous.

- Ecoulement jaunâtre
- Et/ou mucus au col à l'examen au spéculum

Dans cette case, on vous demande en cas de risque positif de recherche des signes de cervicite. Deux cas de figures sont possibles :

1- vous disposez de spéculums, dans ce cas vous devez examiner l'état du col à la recherche de mucus

2- vous n'avez pas de spéculums :

Passez à la case suivante.

C.2.1- Présence d'écoulement jaunâtre et/ou de mucus au col :

En présence d'un écoulement jaunâtre de mucus au col passer dans la case au dessous.

Température supérieure à 38° ou douleur à la mobilisation du col

Dans cette case de décision on vous demande de prendre la température et de faire un toucher vaginal pour mobiliser le col.

** Si la température est supérieure à 38 ou s'il y a une douleur à la mobilisation du col :

Traitez-la pour le syndrome inflammatoire pelvien

Le traitement du syndrome inflammatoire pelvien consiste à traiter la gonorrhée, la chlamydie et les germes anaérobies. Pour cela :

• Prescrivez :

500mg de CIPROFLOXACINE par voie orale, en une prise unique

Ou

• Chez l'adolescente ou la femme allaitante :

400mg de CEFIXIME par voie orale, en une prise unique ou **CEFTRIAXONE injectable, 250mg** en injection unique

Et

100mg de DOXYCYCLINE par voie orale, deux fois par jour pendant **quatorze jours** au cours des repas

Et

METRONIDAZOLE 250mg 2 comprimés 2 fois par jour pendant **14 jours** au cours des repas

**s'il n'y a pas de douleur à la mobilisation du col une température élevée,

Traiter la femme pour cervicite et vaginite :

Le traitement de la cervicite consiste à traiter la gonorrhée et la chlamydiae.

Pour traiter la cervicite donner pour la gonorrhée :

CIPROFLOXACINE 500mg un comprimé en une prise unique

Ou

Chez la femme enceinte, allaitante ou l'adolescente donner **CEFIXIME400mg** un comprimé en une prise ou **CEFTRIAXONE** injectable, 250mg en une seule injection intramusculaire.

Et

Pour traiter la chlamydiose donner :

DOXYCYCLINE 100mg, 1 comprimé 2 fois par jour **pendant 14 jours**
au cours des repas

Ou

Chez la femme enceinte ou allaitante : **ERYTHROMYCINE 500mg** 4 fois
par jour **pendant 7 jours**.

**Le traitement de la vaginite comprend le traitement pour la
Trichomonase, la Candidose et la Vaginose bactérienne :**

. Pour traiter efficacement à la fois la Trichomonase et la Vaginose
bactérienne, prescrivez :

METRONIDAZOLE comp. Dosé à 250mg : 2 comp. Matin, 2 comp. Le
soir pendant les repas durant 7 jours ou chez la femme enceinte
METRONIDAZOLE ovules pendant 10 jours. Déconseillez la
consommation de l'alcool pendant la prise du Métronidazole.

. Pour traiter efficacement le Candidose vaginale, prescrivez :

100 000 unités de NYSTATINE (un pessaire), insérées dans le vagin
une fois par jour pendant 14 jours.

Ou

Clotrimazole comprimé gynécologique 200mg à placer dans le vagin
1 fois par jour pendant 3 jours

Ou

Clotrimazole 500mg ovule à placer en dose unique

Ou

**Clotrimazole crème : une application vaginale le soir au coucher
pendant 7 jours**

Recommandez à la patiente de prendre tous les comprimés que vous lui prescrivez et expliquez-lui le mode de transmission des IST et les complications de l'infection. Il est nécessaire de traiter le (s) partenaire (s) de la patiente sauf dans le cas d'une vaginite. Cependant lorsqu'une femme revient avec les mêmes symptômes, il est souhaitable de traiter le partenaire. Donner des conseils.

C.2.2- Il n'y a pas de mucus au col ni d'écoulement jaunâtre ni de douleur à la mobilisation du col ni température supérieure 38°C :

Traiter pour vaginite : donner METRONIDAZOLE ET CLOTRIMAZOLE comme indiqué ci-dessus.

C.2.3- Lorsque l'évaluation du risque est négative, traitez la patiente pour la vaginite,

Donner METRONIDAZOLE et NYSTATINE ou CLOTRIMAZOLE aux posologies indiquées ci-dessous.

D- LA TUMEFACTION DU SCROTUM

L'infection du testicule est une complication grave de l'urétrite gonococcique et de l'urétrite à chlamydia. Lorsqu'il est infecté, le testicule augmente de volume, devient chaud et très douloureux. Si l'on ne fournit pas précocement un traitement efficace, l'inflammation se résout et la guérison se produit en laissant des cicatrices fibreuses et en détruisant le tissu testiculaire, ce qui diminue la fécondité du patient.

L'algorithme

Interroger et examiner

Dans la première case d'action, on vous demande d'interroger et d'examiner le patient. Lors de l'interrogatoire, prenez note des deux points suivants :

1- Le patient s'est-il blessé ?

2- Le patient a-t-il eu une IST au cours des six dernières semaines ?

Lors de l'examen, prenez note des six points suivants :

1- Palpez le scrotum et comparez-en les deux côtés. Y a-t-il une tuméfaction du testicule ? Le testicule est-il douloureux ?

2- Dans quelle position se trouve le testicule dans le scrotum ? Est-il élevé ou en rotation ? On désigne ce phénomène sous le nom de torsion.

3- Y a-t-il des contusions sur la peau du scrotum qui indiqueraient un traumatisme ?

4- Y a-t-il un écoulement urétral manifeste ? Si ce n'est pas le cas, demandez au patient de compresser son pénis de la base au gland afin de faire paraître tout écoulement.

5- Y a-t-il des signes de toute autre IST ?

6- Y a-t-il une tuméfaction de la région inguinale ou la tuméfaction du scrotum augmente-t-elle lorsque le patient augmente la pression intra-abdominale (c'est-à-dire lorsqu'il fait un effort comme s'il allait à la selle ?). Cela peut indiquer une hernie inguinale ou inguino scrotale et nécessiter l'orientation du patient vers un Centre de chirurgie.

Tuméfaction/ douleur confirmées ?

Dans cette case de décision, on vous demande de confirmer s'il y a ou non tuméfaction ou douleur.

- Si vous n'avez aucun résultat positif une fois que vous avez interrogé et examiné le patient, il n'y a pas confirmation de la tuméfaction. Suivez les instructions contenues dans la case d'action " Rassurer le patient " :

Expliquez au patient que vous ne constatez aucun signe de tuméfaction, renseignez-le sur les rapports sexuels à faible risque, faites la promotion du préservatif et demandez-lui de revenir vous consulter si les symptômes persistent.

- Si vous confirmez la présence d'une tuméfaction, de douleur ou des deux dans le testicule, passez à la case d'action située au-dessous.

Testicule surélevé ou en rotation, ou antécédents de traumatisme ?
--

Dans cette case de décision, on vous demande, si le patient présente une tuméfaction, une douleur ou les deux dans le scrotum, de vérifier si le testicule est élevé ou en rotation.

- Si c'est le cas, référer le patient à un chirurgien ou à un urologue.
- Si le patient a des antécédents de traumatisme, référer le patient à un spécialiste.
- Si, après l'avoir examiné, vous pensez que le patient a une hernie scrotale, orientez-le vers un Centre de chirurgie (voir 6 ci-dessus).
- Si aucun des facteurs ci-dessus ne s'applique à la tuméfaction ou à la douleur, traitez le patient en suivant les instructions contenues dans la case d'action située au-dessous.

- . Traiter pour la Gonorrhée et la Chlamydiose
- . Conseiller, éduquer, promouvoir/préservatifs
- . Prise en charge des partenaires
- . Lui demander de revenir au besoin
- . Proposer le test de dépistage VIH

Dans cette case d'action, on vous demande de traiter le patient pour la gonorrhée et la chlamydiose, mais aussi de conseiller et d'éduquer le patient, de promouvoir les préservatifs, de prendre les partenaires sexuels en charge et de demander au patient de revenir vous consulter si les symptômes persistent.

- . Traitez le patient pour la Gonorrhée et la Chlamydiose comme suit :

- Pour le traitement de l'urétrite gonococcique, prescrivez :

500mg de CIPROFLOXACINE par voie orale, en une prise unique

Et

- Pour le traitement de l'urétrite à Chlamydia, prescrivez :

100mg de DOXYCYCLINE par voie orale, deux fois par jour pendant sept jours au cours des repas.

- . Traiter les adolescents de moins des 15 ans comme suit :

400mg de CEFIXIME per os en dose unique **Ou Ceftriaxone 250mg** injectable en une injection intramusculaire unique

Et

100mg de DOXYCYCLINE 2fois par jour pendant 7 jours au cours des repas

E- LE BUBON INGUINAL

Il s'agit d'une tuméfaction douloureuse et souvent fluctuante des ganglions de la région inguinale (aine). Les bubons sont généralement

causés soit par **le chancre mou**, soit par **le lymphogranulome vénérien**.

Lorsque le Lymphogranulome vénérien est la cause du bubon inguinal, il n'y a en général aucun ulcère. Par contre, la présence d'un bubon et d'un ulcère laisse supposer que le patient ou la patiente a un chancre mou, et vous devez donc vous référer à l'algorithme sur les ulcérations génitales et traiter le patient ou la patiente en conséquence.

Si le patient ou la patiente se plaint d'une grosseur douloureuse à l'aîne (bubon), servez-vous de l'algorithme suivant :

L'algorithme

Interroger et examiner

Dans cette case d'action, on vous demande d'interroger et d'examiner le patient ou la patiente. Lors de l'interrogatoire, posez les questions suivantes :

- 1- Avez-vous mal à l'aîne ?
- 2- Avez-vous aussi une ulcération génitale ou avez-vous récemment eu une ulcération génitale ?
- 3- Avez-vous remarqué des grosseurs ailleurs sur votre corps ?

Confirmer bubon inguinal

Lorsque vous examinez le patient ou la patiente, essayez de déterminer si la tuméfaction est vraiment un bubon ou simplement des ganglions hypertrophiés ou toute autre pathologie présentant des ganglions hypertrophiés ailleurs sur le corps. Un bubon est généralement douloureux, chaud, sensible au palper, et fluctuant. Il se peut qu'il y ait une grosse masse ou un ensemble de tuméfactions douloureuses plus petites. A l'occasion, le bubon se rompt et il y a un sinus par lequel s'écoule du pus.

S'il y a un bubon, confirmer la présence ou l'absence d'ulcérations génitales :

- Chez les hommes non circoncis, n'oubliez pas d'examiner le dessous du prépuce et les parties normalement recouvertes par ce dernier. Si le patient ne peut rétracter son prépuce à cause de la tuméfaction, supposez qu'il y a une ulcération génitale et servez-vous de l'algorithme qui convient.
- Chez les femmes, examinez la peau des organes génitaux externes, puis demandez à la patiente de séparer ses lèvres et examinez la surface de la muqueuse pour y déceler la présence d'ulcères.
- Si le patient ou la patiente a un ulcère et un bubon inguinal, référez-vous à l'algorithme sur les ulcérations génitales.
- Si le patient ou la patiente n'a qu'un bubon inguinal, passez à la case d'action située au-dessous.

