

RAZANAJATOVO Hery Nomenjanahary

**« LUTTE CONTRE L'IST/SIDA DANS LE DISTRICT
SANITAIRE DE MORAMANGA »**

Thèse de Doctorat en Médecine

UNIVERSITE D'ANTANANARIVO
FACULTE DE MEDECINE

ANNEE : 2004

N° 6983

**« LUTTE CONTRE L'IST/SIDA DANS LE DISTRICT
SANITAIRE DE MORAMANGA »**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 09 Septembre 2004 à Antananarivo
par

Monsieur RAZANAJATOVO Hery Nomenjanahary

Né le 26 février 1977 à Amboasary MORAMANGA

**Pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)**

MEMBRES DU JURY :

<u>Président</u>	: Professeur RATOVO Fortunat Cadet
<u>Juges</u>	: Professeur RAMAKAVELO Maurice Philippe : Professeur ANDRIANASOLO Roger
<u>Rapporteur</u>	: Docteur RANDRIAMANJAKA Jean Rémi

UNIVERSITE D'ANTANANARIVO
FACULTE DE MEDECINE
Année Universitaire 2003-2004

I- DIRECTION

A. DOYEN :

M. RAJAONARIVELO Paul

B. VICE-DOYENS

- Relations avec les Institutions et Partenariat	M. RASAMINDRAKOTROKA Andry
- Troisième Cycle Long et Formation Continue	M. RAJAONA Hyacinthe
- Sclolarité (1 ^{er} et 2 nd cycles)	M. RANAIVOZANANY Andrianady M. RAKOTOARIMANANA Denis Roland
- Ressources Humaines et Patrimoine	M. RAMAKAVELO Maurice Philippe
- Relations Internationales	M. RAKOTOBÉ Pascal
- Thèses, Mémoires, Recherche, Agrégation, Titularisation	M. RABENANTOANDRO Rakotomanantsoa
- Appui à la Pédagogie et Stages Hospitaliers	M. RANJALAHY RASOLOFOMANANA Justin
- Troisième Cycle Court (Stage interne et Examens de Clinique)	M. RANDRIANJAFISAMINDRAKOTROKA Nantenaina Soa
- Technologies de l'Information, de la Communication et de la Télémédecine	M. RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa

C. SECRETAIRE PRINCIPAL

Mme RASOARIMANALINARIVO Sahondra H.

II- PRESIDENT DU CONSEIL D'ETABLISSEMENT

M. RAKOTOVAO Joseph Dieudonné

III- CHEFS DE DEPARTEMENT

- Biologie	M. RASAMINDRAKOTROKA Andry
- Chirurgie	M. RANAIVOZANANY Andrianady
- Médecine	M. RABENANTOANDRO Rakotomanantsoa
- Mère et Enfant	Mme. RAVELOMANANA RAZAFIARIVAO Noëline
- Santé Publique	M. RANJALAHY RASOLOFOMANANA Justin
- Sciences Fondamentales et Mixtes	Mme. RAMIALIHARISOA Angeline
- Tête et cou	Mme. ANDRIANTSOA RASOAVELONORO Violette

IV. PRESIDENT DU CONSEIL SCIENTIFIQUE

M. RAJAONARIVELO Paul

V. COLLEGE DES ENSEIGNANTS

A. PRESIDENT

Pr. RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa

B. ENSEIGNANTS PERMANENTS

1) PROFESSEURS TITULAIRES D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE RECHERCHE

DEPARTEMENT BIOLOGIE

- Immunologie	Pr. RASAMINDRAKOTROKA Andry
---------------	-----------------------------

DEPARTEMENT MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

- Endocrinologie et métabolisme

- Médecine Légale

- Néphrologie

- Pneumologie-Phtisiologie

Pr. RAMAHANDRIDONA Georges

Pr. SOAVELO Pascal

Pr. RAJAONARIVELO Paul
Pr. RABENANTOANDRO Rakotomanantsoa

Pr. ANDRIANARISOA Ange

DEPARTEMENT MERE ET ENFANT

- Pédiatrie néonatale Pr. RANDRIANASOLO Olivier

DEPARTEMENT SANTE PUBLIQUE

- Administration et Gestion Sanitaire Pr. RATSIMBAZAFIMAHEFA RAHANTALALAO
Henriette