- Traiter pour Lymphogranulome vénérien et Chancre mou
- Conseiller, éduquer, promouvoir l'utilisation du préservatif
- Prise en charge des partenaires
- Contrôle après une semaine
- Proposer le test de dépistage du VIH

Dans cette case d'action, on indique que, si vous trouvez un bubon inguinal, mais pas d'ulcère, vous devez traiter le patient ou la patiente pour le Lymphogranulome vénérien. Vous devez également éduquer et conseiller le patient ou la patiente, promouvoir les préservatifs et discuter de la nécessité de traiter les partenaires.

- Pour le traitement du Lymphogranulome vénérien, prescrivez :

100mg de DOXYCYCLINE par voie orale, deux fois par jour pendant 21 jours au cours des repas et pour le Chancre mou : **CIPROFLOXACINE 500mg** par voie orale, 1 comprimé 2 fois par jour pendant 3 jours

Ou

500mg d'ERYTHROMYCINE par voie orale, quatre fois par jour pendant 14 jours.

NB : si le bubon devient fluctuant ou fuyant au doigt, il faut aspirer le pus au moyen d'une aiguille à travers la peau saine adjacente. Répéter

l'opération après deux ou trois jours au besoin. Ne jamais faire d'incision dans le bubon.

Demander au patient de revenir pour le contrôle au bout d'une semaine :

- Si le contrôle révèle une amélioration de l'état, on vous demande de continuer le traitement tout en rassurant le patient.
- Par contre si au cours du contrôle, on ne note aucune amélioration, il vous est demandé de référer immédiatement le patient à un spécialiste.

F- LA CONJONCTIVITE DU NOUVEAU-NE

La conjonctivite du nouveau-né est une conjonctivite se produisant chez les bébés de moins d'un mois. Les causes courantes de cette condition pouvant entraîner la cécité sont la Gonorrhée et la Chlamydiae.

Si le bébé est âgé de plus d'un mois, la conjonctivite n'est probablement pas causée par une IST.

La prévention de la conjonctivite du nouveau-né :

Tous les nouveau-nés devraient subir le traitement préventif suivant :

- Aussitôt que le bébé est né, essuyez les yeux avec de la ouate sèche et propre ;
- Appliquez ensuite de la pommade ophtalmique à 1% de tétracycline dans les sacs conjonctivaux inférieurs des deux yeux ;
- N'oubliez pas que les yeux du bébé sont généralement enflés peu après la naissance et il se peut qu'ils soient difficiles à ouvrir. Par conséquent, il faut ouvrir les yeux du bébé et placer la pommade ophtalmique dans les sacs conjonctivaux inférieurs et non sur les paupières.

Traitement de la conjonctivite du nouveau-né :

Si un bébé de moins d'un mois a les yeux enflés et contenant du pus, servez-vous de l'algorithme à la page précédente

Interroger et examiner

Dans cette première case d'action, on vous demande d'interroger la mère et d'examiner le bébé. Demandez à la mère si elle ou son ou ses partenaires sexuels présentent des symptômes d'IST.

Examiner le bébé, en vérifiant en particulier s'il y a présence d'un écoulement conjonctival purulent. Les yeux du bébé sont généralement fermés et les paupières, enflées. Vous remarquez que, lorsque vous séparez les paupières ou que vous appuyez sur elles, du pus s'en écoule.

Enflure des paupières bilatérale ou unilatérale (rougeâtre) accompagnée

d'un écoulement purulent ?

Si un œil ou les deux sont enflés et présentent un écoulement purulent, passez à la case d'action située au-dessous.

Si vous ne trouvez pas de conjonctivite purulente, passez à la case d'action située au dessous, dans laquelle on vous indique de rassurer la mère et lui demander de revenir avec son bébé si les symptômes persistent.

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> . Traiter la Gonorrhée et Chlamydiose . Traiter la mère et le (s) partenaire (s) pour la Gonorrhée et la Chlamydose et leur proposer le dépistage volontaire du VIH . Eduquer et conseiller la mère au besoin . Revoir le bébé au bout de 3 jours |
|--|

Dans cette case d'action, on vous demande, dans le cas où il y a présence d'une conjonctivite purulente, de traiter le bébé, la mère et le partenaire à la fois pour la Gonorrhée et la Chlamydiose.

POUR LE BEBE, le traitement pour la conjonctivite gonococcique est le suivant :

50mg de CEFTRIAXONE/Kg (maximum 125mg) par voie IM, en une prise unique

Là où le **CEFTRIAXONE** n'est pas disponible, prescrivez :

La pommade **TETRACYCLINE 1%** en application locale pour 10 jours.

Et

ERYTHROMYCINE 50mg/Kg par jour par voie orale répartie en 4 doses par jour pendant 10 jours.

Lavez les yeux du bébé avec de l'eau saline ou de l'eau saine, en vous servant d'un tampon propre pour chaque œil. N'oubliez pas qu'il faut laver l'œil de l'inférieur vers le bord extérieur. Lavez-vous soigneusement les mains par la suite.

LA MERE ET SON OU SES PARTENAIRES devraient être traités pour la Gonorrhée et la Chlamydiose :

- Pour traiter la mère, prescrivez :

400mg de CEFIXIME par voie orale, en une prise unique ou **Ceftriaxone injectable 250mg** en une injection IM unique **et ERYTHROMYCINE 500mg** per os 4 fois par jour pendant 7 jours.

- Traiter le (s) partenaire (s), prescrivez :

CIPROFLOXACINE 500mg en une prise **Et 100mg de DOXYCYCLINE** par voie orale, deux fois par jour pendant sept jours.

Recommandez à la mère de prendre tous les comprimés que vous lui avez prescrits et expliquez-lui le mode de transmission des IST, la nature de l'infection de son bébé, la façon de nettoyer les yeux du bébé et les complications possibles de l'infection.

Conseillez-la et faites la promotion du préservatif.

• Demandez à la mère de revenir pour une visite de contrôle au bout de trois jours et insistez sur le fait qu'elle doit revenir vous consulter si les symptômes du bébé ou si ses propres symptômes persistent.

Amélioration ?

Au retour de la patiente, de préférence moins de 72 heures plus tard, examinez le bébé. S'il y a eu amélioration en ce qui concerne l'écoulement, rassurez la mère et n'oubliez pas d'appuyer le message d'éducation. Si vous ne constatez aucune amélioration, passez à la case d'action dans laquelle on vous indique d'adresser le bébé à un spécialiste en Pédiatrie ou en Ophtalmologie.

CHAPITRE IV :

METHODOLOGIE

4. METHODOLOGIE

4.1- Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée au Centre de Santé de Référence de la Commune I du district de Bamako.

Situation de la commune :

La superficie de la commune est de 34, 26Km², soit 12,8% de la superficie totale du district de Bamako.

La population est de 273206 habitants, soit une densité moyenne de 7974 habitants/Km² en 2004.

Elle comprend 9 quartiers répartis en 10 aires de santé dont une à cheval sur 2 quartiers (ASACOKOSA) et un Centre de Santé de Référence.

Les unités et personnels concernés par la prise en charge des IST curables :

. Les trois bureaux de consultation externe dirigés par :

- 4 Médecins généralistes,
- 2 Techniciens supérieurs de santé,
- 2 Infirmiers du premier cycle,
- Des Etudiants stagiaires ;

. Un service de gynéco- obstétrical dirigé par :

- 1 Médecins spécialiste,
- 21 Sage femmes (au niveau de la consultation pré- natale),
- Des Etudiants stagiaires ;

. Un laboratoire dirigé par :

- 2 Assistants médicaux,
- 2 Aides soignants,
- Des Etudiants stagiaires.

Le laboratoire est en mesure de réaliser un certain nombre d'examens qui sont :

Hématologie :

- Numération formule sanguine (NFS),
- Vitesse de sédimentation,
- Taux d'hémoglobine,
- Taux d'hématocrite,
- Test d'Emmel,
- TC- TS,
- Groupage ;

Sérologie :

- Widal,
- BW,
- Toxoplasmose,
- HBS,
- ASLO,
- VIH ;

Biochimie :

- Glycémie,
- Albumine- Sucre ;

Parasitologie :

- Selles POK,
- Culot urinaire,
- GE,
- SNIP ;

Bactériologie :

- ECBU,
- F.V (frottis vaginal),
- P.U.

Circuit du malade :

Au sein de l'établissement, il y a un circuit particulier que tout consultant ordinaire doit emprunter avant d'avoir accès aux prestations de service.

C'est ainsi que tous les malades doivent d'abord s'adresser au bureau des entrées pour l'acquisition d'un ticket de 1000FCFA selon qu'il s'agisse d'urgence ou non.

Il n'existe pas de service « ACCUEIL-TRI » qui s'occupe de la répartition des malades entre les différents services techniques.

4.2- Type d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale par sondage aléatoire simple, visant à déterminer la qualité de la prise en charge syndromique des IST curables au CSRéf CI.

4.3- Population d'étude :

L'étude a concerné les patients des deux sexes en âge de procréer venus consulter dans le centre de santé de référence de la commune I pour un des syndromes suivants:

- l'ulcération génitale,
- l'écoulement urétral et/ou dysurie,
- l'écoulement vaginal,
- douleur abdominale basse,
- tuméfaction du scrotum,
- bubon inguinal.

4.4- Période de l'étude :

L'étude s'est déroulée du 01 Mars 2008 au 30 Juin 2008.

4.5- Echantillonnage :

La taille de notre échantillon est calculée selon la formule suivante :

$$n = \frac{\varepsilon^2 \cdot p \cdot q}{i^2}$$

n = taille de l'échantillon ;

ε = paramètre lié au risque d'erreur, **ε** = 1,96 pour un risque d'erreur de 5% ;

α = 5%, est risque d'erreur ;

P = prévalence attendue du phénomène étudié dans la population, exprimée en fraction de 1 ;

q = 1-**P**, prévalence attendue des personnes ne présentant pas le phénomène étudié, exprimée en fraction de 1 ;

i = précision absolue souhaitée exprimer en fraction de 1.

La proportion des consultations pour IST curables à Bamako étant de 11%, nous estimons qu'avec une précision de 5%, une taille de 150 sujets serait suffisante pour notre étude.

$$n = (1,96)^2 \times (0,11 \times 0,89) / (0,05)^2 = 150$$

-Critères d'inclusion :

Tout patient des deux sexes en âge de procréer venu en consultation dans l'un des bureaux cibles de consultation présentant l'un des syndromes suivants :

- +écoulement urétral et/ou dysurie
- +écoulement vaginal et/ou douleur abdominale basse
- +ulcération génitale
- +tuméfaction du scrotum
- +bubon inguinal,

Et ayant accepté de se faire examiner

-Critères de non inclusion :

- tout patient consultant pour d'autres causes ;
- tout patient refusant de se faire examiner.

4.6- Plan de collecte des données :

Pour la collecte des données nous avons utilisé un questionnaire qui a porté sur l'évaluation de la prise en charge syndromique des IST.

Cette évaluation de la prise en charge syndromique des IST est faite après observation non participative de l'agent de santé à travers les variables : anamnèse (interrogatoire), l'examen physique, le traitement prescrit.

Pour apprécier la qualité de la prise en charge des patients atteints d'IST, nous allons nous orienter plus vers l'observance de l'algorithme en vigueur. A cet effet nos stratégies sont basées sur :

-L'anamnèse complète est déterminée par les questions sur la nature, le début et la durée des plaintes (symptômes).

-L'examen physique complet est défini par la visualisation et l'examen des organes génitaux externes à la recherche d'écoulements et de lésions tennu.

-Le diagnostic est syndromique quand il est conforme à l'algorithme pour le syndrome correspondant aux plaintes.

-Le traitement prescrit est jugé de qualité quant il est conforme à l'algorithme national pour la prise en charge des IST.

L'observateur intervient au terme de l'examen pour connaître le diagnostic retenu et les médicaments prescrits en prenant l'ordonnance avec le malade.

4.7- Plan d'analyse :

Les données sont saisies et analysées au logiciel spss 12.0.

Les données suivantes sont présentées sous forme de tableau et de graphique :

- les données sociodémographiques (âge, sexe, profession.....)
- les données cliniques (interrogatoire, examen clinique....)
- les données thérapeutiques.

4.8- Considérations éthiques :

Le respect de l'éthique et la déontologie médicale fait partie intégrante de la présente étude qui s'est effectué au respect des aspects suivants :

- consentement éclairé des patients enquêtés et des prestataires observés;
- respect de la personne humaine dans ses opinions, dans ses décisions avec une information éclairée et adaptée ;
- garantir la possibilité de retrait sans sanction ;
- garantir la confidentialité et l'anonymat, seule l'équipe de recherche aura accès à la banque des données ;
- informer les personnes concernées des résultats de la recherche ;
- maximiser les bénéfices potentiels de l'étude ;
- minimiser les risques liés à l'étude ;
- distribution équitable des avantages et risques de la recherche.

CHAPITRE V :

RESULTATS

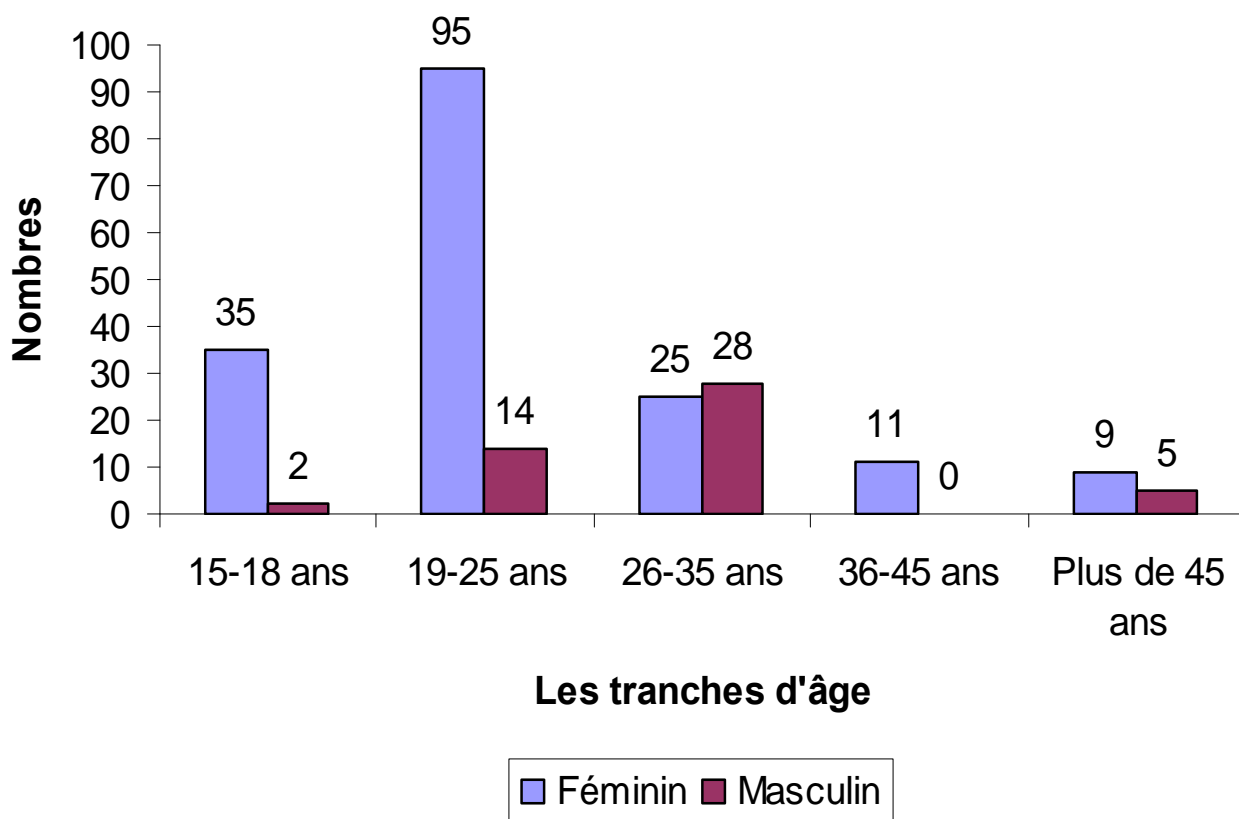
5- LES RESULTATS

5.1 LES CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES :

Notre étude portait sur un effectif de 224 patients dont 175 femmes (78%) et 49 hommes (22%).

Le sexe ratio était =0,28 en faveur des femmes.

5.1.1 AGE ET SEXE :



Graphe 1 : Répartition des patients par tranche d'âge et par sexe

Près de la moitié de l'échantillon était dans la tranche 19-25 ans.

Le sexe féminin prédomine dans l'ensemble des tranches d'âge sauf dans la tranche 26-35 ans où il y a une légère prédominance des hommes.

5.1.2 STATUT MATRIMONIAL :

Tableau II : Répartition des patients selon le sexe et le statut matrimonial

Sexe	Statut matrimonial			Total
	Célibataire	Marié	Veuf	
Féminin	68 (39%)	105 (60%)	2 (1%)	175 (100%)
Masculin	30 (61%)	19 (39%)	- (0%)	49 (100%)
Total	98 (44%)	124 (55%)	2 (1%)	224 (100%)

La majorité des femmes de l'échantillon était mariée (60%) tandis que 61% des hommes étaient célibataires.

5.1.3 NIVEAU D'INSTRUCTION :

Tableau III : Répartition des patients selon le niveau d'instruction

Niveau d'étude	Fréquence	Pourcentage
Analphabète	99	44
Primaire	65	29
Secondaire	49	22
Universitaire	5	2
Autres	6	3
Total	224	100

Autres : Elève coranique ; Elève de la langue bambara.

Les sujets de niveau d'étude universitaire étaient le plus bas (2%).

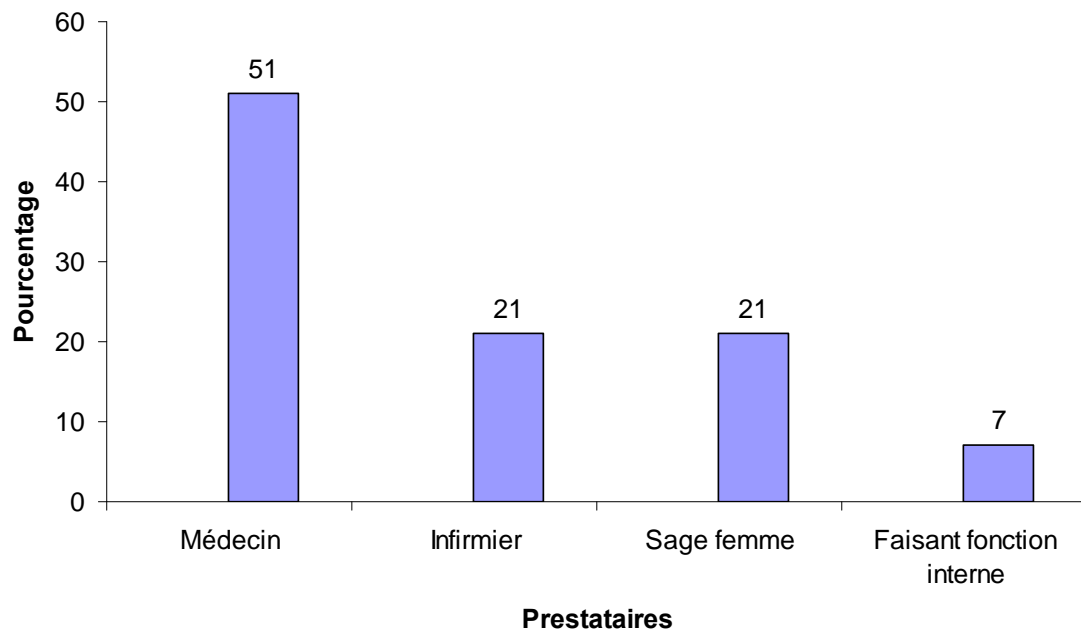
5.1.4 LA PROFESSION :

Tableau IV : Répartition des patients selon la profession

Profession	Fréquence	Pourcentage
Ménagère	90	40
Vendeuse	38	17
Elève	24	11
Etudiant	21	9
Commerçant	14	6
Employé de commerce	8	4
Comptable	7	3
Ouvrier	6	3
Tailleur	6	3
Enseignant	3	1
Blanchisseur	2	1
Gardien	1	0,4
Ingénieur	1	0,4
Mécanicien	1	0,4
Policier	1	0,4
Sociologue	1	0,4
Total	224	100

La profession ménagère était la plus représentée (40%).

5.1.5 QUALIFICATION DU PRESTATAIRE :



Grphe 2 : Répartition des patients selon la qualification du prestataire

Les prestataires étaient constitués majoritairement par les médecins (51,3%).

5.2 LES DONNEES DE L'EXAMEN CLINIQUE :

5.2.1 LES MOTIFS DE CONSULTATION :

Tableau V : Répartition des femmes selon les plaintes à la consultation

Plaintes	Fréquence	Pourcentage
Écoulement vaginal	165	94
Douleur abdominale basse	130	74
Démangeaison vaginale	124	71
Dyspareunie	87	50
Dysurie	49	28
Lésion génitale	26	15
Écoulement urétral	24	13
Ganglion inguinal hypertrophié et douloureux	7	4

L'écoulement vaginal était la principale plainte des femmes à l'interrogatoire, 94% suivi des douleurs abdominales basses, 74%.

Tableau VI : Répartition des hommes selon les plaintes à la consultation

Plaintes	Fréquence	Pourcentage
Ecoulement urétral	29	59
Dysurie	29	59
Miction fréquente	14	29
Lésion génitale	7	14
Tuméfaction du scrotum	5	10
Dyspareunie	5	10
Douleur abdominale basse	2	4

L'écoulement urétral et la dysurie étaient les symptômes les plus évoqués par les hommes, 59% chacun.

Tableau VII : Répartition des symptômes selon la qualification du prestataire

Les symptômes	Qualification du prestataire				Total
	Médecin	Infirmier	Sage femme	Interne	
Ecoulement vaginal	82	42	34	7	165
Douleur abdominale basse	61	35	29	7	132
Démangeaison vaginale	65	21	31	7	124
Dyspareunie	35	15	34	8	92
Dysurie	47	1	21	9	78
Ecoulement urétral	29	7	10	7	53
Lésions génitales	14	-	16	3	33
Miction fréquente	7	-	4	3	14
Hypertrophie ganglionnaire	-	-	5	2	7
Tuméfaction du scrotum	5	-	-	-	5
Total	345 (49%)	121 (17%)	184 (26%)	53 (8%)	703 (100%)

La majorité des symptômes a été prise en charge par les médecins.