- Education pour la Santé Pr. ANDRIAMANALINA Nirina

- Médecine du travail Pr. RAHARIJAONA Vincent Marie

- Santé Communautaire Pr. RANDRIANARIMANANA Dieudonné

- Santé Familiale Pr. RANJALAHY RASOLOFOMANANA
Justin

- Santé Publique et Recherche Pr. ANDRIAMAHEFAZAFY Barrysson

- Statistiques et Epidémiologie Pr. RAKOTOMANGA Jean de Dieu Marie

DEPARTEMENT SCIENCES FONDAMENTALES ET MIXTES

- Anatomie Pathologique Pr. GIZY Ratiambahoaka Daniel
Pr. RANDRIANJAFISAMINDRAKOTROKA
Nantenaina Soa

- Anesthésie-Réanimation Pr. FIDISON Augustin
Pr. RANDRIAMIARANA Joël
Pr. RAMIALIHARISOA Angeline

DEPARTEMENT TETE ET COU

- Ophtalmologie

- ORL et Chirurgie Cervico-faciale
Pr. ANDRIANTSOA RASOAVELONORO

Violette
Pr. BERNARDIN Prisca

Pr. RABENANTOANDRO Casimir

- Stomatologie

- Stomatologie et Chirurgie

Maxillo-faciale Pr. RAKOTOVAO Joseph Dieudonné

Pr. RAKOTOBÉ Pascal

2) PROFESSEURS D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE RECHERCHE

DEPARTEMENT BIOLOGIE

- Biochimie

Pr. RANAIVO HARISOA Lala

DEPARTEMENT MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

- Dermatologie

Pr. RAPELANORO RABENJA
Fahafahantsoa

- Radiothérapie-Oncologie Médicale

Pr. RAFARAMINO RAZAKANDRAINAINA
Florine

DEPARTEMENT MERE ET ENFANT

- Pédiatrie

Pr. RAVELOMANANA RAZAFIARIVAO
Noëline
Pr. RAOBIJAONA Solofoniaina Honoré

DEPARTEMENT SANTE PUBLIQUE

- Nutrition et Alimentation

Pr. ANDRIANASOLO Roger

DEPARTEMENT TETE ET COU

- Neuro-Chirurgie

Pr. ANDRIAMAMONJY Clément

- Ophtalmologie

Pr. RASIKINDRAHONA Erlène

3) MAITRES DE CONFERENCES

DEPARTEMENT MERE ET ENFANT

- Obstétrique

M. RAZAKAMANIRAKA Joseph

DEPARTEMENT SANTE PUBLIQUE

VI- ENSEIGNANTS NON PERMANENTS

PROFESSEURS EMERITES

Pr. ANDRIAMANANTSARA Lambosoa
Pr. ANDRIAMBAO Damasy Seth
Pr. ANDRIANAIVO Paul Armand
Pr. ANDRIANANDRASANA Arthur
Pr. ANDRIANJATOVO Joseph
Pr. AUBRY Pierre
Pr. KAPISY Jules Flaubert
Pr. RABARIOELINA Lala
Pr. RABETALIANA Désiré
Pr. RADESA François de Sales
Pr. RAHAROLAHY Dhels
Pr. RAJAONA Hyacinthe
Pr. RAKOTOARIMANANA Denis Roland
Pr. RAKOTOMANGA Robert
Pr. RAKOTOMANGA Samuel
Pr. RAKOTO-RATSIMAMANGA Suzanne U

Pr. RAKOTOZAFY Georges
Pr. RAMAKAVELO Maurice Philippe
Pr. RAMONJA Jean Marie
Pr. RANAIVOZANANY Andrianady
Pr. RANDRIAMAMPANDRY
Pr. RANDRIAMBOLOLONA Aimée
Pr. RANDRIANARIVO
Pr. RANDRIARIMANGA Ratsiatery
Honoré Blaise
Pr. RASOLOFONDRAIBE Aimé
Pr. RATOVO Fortunat
Pr. RATSIVALAKA Razafy
Pr. RAZAKASOA Armand Emile
Pr. RAZANAMPARANY Marcel
Pr. SCHAFFNER RAZAFINDRAHABA
Marthe
Pr. ZAFY Albert