Tableau VIII : Répartition des symptômes selon la qualité de l'interrogatoire

Les symptômes d'IST	Effectif	Interrogatoire correct
Ecoulement vaginal	165 (23%)	151 (91%)
Douleur abdominale basse	132 (19%)	125 (95%)
Démangeaison vaginale	124 (18%)	112 (90%)
Dyspareunie	92 (13%)	87 (94%)
Dysurie	78 (11%)	74 (95%)
Ecoulement urétral	53 (7%)	50 (94%)
Lésion génitale	33 (5%)	26 (79%)
Miction fréquente	14 (2%)	11 (78%)
Hypertrophie ganglionnaire	7 (1%)	7 (100%)
Tuméfaction du scrotum	5 (1%)	5 (100%)
Total	703 (100%)	648 (92%)

L'interrogatoire était correct et conforme à l'algorithme dans 92% des cas.

Tableau IX : Répartition des symptômes avec interrogatoire correct selon la qualification du prestataire

Symptômes d'IST	Médecin	Infirmier	Sage femme	Interne
	Interrogatoire correct	Interrogatoire correct	Interrogatoire correct	Interrogatoire correct
Écoulement vaginal	73	37	34	7
Douleur pelvienne	54	35	29	7
Prurit vaginal	58	16	31	7
Dyspareunie	35	10	34	8
Dysurie	47	1	21	9
Écoulement urétral	26	7	10	7
Lésion génitale	7	-	16	3
Miction fréquente	4	-	4	3
Hypertrophie ganglionnaire	-	-	5	2
Tuméfaction scrotale	5	-	-	-
Total	309 (89%)	106 (88%)	184 (100%)	53 (100%)

L'anamnèse n'était pas complète chez les médecins et les infirmiers avec respectivement 89% et 88%.

5.2.2 LES SIGNES PHYSIQUES :

Tableau X : Distribution des symptômes d'IST ayant bénéficiés un examen physique

Les symptômes d'IST	Effectif	Recherche de signe physique
Ecoulement vaginal	165 (23%)	97 (59%)
Douleur abdominale basse	132 (19%)	79 (60%)
Démangeaison vaginale	124 (18%)	80 (64%)
Dyspareunie	92 (13%)	72 (78%)
Dysurie	78 (11%)	47 (60%)
Ecoulement urétral	53 (7%)	32 (60%)
Lésion génitale	33 (5%)	26 (79%)
Miction fréquente	14 (2%)	7 (50%)
Hypertrophie ganglionnaire	7 (1%)	7 (100%)
Tuméfaction du scrotum	5 (1%)	3 (60%)
total	703 (100%)	450 (64%)

Dans 64% des cas, les signes physiques étaient soigneusement recherchés.

Tableau XI : Répartition des symptômes avec recherche de signe physique selon la qualification du prestataire

Symptômes d'IST	Médecin	Infirmier	Sage femme	Interne
	Examen correct	Examen correct	Examen correct	Examen correct
Ecoulement vaginal	32	24	34	7
Douleur abdominale basse	21	22	29	7
Démangeaison vaginale	26	16	31	7
Dyspareunie	20	10	34	8
Dysurie	16	1	21	9
Ecoulement urétral	8	7	10	7
Lésion génitale	7	-	16	3
Miction fréquente	-	-	4	3
Hypertrophie ganglionnaire	-	-	5	2
Tuméfaction du scrotum	3	-	-	-
Total	133 (38%)	80 (66%)	184(100%)	53(100%)

L'examen physique était complet et conforme à l'algorithme dans 38% des cas prises en charge par les médecins et 66% pour les infirmiers.

5.2.3 Qualité du diagnostic :

Tableau XII : Répartition des symptômes selon la qualité du diagnostic

Les symptômes d'IST	Effectif	Diagnostic correct
Ecoulement vaginal	165 (23%)	89 (54%)
Douleur abdominale basse	132 (19%)	71 (54%)
Démangeaison vaginale	124 (18%)	72 (58%)
Dyspareunie	92 (13%)	64 (69%)
Dysurie	78 (11%)	37 (47%)
Ecoulement urétral	53 (7%)	30 (57%)
Lésion génitale	33 (5%)	26 (79%)
Miction fréquente	14 (2%)	7 (50%)
Hypertrophie ganglionnaire	7 (1%)	7 (100%)
Tuméfaction du scrotum	5 (1%)	3 (60%)
Total	703 (100%)	406 (58%)

Le diagnostic était de qualité dans 58% des cas.

Tableau XIII : Répartition des symptômes diagnostiqués correctement selon la qualification du prestataire

Symptômes d'IST	Médecin	Infirmier	Sage femme	Interne
	Diagnostic correct	Diagnostic correct	Diagnostic correct	Diagnostic correct
Ecoulement vaginal	32	24	26	7
Douleur abdominale basse	21	22	21	7
Démangeaison vaginale	26	16	23	7
Dyspareunie	20	10	26	8
Dysurie	16	1	11	9
Ecoulement urétral	8	7	8	7
Lésion génitale	7	-	16	3
Miction fréquente	-	-	4	3
Hypertrophie ganglionnaire	-	-	5	2
Tuméfaction du scrotum	3	-	-	-
Total	133 (38%)	80 (66%)	140 (76%)	53 (100%)

Le diagnostic était syndromique dans seulement 38% des cas pour les médecins.

5.3 TYPES DE TRAITEMENTS :

Tableau XIV : Répartition des symptômes selon la qualité du traitement

Les symptômes d'IST	Effectif total	Traitement correct
Ecoulement vaginal	165 (23%)	77 (47%)
Douleur abdominale basse	132 (19%)	62 (47%)
Démangeaison vaginale	124 (18%)	59 (53%)
Dyspareunie	92 (13%)	55 (60%)
Dysurie	78 (11%)	26 (33%)
Ecoulement urétral	53 (7%)	24 (45%)
Lésion génitale	33 (5%)	23 (70%)
Miction fréquente	14 (2%)	7 (50%)
Hypertrophie ganglionnaire	7 (1%)	7 (100%)
Tuméfaction du scrotum	5 (1%)	1 (20%)
Total	703 (100%)	341 (48%)

Dans 48% des cas, le traitement était correct et conforme à l'algorithme en vigueur.

Tableau XV : Distribution des symptômes traités correctement selon la qualification du prestataire

Symptômes d'IST	Médecin	Infirmier	Sage femme	Interne
	Traitement correct	Traitement correct	Traitement correct	Traitement correct
Ecoulement vaginal	27	24	19	7
Douleur abdominale basse	15	22	18	7
Démangeaison vaginale	20	16	16	7
Dyspareunie	18	10	19	8
Dysurie	8	1	8	9
Ecoulement urétral	2	7	8	7
Lésion génitale	7	-	13	3
Miction fréquente	-	-	4	3
Hypertrophie ganglionnaire	-	-	5	2
Tuméfaction du scrotum	1	-	-	-
Total	98(28%)	80(66%)	110(60%)	53(100%)

Chez les médecins seulement 28% des traitements étaient conformes à l'algorithme.

CHAPITRE VI :
COMMENTAIRES
ET
DISCUSSION

6- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Epidémiologique

6.1 Profils sociodémographiques :

6.1.1 Sexe : on a réalisé 224 observations dont les sujets de sexe féminin 175 soit (78%) étaient les plus représentés par rapport aux sujets de sexe masculin 49 soit (22%).

Le sexe ratio était 0,28 en faveur des femmes.

Cela s'explique par l'importance de l'activité gynéco-obstétricale de ce centre de référence par rapport aux autres activités, d'où sa grande fréquentation par les femmes.

Cette prédominance féminine des IST a été rapportée par DIARRA L (19) en 2001 à Bamako (Mali) au CSRéfC V qui rapporte 94,2% de femmes contre 5,8% d'hommes.

Par ailleurs MAIGA Y en 1999 à Sikasso (Mali) (21) a noté dans son échantillon que le sexe féminin était relativement plus représenté que le sexe masculin (69,9% contre 36,1%)

6.1.2 L'âge : les patients d'âge compris entre 19-25 ans étaient les plus atteints par les IST. Il s'agit de la tranche d'âge la plus active sexuellement.

Plusieurs auteurs ont rapporté des résultats différents :

DIARRA L en 2001 à Bamako au CSRéfC V (19) selon le quel la tranche d'âge 26-35 ans était la plus représentée.

Pour MAIGA Y en 1999 à Sikasso (21) selon le quel la tranche d'âge 17-27 ans était la plus représentée.

Pour TRAORE M (22) en 1989 à Bamako et DIALLO R (14) en 1993 à Bamako, c'est la tranche 25-29 ans.

TRAORE Y A (23) en 1983 à Bamako, trouvait que la presque totalité des patients étaient dans la tranche d'âge 13-34 ans.

DIARRA B.D (24) en 1989 au Mali, trouvait que la tranche 15-40 ans était la plus représentée.

6.1.3 Le statut matrimonial :

55% de nos patients étaient mariés et 44% de célibataires.

Ceci dénote que le statut de marié ne semble pas prémunir contre les IST et pourrait être considéré comme un statut à risque.

DIALLO R (14) dans sa thèse de pharmacie en 1993 à Bamako, a signalé 72,5% de femmes mariées contre 27,5% de célibataires, de même KOITA I en 2000 (15), dans sa thèse de pharmacie signale une prédominance de femmes mariées (190) parmi les 275 femmes examinées à Bamako.

6.1.4 Profession :

Les professions : ménagère, vendeuse, élève, commerçant dominaient dans notre échantillon et les autres professions étaient faiblement représentées.

D'autres études réalisées au Mali avaient trouvé des résultats similaires : DIARRA L (19) en 2001, DIALLO R (14) en 1993, GOITA S (20) en 1998.

6.1.5 Qualification du prestataire :

51,3% des prestataires étaient des médecins, 21,4% étaient des infirmiers, 20,5% étaient des sages-femmes et 6,7% étaient des faisant fonctions internes.

Ce constat a été rapporté par : R. Bitera, F. Kane, F. Dénagnon Kintin, M. Sylla, P.J. Zerbo et Collaborateurs : dans une enquête sur la qualité de prise en charge des MST auprès des soignants de six pays de l'Afrique de l'Ouest (25).

6.2 Motifs de consultation des patients :

- Parmi les motifs de consultation exprimés par les femmes, l'écoulement vaginal occupait la première place (94%) suivi de la douleur abdominale basse (74%) et de la démangeaison vaginale (71%).

Cela s'expliquerait par le fait que ces trois symptômes s'associent dans la plupart des cas.

- Quant aux hommes, leurs motifs plus fréquents de consultation étaient, l'écoulement urétral (59%) et la dysurie (59%).

N'DONGO B (18) en 2003 au Mali, dans sa thèse a trouvé chez les hommes, 67,6% de dysurie suivie de l'écoulement urétral 63,8% ; chez les femmes, 84,5% d'écoulement vaginal suivi de douleur abdominale basse 67,7%.

6.3 Qualité de l'interrogatoire :

La question sur la nature, le début et la durée de ces symptômes était posée dans 92% des cas.

L'anamnèse était complète à 100% pour les sages femmes et les faisant fonctions internes, 89% pour les médecins et 88% pour les infirmiers.

Ce constat a été rapporté par : R. Bitera, F. Kane, F. Dénagnon Kintin, M. Sylla, P.J. Zerbo et Collaborateurs : dans une enquête sur la qualité de prise en charge des MST auprès des soignants de six pays de l'Afrique de l'Ouest (25).

6.4 Qualité de l'examen physique :

Les organes génitaux étaient visualisés et soigneusement examinés à la recherche d'écoulements et de lésions dans 64% des cas.

Pour : R. Bitera, F. Kane, F. Dénagnon Kintin, M. Sylla, P.J. Zerbo et Collaborateurs (25), l'examen physique était complet dans 60,8% des cas.

L'examen physique complet et conforme à l'algorithme a été appliqué par les sages-femmes et les faisant fonctions internes à 100% tandis

qu'il a été moyennement appliqué par les infirmiers 66% et faiblement appliqué par les médecins 38%.

Cela est dû par le faite que beaucoup de médecins, vu leurs expériences sur le terrain, préfèrent une démarche interne plutôt que de déshabiller les malades.

6.5 Qualité du diagnostic :

La proportion de diagnostics syndromiques a été estimée à 58% des cas.

Le diagnostic syndromique était conforme à l'algorithme à 100% pour les faisant fonctions internes, moyennement conforme pour les sages femmes et les infirmiers 76% et 66% et faiblement pour les médecins 38%.

6.6 Qualité traitement :

Les médicaments prescrits étaient conformes à l'algorithme dans 48% des cas.

Le traitement syndromique et conforme à l'algorithme était appliqué à 100% pour les faisant fonctions internes, moyennement pour les infirmiers (66%) et les sages femmes (60%) et faiblement pour les médecins (28%).

Cela s'expliquerait par le faite que beaucoup de médecins n'adhèrent pas entièrement aux différents traitements proposés par l'algorithme.

CHAPITRE VII :

CONCLUSION

7 CONCLUSION

Notre étude transversale menée au CSRéf CI (entre Mars et Juin 2008) a porté sur les IST curables. Le but était d'évaluer la qualité de la prise en charge syndromique des IST curables au CSRéf CI d'une part, de déterminer la proportion de cas d'IST diagnostiquée et traitée correctement suivant les critères retenus.

Cette étude a inclus 224 patients, dont 175 femmes et 49 hommes.

Les résultats ont été les suivants :

Le diagnostic était de qualité dans la moitié des cas, soit 58%.

Le plus faible taux de diagnostic de qualité a été enregistré par les médecins (38%).

Le traitement de qualité était faible soit seulement 48% des cas pour l'ensemble des prestataires.

Le taux de traitement de qualité était particulièrement très faible pour les médecins (28% de traitement conforme à l'algorithme).

Globalement les soignants avaient un niveau moyen quand au diagnostic conforme à l'algorithme et un faible niveau de traitement conforme à l'algorithme.

CHAPITRE VIII :

RECOMMANDATIONS

8 RECOMMANDATIONS :

Dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge syndromique des IST, nous recommandons de :

- Diffuser au niveau des prestataires, en particulier au niveau périphérique les six algorithmes retenus par le PNLIS.
- Une formation continue des prescripteurs au niveau périphérique sur la prise en charge syndromique des IST.
- Une sensibilisation des prescripteurs au niveau périphérique (Centre de Santé Communautaire et de Référence de cercle), surtout les médecins pour la bonne application de ces algorithmes.
- Organiser une évaluation périodique de l'application des algorithmes retenus au niveau périphérique.

CHAPITRE IX :

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCE BIBLIOGRAPHIE

1_ Dr Laila Hessissen et L .Kaboubi - CHU Ibn Sina Rabat-10 février 2003 : la situation des IST et du SIDA au Maroc (en ligne). Disponible sur :<http://www.santetropicale.com/santemag/maroc/mop3.htm>(consulté le 26/02/2007)

2_ Rapport d'un groupe d'étude de l' OMS Genève ; 1991.
Prise en charge des patients atteints de maladies sexuellement transmissibles.

3_ Médecine digest, N°3, Vol XXIV, 1998.
ONU SIDA Dec.1997

4_ GOEMAN I , MEHEUS A , PIOT P.
L'épidémiologie des MST dans les pays en développement à l'ère du SIDA.
Ann. Doc. Belg. Med. Trop. 1991, 71 :81-113.

5_ DIETRICH M, HOOSEN AA, MOODLEY J, MOODLEY S.
Urogenital tract infection in pregnancy at king Edward XIII hospital, Durban, South Africa.
Genitourinary med 1992,68:39-41

6_ VUYL Steck B.
Infections génitales à Neisseria gonorrhoe et Chlamydia trachomatis chez les femmes : un diagnostic simple bon marché est il possible ?
Mémoire présenté pour l'obtention du grade Master of science en sciences
Biomedical tropicales, Anvers 1991.

7_ World bank confronting AIDS
Oxford University press, 1997

8_ MANUEL DE FORMATION :

La prise en charge syndromique des infections sexuellement transmissibles

PNLS-MALI : MARS 2004.

9_ Communiqué OMS/89

Maladies sexuellement transmissibles et SIDA en Afrique.

Xème conférence internationale sur les MST et le SIDA en Afrique du 6 au 10 déc. 1997 à Abidjan.

10_ UNAIDS Global on AIDS, Déc.1998

11_ KATTRA N.

Etude de la prévalence des MST/VIH à des facteurs de risque de l'infection par le VIH chez les femmes enceintes dans les régions de Koulikoro, Sikasso, Mopti en république du Mali.

Thèse Pharm1999

12_ Dr Isaka Niambélé, Pr Flabou Bougoudogo, Dr Seydou Diarra, Amadou Haïdara et Dr Enias Baganizi : maladies sexuellement transmissibles au Mali (en ligne). Disponible

sur :<http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/fr1341/14chapitre14.pdf>.

(Consulté le 20/03/2007)

13_ OUEDRAGO W.

Etude de la prévalence des IST/VIH chez les consultants des centres de santé et de promotion sociale (CSPS) de la ville de Bobodioulasso.

Thèse Méd. Bamako, 2001, N°14

14_ DIALLO. R..

Prévalence de *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Candida albicans* et *Gardnerella vaginalis* parmi les étiologies des infections génitales féminines à Bamako.

A propos de 4710 prélèvements vaginaux examinés dans le laboratoire de bactériologie de l'INRSP de 1989 à 1992.

Thèse Pharm. Bamako, 1993, 1, 74 P

15_ IBRAHIMA KOITA

Place de Neisseria gonorrhoeae, Candida albicans, Trichomonas vaginalis et Gardnerella vaginalis dans les infections génitales chez 275 femmes examinées à Bamako.

Thèse Pharm. Bamako, 2000, n°2

16_ SAMAKE A

Facteurs de risques des MST/SIDA à la mobilité de la population en commune VI du district de Bamako

Thèse méd. 1999

17_ WASSERHEIT J N.

Effect of changes in human ecology and behaviour on patterns of sexually transmitted diseases, including human immunodeficiency virus infection. Proc Natl Acad Sci 1994; 91: 2430-2435.

18_ N'DONGO B

Etude de la prévalence des agents pathogènes responsables des syndromes d'IST au Mali.

Bamako 2003 Thèse Méd. N°74

19_ DIARRA L

Profils épidémiologique-clinique des IST et évaluation de la prise en charge syndromique au CSRéf CV

Bamako Thèse Méd 2001 n°73.

20_ GOITA S

Etude épidémiologique-clinique des MST dans la région de Mopti 1996-97

Thèse Méd 1998 Bamako.

21_ MAIGA Y

Problématique de la migration des MST dans la région de Sikasso

Thèse Méd 1999.

22_ TRAORE M

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

Thèse Pharm 1989.

23_ TRAORE Y A

Etude de la prévalence des MST/VIH et facteurs de risque de l'infection par le VIH dans les six commune de Bamako.

Thèse Pharm. 1999.

24_ DIARRA B D

Contribution à l'étude de la séroprévalence de l'infection par le VIH au Mali : à propos de 3500 sérums

Thèse Méd 1989

25_ R. Bitera, M. Alary, B. Mâsse, C. Lowndes, P. Viens, E. Baganizi, A. Kamuragiye, F. Kane, F. Dénagnon Kintin, M. Sylla, P.J. Zerbo

Qualité de la prise en charge des MST : enquête auprès des soignants de six pays de l'Afrique de l'Ouest

<http://scholar.google.com/scholar?hl=fr&lr=&q=cache:fDMA7zRjPm4J:v3.john-libbey-e...>(28/01/2007).

26_ EDS IV- Mali : Prévalence du VIH au Mali

<http://www.solthis.org/contescte-r30.html>....(18-05-09)