VII - IN MEMORIAM

Pr. RAJAONERA Richard
Pr. RAMAHANDRIARIVELO Johnson
Pr. RAJAONERA Frédéric
Pr. ANDRIAMASOMANANA Velson
Pr. RAKOTOSON Lucette
Pr. ANDRIANJATOVO RARISOA Jeannette
Dr. RAMAROKOTO Razafindramboa
Pr. RAKOTOBÉ Alfred
Pr. ANDRIAMIANDRA Aristide
Dr. RAKOTONANAHARY
Pr. ANDRIANTSEHENO Raphaël
Pr. RANDRIAMBOLOLONA Robin
Pr. RAMANANIRINA Clarisse
Pr. RALANTOARITSIMBA Zhouder
Pr. RANIVOALISON Denys

Pr. RAKOTOVAO Rivo Andriamiadana
Pr. RAVELOJAONA Hubert
Pr. ANDRIAMAMPIHANTONA Emmanuel
Pr. RANDRIANONIMANDIMBY Jérôme
Pr. RAKOTONIAINA Patrice
Pr. RAKOTO- RATSIMAMANGA Albert
Pr. RANDRIANARISOLO Raymond
Dr. RABEDASY Henri
Pr. MAHAZOASY Ernest
Pr. RATSIFANDRIHAMANANA Bernard
Pr. RAZAFINTSALAMA Charles
Pr. RANAIVOARISON Milson Jérôme
Pr. RASOLONJATOVO Andriananja
Pierre
Pr. MANAMBELONA Justin

VIII - ADMINISTRATION

CHEFS DE SERVICES

ADMINISTRATION ET FINANCES

M. RANDRIARIMANGA Henri

APPUI A LA RECHERCHE ET
FORMATION CONTINUE

M. RAZAFINDRAKOTO Willy Robin

RELATIONS AVEC
LES INSTITUTIONS

M. RAMARISON Elysée

RESSOURCES HUMAINES

Mme RAKOTOARIVELO Harimalala F.

SCOLARITES ET APPUI
A LA PEDAGOGIE

Mme SOLOFOSAONA Sahondranirina

TROISIEME CYCLE LONG

M. RANDRIANJAFIARIMANANA Charles Bruno

DEDICACES

« Fa ny fahasoavan'Andriamanitra no naha toy izao ahy »

I Korintiana 15 : 10

Ity asa ity dia atolotro :

- Tsy maty akory fa matory ; Toy ny vao omaly tokoa mantsy ny nandaozanao anay na dia efa 5 taona aza. Fahatsiarovana tsy maty ao am-poko ny anatra sy ny fitiavana tsy lany amamiana natolotrao ahy ry Neny malala ; tsy nitandro hasasarana mba hahatonga anay ho olombanona ; Misaotra ry Neny malala.

« Mandria am-piadanana »

- Misaotra sy midera an'i Papa, nandany hery, nandany harena tamin'ny fampianarana ahy ; nikolokolo, nanabe.

*« Andriamanitra anie hiaro sy hanome fahasalamana ho anao ary mirary
soa sy ny tsara indrindra ho anao »*

- Misaotra ary mankasitraka ireo iray tampo amiko sy ny vadiny avy, noho izy ireo nanao tongotra miara mamindra sy soroka miara milanja amiko tamin'izay rehetra nentina nanatontosa izany fianarana izany.
- Misaotra ny fianakaviana rehetra indrindra fa ny ao amin'ny Log 117 cité civil Ambohipo ; fa ireo no solon-dray amandreniko taty Antananarivo.
- Misaotra ireo namana mpiaramianatra rehetra (promotion ATRIKA)

- Misaotra ireo mpiara-monina ety amin'ny cité Universitaire ; ireo mpiray fiaviana sy mpiray fikambanana.
- Misaotra manokana ny « membre de bureau » ny Ba.M.A.Mi sy AERM.
- Misaotra an'i Dr SOLOFO ONG AINASOA (PMPS) Moramanga.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

- **Monsieur le Docteur RATOVO Fortunat Cadet,**
Professeur Emérite des Maladies Infectieuses et Parasitaires à la Faculté de Médecine d'Antananarivo.