ANNEXES

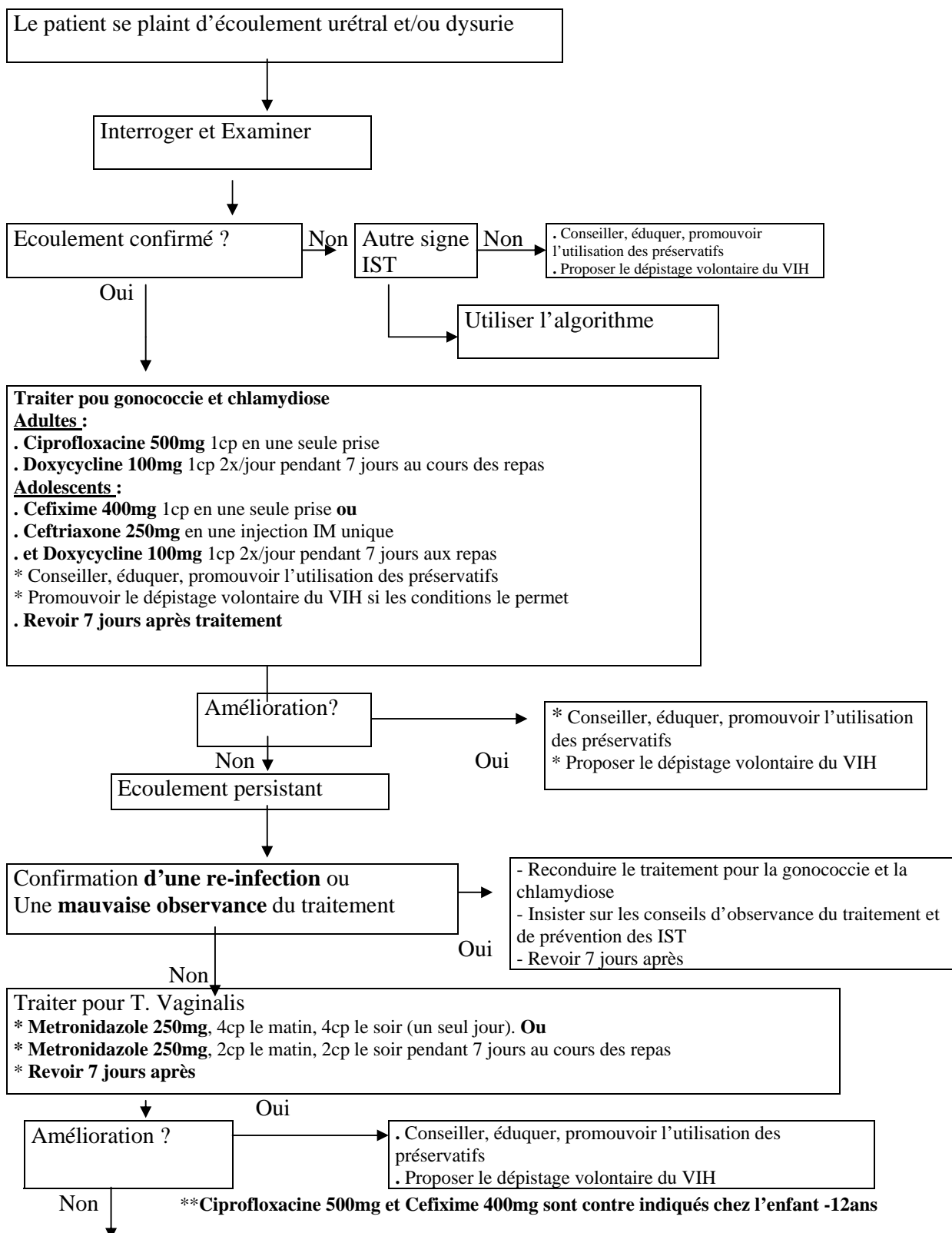
L'IDENTIFICATION DES SYNDROMES ET LE CONTRÔLE SYNDROMIQUE DES IST

Syndrome	Symptômes	Signes physiques	Causes les plus courantes
ECOULEMENT VAGINAL ET/OU DOULEUR ABDOMINALE BASSE	<ul style="list-style-type: none"> . Ecoulement vaginal . Démangeaison vaginale . Dysurie (douleurs lors de la miction) . Douleurs pendant les rapports sexuels . Douleurs abdominales basses 	<ul style="list-style-type: none"> . Ecoulement vaginal . Lésions de grattage . Sensibilité abdominale basse au palper . Ecoulement jaunâtre ou mucus au col 	<ul style="list-style-type: none"> . VAGINITE : <ul style="list-style-type: none"> - Trichomonase - Candidose . CERVICITE : <ul style="list-style-type: none"> - Gonorrhée - Chlamydiose . SIP <ul style="list-style-type: none"> - Gonorrhée - Chlamydiose - Anaérobies mixtes
ECOULEMENT URETRAL ET/OU DYSURIE	<ul style="list-style-type: none"> . Ecoulement urétral . Dysurie . Mictions fréquentes 	<ul style="list-style-type: none"> . Ecoulement urétral (au besoin, demandez au patient de traire son urètre) . Ecoulement urétral persistant après traitement 	<ul style="list-style-type: none"> . Gonorrhée . Chlamydiose . Trichomonase
ULCERE GÉNITAL	<ul style="list-style-type: none"> . Lésion génitale 	<ul style="list-style-type: none"> . Ulcère génital . Ganglions inguinaux hypertrophiés 	<ul style="list-style-type: none"> . Syphilis . Chancre mou . Herpès
TUMEFACTION DU SCROTUM	<ul style="list-style-type: none"> . Douleurs au scrotum et enflure 	<ul style="list-style-type: none"> . Enflure du scrotum 	<ul style="list-style-type: none"> . Gonorrhée . Chlamydiose
BUBON INGUINAL	<ul style="list-style-type: none"> . Ganglions inguinaux hypertrophiés et douloureux 	<ul style="list-style-type: none"> . Tuméfaction ganglionnaire . Fluctuation . Abscesses ou fistules 	<ul style="list-style-type: none"> . Chancre mou . Lymphogranulome vénérien
CONJONCTIVITE DU NOUVEAUNE	<ul style="list-style-type: none"> . Paupières enflées . Le bébé ne peut ouvrir les yeux . Ecoulement 	<ul style="list-style-type: none"> . Œdème des paupières . Ecoulement purulent 	<ul style="list-style-type: none"> . Gonorrhée . Chlamydiose

Note : Ne sont inclus que les syndromes causés par des organismes sur lesquels le traitement agit et qui conduisent à des conséquences graves si le patient n'est pas traité. Les autres syndromes IST, comme les verrues génitales, ne font pas partie des syndromes du programme. Ils doivent être référés.

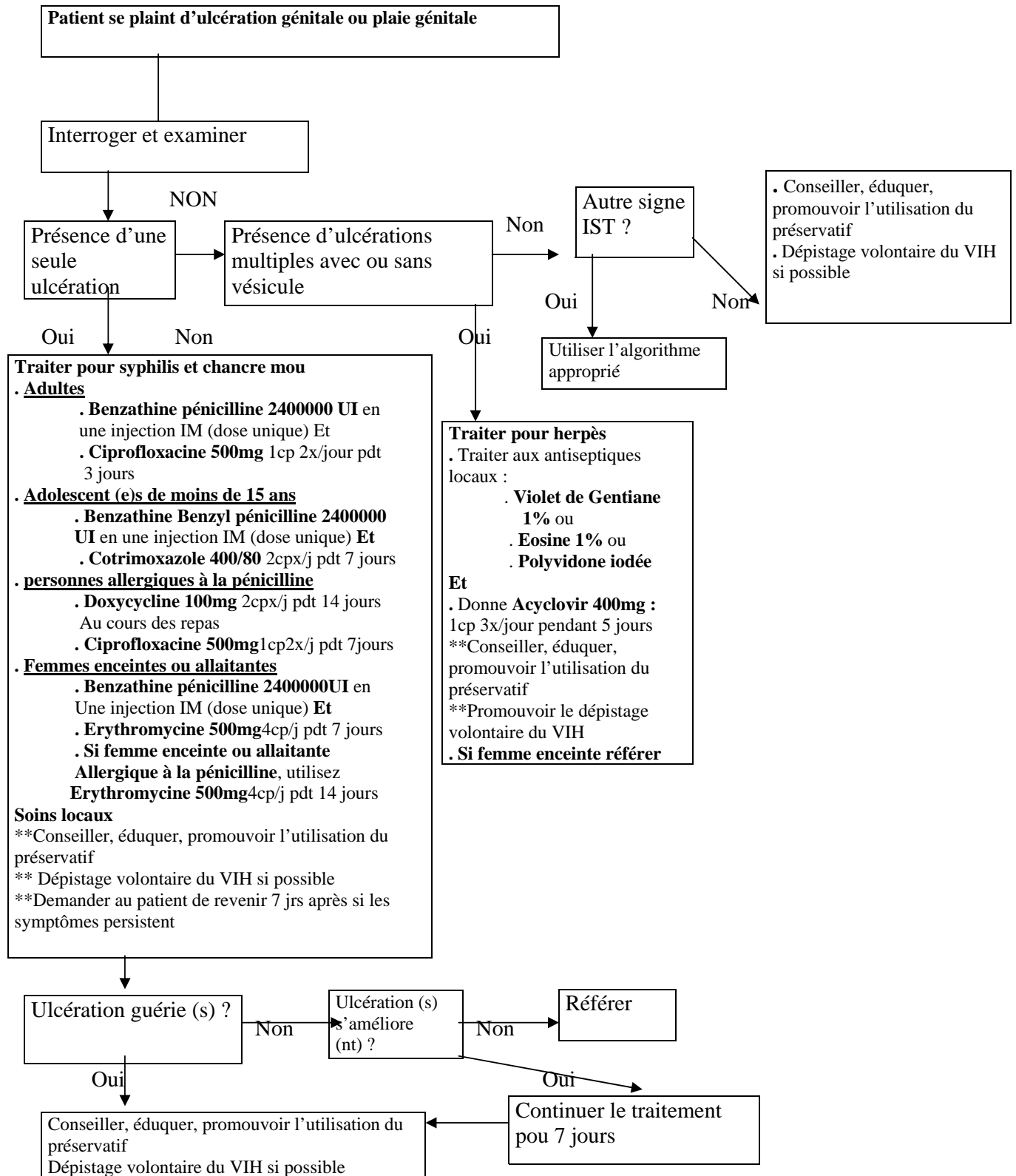
LES ALGORITHMES DE CONTRÔLE DES IST

ÉCOULEMENT URETRAL ET/OU DYSURIE

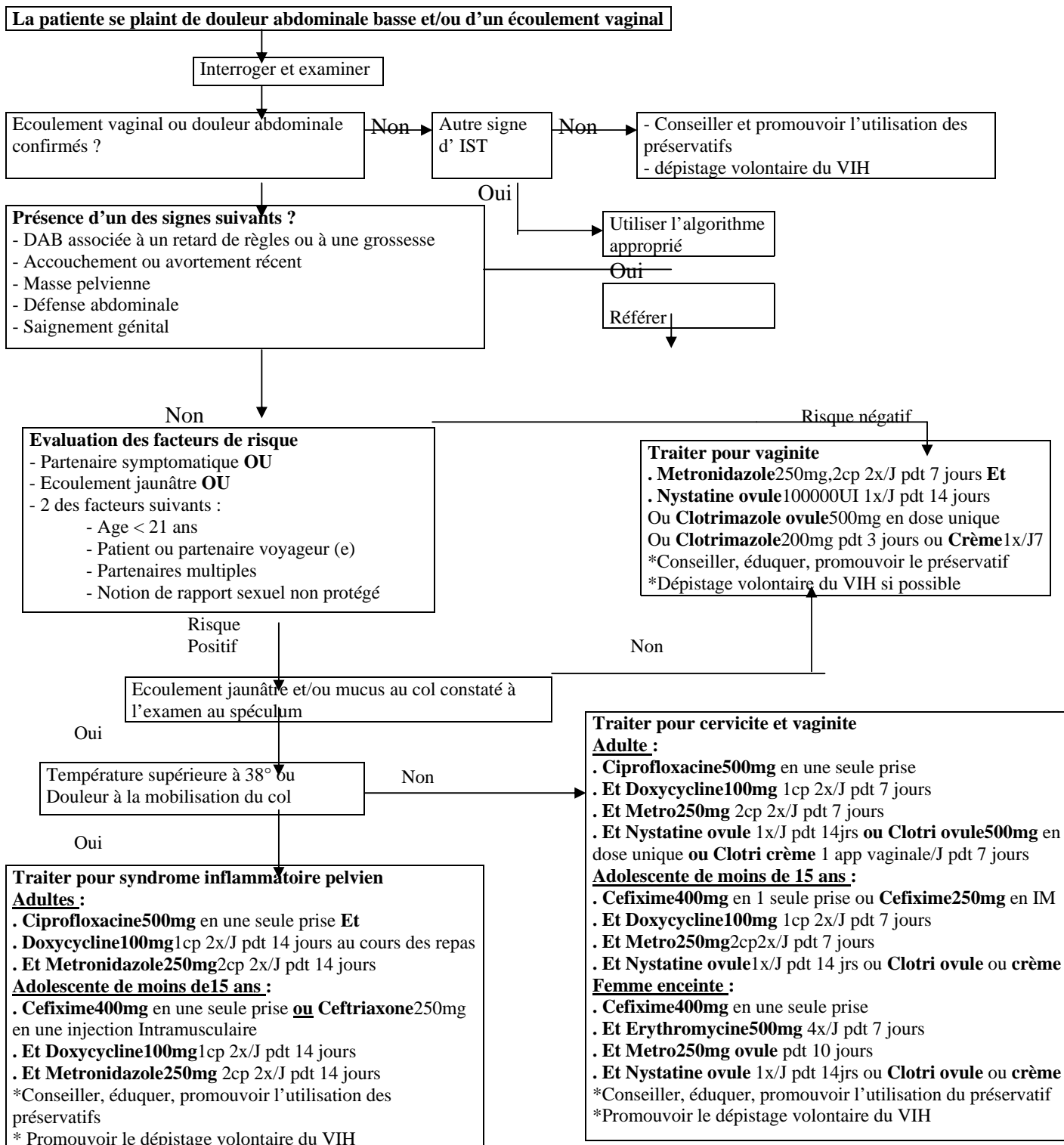


Reférez

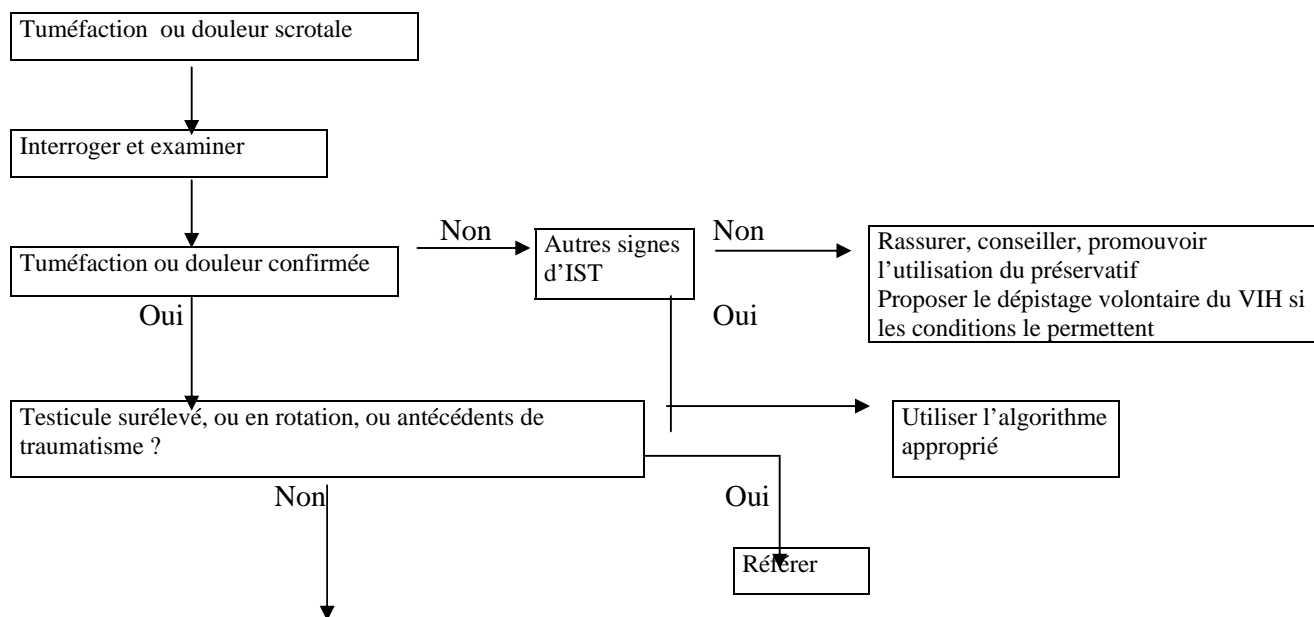
LES ULCERATION GENITALES



L'ÉCOULEMENT VAGINAL ET/OU DOULEUR ABDOMINALE BASSE



TUMEFACTION DU SCROYUM



. Traiter pour Gonorrhée et Chlamydirose

Adultes

- Ciprofloxacine 500mg, en dose unique
- Et
- Doxycycline 100mg, 2x/J pendant 7 jours au cours des repas

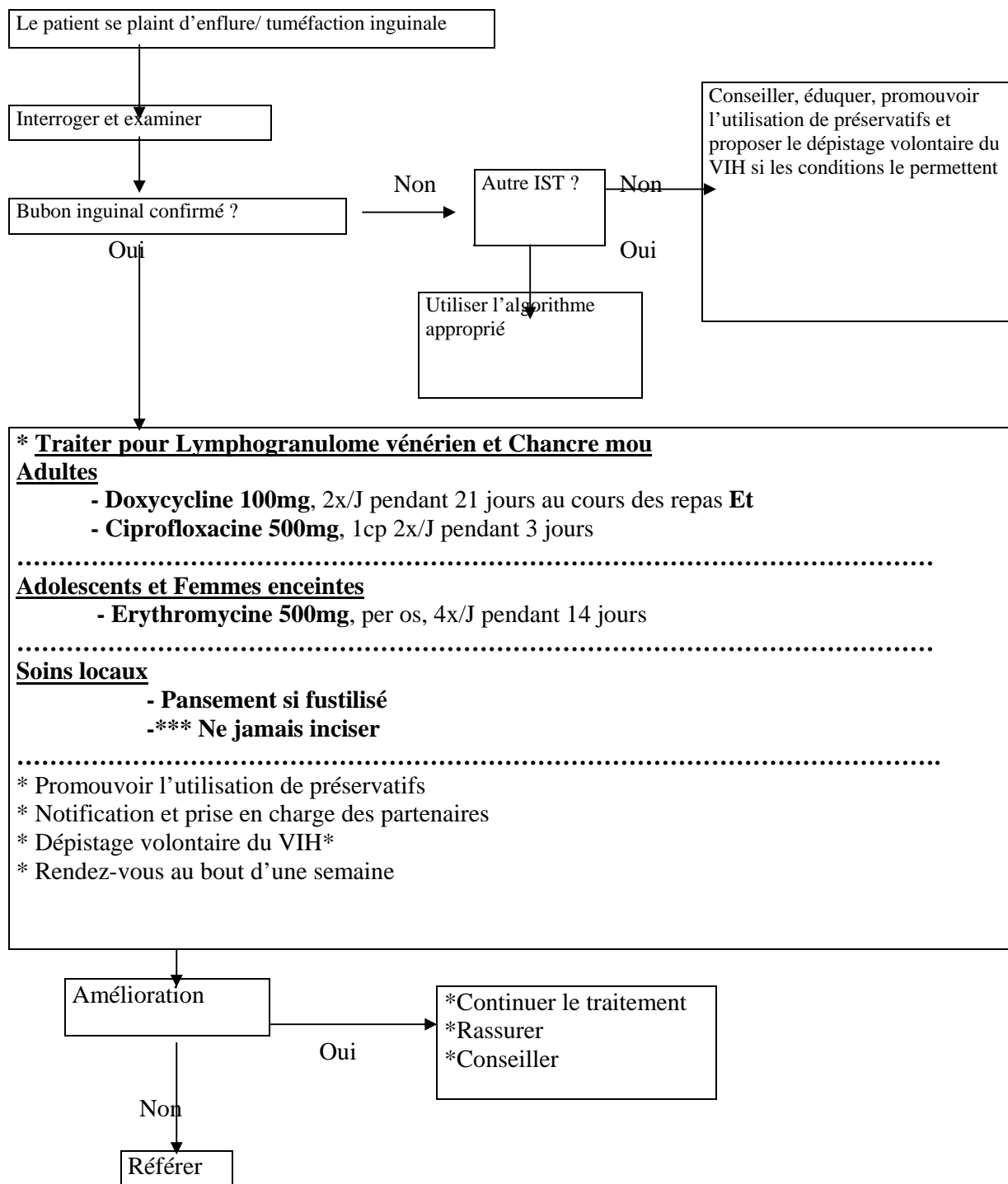
Adolescent des moins de 15 ans

- Cefixime 400mg per os en dose unique
- Ou
- Ceftriaxone Injectable 250mg en une injection IM
- Et
- Doxycycline 100mg, 2x/J pendant 7 jours au cours des repas

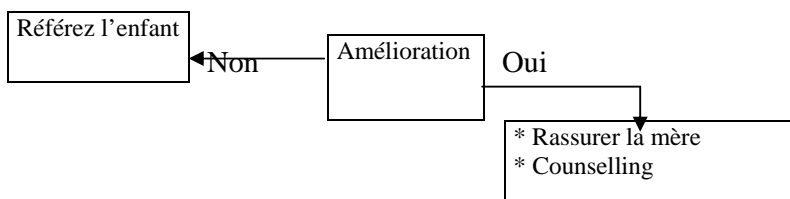
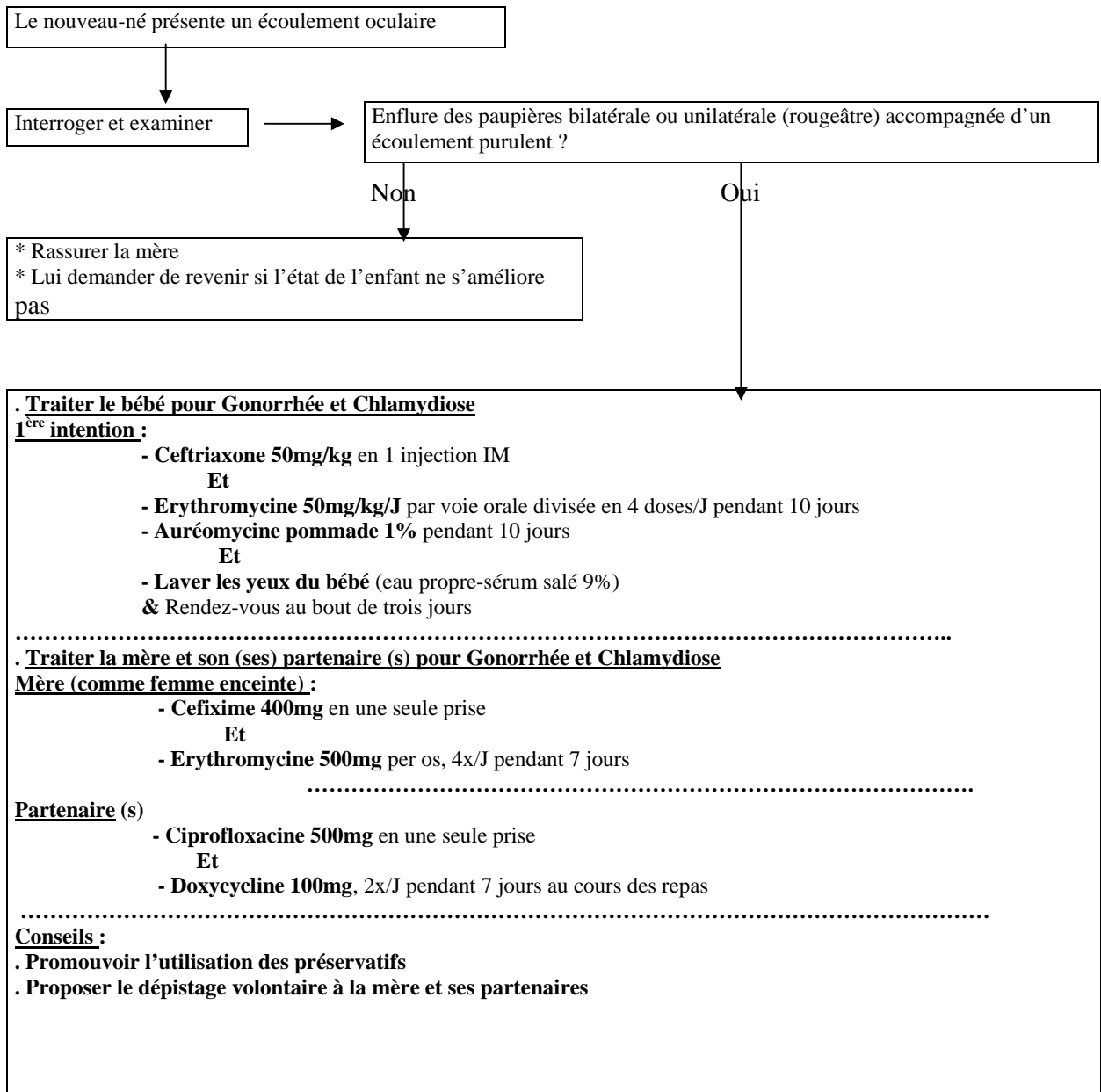
Conseils :

- * Promouvoir l'utilisation de préservatifs
- * Notification et prise en charge des partenaires
- * Dépistage volontaire du VIH.
- * Demander à revoir le patient ou référer si nécessaire.

LE BUBON INGUINAL



LA CONJONCTIVITE DU NOUVEAU-NE



FICHE D'ENQUETE N°Fiche.....

Date...../...../.....

I- Identification du malade :

Nom.....Prénom.....

Sexe:/...../(1=masculin ; 2=féminin)

Age en année:/...../(1=15-18ans ;2=19-25ans ;3=26-35ans ;4=36-45ans ;5=plus de 45ans)

Ethnie:/...../(1=bambara ;2=Sarakolé ;3=peulh ;4=dogon ;5=senoufo miniaka ;6=bobo ;7=malinké ;8=sonrail ;9=autres)

Statut matrimonial:/...../(1=célibataire ;2=marié(e) ;3=divorcé(e) ;4=veuf(ve))

Niveau

d'étude:/...../(1=analphabète ;2=primaire ;3=secondaire ;4=universitaire ;5=autre :

Profession :.....

Résidence :.....

II- Identification du prestataire :

1- Qualification:/...../

1=médecin ; 2=interne ;3=sage femme ;4=infirmier ;5=autre

2- Statut:/...../

1=fonctionnaire ;2=contractuel ;3=bénévole ;4=stagiaire ;5=autres

III- Motifs de consultation évoqués par le patient :(cocher toutes les réponses)

- Ecoulement vaginal:/...../ 1=ooui ; 2=non

- Démangeaison vaginal:/...../ 1=ooui ; 2=non

- Douleur lors de la miction (Dysurie):/...../ 1=ooui ; 2=non

- Douleurs pendant les rapports sexuels(Dyspareunie):/...../

1=ooui ; 2=non

- Douleurs abdominales basses:/...../ 1=ooui ; 2=non

- Ecoulement urétral:/...../ 1=ooui ; 2=non

- Mictions fréquentes:/...../ 1=ooui ; 2=non

- Lésion génitale:/...../ 1=ooui ; 2=non

- Douleurs au scrotum et enflure:/...../ 1=ooui ; 2=non

- Ganglions inguinaux hypertrophiés et douloureux:/...../

1=ooui ; 2=non

IV- Interrogatoire :

*Est-ce que le prestataire évalue les facteurs de risque:/...../ 1=ooui ; 2=non

Facteurs de risque:/...../ 1=risque positif ; 2=risque**négatif**

*Ecoulement persistant:/...../ 1=ooui ;2=non ;3=Non cherché

*Ulcération génitale:/...../ 1=Unique ;2=Multiple ;3=Non cherché

Interrogatoire de qualité:/...../ 1=oui ;2=non**V- Examen clinique :**

Le patient est-il déshabillé? /...../ 1=oui ; 2=non

Si OUI :**1-** Les signes recherchés à l'examen physique du patient :

- Ecoulement vaginal:/...../ 1=oui ; 2=non
- Lésion de grattage:/...../ 1=oui ; 2=non
- Sensibilité abdominale basse au palper:/...../ 1=oui ; 2=non
- Ecoulement jaunâtre ou mucus au col:/...../ 1=oui ; 2=non
- Ecoulement urétral:/...../ 1=oui ; 2=non (au besoin, demandez au patient de traire son urètre)
- Ecoulement urétral persistant après traitement:/...../ 1=oui ; 2=non
- Ulcération génitale unique:/...../ 1=oui ; 2=non
- Ulcérations génitales multiples:/...../ 1=oui ; 2=non
- Ganglions inguinaux hypertrophiés:/...../ 1=oui ; 2=non
- Enflure du scrotum:/...../ 1=oui ; 2=non
- Tuméfaction ganglionnaire:/...../ 1=oui ; 2=non
- Fluctuation:/...../ 1=oui ; 2=non
- Abscesses ou fistules:/...../ 1=oui ; 2=non

Examen physiques de qualité?/...../ 1=oui ;2=non**Si NON :****2-** Préciser auprès du prestataire les critères diagnostique :.....**VI- Diagnostic du praticien :**

- Ecoulement vaginal et/ou Douleur abdominale basse:/...../
- Ecoulement urétral et/ou dysurie:/...../
- Ulcération génitale:/...../
- Tuméfaction du scrotum:/...../
- Bubon inguinal:/...../

Diagnostic de qualité:/...../ 1=oui ;2=non**VII- Traitement :****a- Ecoulement urétral et/ou dysurie :**

Traitement syndromique correcte:/...../ 1=oui ; 2=non

Si OUI :

- **Ciprofloxacine 500mg** 1cp en une seule prise:/...../
- **Doxycycline 100mg** 1cp 2 x/jour pendant 7 jours au cours du repas:/...../

Ecoulement persistant: on associe ;

- **Metronidazole 250mg** 4cp matin, 4cp le soir (un seul jour):/...../
1=oui ; 2=non

Ou

- **Metronidazole 250mg** 2cp 2×/jour pdt 7jours aux repas:/...../

Si NON :

Préciser le traitement prescrit :.....
.....

b- Ulcérations génitales :

Traitement syndromique correcte:/...../ 1=oui ; 2=non

Si OUI :

* **Présence d'une seule ulcération /...../**

- **Benzathine pénicilline 2400000 UI** en une injection IM (dose unique):/..../ **Et**
- **Ciprofloxacine 500mg** 1cp 2×/jour pendant 3jours:/... ../

Personnes allergiques à la pénicilline :

- **Doxycycline 100mg** 1cp 2×/jour pendant 14 jours aux repas:/...../
- **Ciprofloxacine 500mg** 1cp 2×/jour pendant 3 jours:/...../

Femmes enceintes ou allaitantes :

- **Benzathine pénicilline 2400000 UI** en une injection IM (dose unique répartie entre les deux fesses):/...../

Et

- **Erythromycine 500mg** 4cp/jour pendant 7 jours:/...../
- **Si Femme enceinte ou allaitante allergique à la pénicilline,** utilisez **Erythromycine 500mg** 4cp/jour pendant 14 jours:/...../

* **Présence d'ulcérations multiples avec vésicule ou non:/...../**

*Traiter aux antiseptiques locaux :

- **Violet de Gentiane 0,5%:/...../**

Ou

- **Eosine 2%:/...../**

Ou

- **Polyvidone iodée:/...../**

Et

- Donner **Acyclovir 400mg** :1cp 3×/jour pendant 5 jours:/...../

. Si femme enceinte référer

Si NON :

Préciser le traitement prescrit:.....

c- Ecoulement vaginal et/ou Douleur abdominale basse :

Traitement syndromique correcte:/...../ 1=oui ; 2=non

Si OUI :

- **Risque positif:** écoulement jaunâtre et/ou mucus au col /...../
 - **Ciprofloxacine 500mg** en une seule prise:/...../
 - **Et Doxycycline 100mg** 1cp 2x/jour pdt 7 jours aux repas:/...../
 - **Et Metronidazole 250mg** 2cp matin, 2cp soir pdt 7 jours:/...../
 - **Et Nystatine ovule 100000 UI** une fois/jour pdt 14 jours

Femme enceinte :

- **Cefixime 400mg** en une seule prise:/...../
- **Et Erythromycine 500mg** 4cp/jour pdt 7 jours au repas:/...../
- **Et Metronidazole 250mg** 2cp matin et soir pdt 7 jours:/...../
- **Et Nystatine ovule 100000 UI** une fois/jour pdt 14 jours:/...../
- **Risque positif:** et température >38° ou douleur à la mobilisation du col/..../
 - **Ciprofloxacine 500mg** en une seule prise/...../
 - **Et Doxycycline 100mg** 1cp matin et soir pdt 14 jours aux repas :...../
 - **Et Metronidazole 250mg** 2cp matin et soir pdt 14 jours:/...../
- **Risque négatif:**/...../
 - **Metronidazole 250mg** 2cp matin et soir pdt 7 jours aux repas/...../
 - **Et Nystatine ovule 100000 UI** une fois/jour pdt 14 jours **ou** **Clotrimazole ovule 500mg** en dose unique **ou** **Clotrimazole 200mg** pdt 3 jours **ou** **Clotrimazole crème** 1 application/jour pdt 7 jours

Si NON :

Préciser le traitement prescrit:.....

d- Tuméfaction du scrotum :

Traitement syndromique correcte:/...../ 1=oui ; 2=non

Si OUI :

- **Ciprofloxacine 500mg** en dose unique:/...../
- **Et Doxycycline 100mg** 2cp matin et soir pdt 7 jours aux repas:/...../

Si NON :

Préciser le traitement prescrit:.....

e- Bubon inguinal :

Traitement syndromique correcte:/...../ 1=oui ; 2=non

Si OUI :

- **Doxycycline 100mg** 1cp matin et soir pdt 21 jours aux repas:/...../
- **Et Ciprofloxacine 500mg** 1cp 2 fois par jours pdt 3 jours:/...../

Femmes enceintes :

- **Erythromycine 500mg** per os 4 fois par jour pdt 14 jours:/...../

Soins locaux :

- **Pansement si fustilisé:/...../**
- *****Ne jamais inciser**

Si NON :

Préciser le

traitement

prescrit:.....

Traitement de qualité:/...../ 1=oui ;2=non

FICHE SIGNALÉTIQUE :**Nom :** TRAORE**Prénom :** Samba Tiécoura**Titre :** qualité de la prise en charge syndromique des infections sexuellement transmissibles curables au Centre de Santé de Référence de la Commune I du district de Bamako.**Année universitaire :** 2008-2009**Pays d'origine :** Mali**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie de Bamako (FMPOS).**Ville de soutenance :** Bamako**Secteur d'intérêt :** Santé publique**Résumé :**

Il s'agit d'une étude transversale par sondage aléatoire simple, réalisée au CSRéfC I du district de Bamako. L'étude s'est déroulée du 01 Mars au 30 Juin 2008. Son objectif général est d'évaluer la qualité de la prise en charge syndromique des IST curable au CSRéfC I.

L'analyse des résultats a montré que les prestataires avaient un niveau moyen de diagnostique conforme à l'algorithme et niveau faible de traitement conforme.

Mots clés : IST, prise en charge syndromique, CSRéfC I, Bamako.

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.

Je le jure.