*« Vous nous avez fait le très grand honneur de présider cette thèse,
veuillez
trouver ici l'expression de nos profonds respects et de nos sincères
remerciements ».*

A NOS MAITRES ET HONORABLES JUGES DE THESE

- **Monsieur le Docteur RAMAKAVELO Maurice Philippe,**
Professeur Emérite en Médecine Préventive, Hygiène et Santé Publique à la
Faculté de Médecine d'Antananarivo.
Vice-Doyen, Responsable des Ressources Humaines et du Patrimoine à la
Faculté de Médecine d'Antananarivo.
- **Monsieur le Docteur ANDRIANASOLO Roger,**
Professeur d'Enseignement Supérieur et de Recherche en Santé Publique
à la Faculté de Médecine d'Antananarivo.
PH. D. en Sciences de la Nutrition, Nutritionniste de Santé Publique.

*« Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de siéger parmi les membres
du
Jury de cette thèse, veuillez recevoir l'expression de notre respectueuse
admiration et nos vifs remerciements ».*

A NOTRE MAITRE ET RAPPORTEUR DE THESE

- **Monsieur le Docteur RANDRIAMANJAKA Jean Rémi**
Maître de Conférences à la Faculté de Médecine d'Antananarivo
Diplômé de Paris de Santé Publique et Médecine Sociale,
d'Economie de la Santé, Epidémiologie et de Médecine Tropicale.

« Qui n'a pas ménagé son temps pour nous encadrer avec patience et bonne volonté pour la réalisation de ce travail, et malgré ses nombreuses et lourdes responsabilités, a bien voulu nous faire l'honneur de rapporter et défendre cette thèse. Veuillez accepter l'assurance de notre profonde considération et nos sincères reconnaissances ».

**A NOTRE MAITRE ET DOYEN DE LA FACULTE DE MEDECINE
D'ANTANANARIVO**

- **Monsieur le Professeur RAJAONARIVELO Paul**

« Notre vive admiration et l'expression de toute notre gratitude »

**A TOUS NOS MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE ET DES
HOPITAUX**

Qui nous ont donnés les meilleurs d'eux-mêmes pour faire de leurs élèves de bons praticiens.

« Tous nos respects et l'expression de notre vive reconnaissance »

**A TOUS CEUX QUI, DE PRES OU DE LOIN, ONT CONTRIBUE A LA
REALISATION DE CET OUVRAGE**

« Trouvez ici ma grande reconnaissance et mes très vifs remerciements »

SOMMAIRE

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....

PREMIERE PARTIE : GENERALITES SUR L'IST/SIDA

1. Les infections sexuellement transmissibles d'origine bactérienne...

- 1.1. La syphilis vénérienne.....
 - 1.1.1. Epidémiologie.....
 - 1.1.2. Symptomatologie.....
 - 1.1.3. Diagnostic.....
 - 1.1.4. Traitement.....
- 1.2. La gonococcie.....
 - 1.2.1. Symptomatologie.....
 - 1.2.2. Diagnostic biologique.....
 - 1.2.3. Traitement.....
- 1.3. Autres IST d'origine bactérienne.....

2. Les IST d'origine parasitaire et mycosique.....

- 2.1. La trichomonase.....
 - 2.1.1. Epidémiologie.....
 - 2.1.2. Symptomatologie.....
 - 2.1.3. Diagnostic.....
 - 2.1.4. Traitement.....
- 2.2. La candidose génitale.....
- 2.3. Autres protozooses.....

3. Les IST d'origine virale.....

3.1.	L’herpès génital.....
3.2.	Infection par le virus de l’immunodéficience humaine (VIH).....
3.2.1.	Agent responsable.....
3.2.2.	Définition du sida.....
3.2.3.	Epidémiologie.....
3.2.4.	Aspects cliniques.....
3.3.	Autres viroses.....

DEUXIEME PARTIE :

EVALUATION DE LA SITUATION DE L’IST/SIDA DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE MORAMANGA

1.	Cadre d’étude.....
1.1.	Le Bureau de Santé de District ou BSD.....
1.1.1.	Organisation du BSD.....
1.1.2.	Personnel du BSD.....
1.2.	Le district sanitaire de Moramanga.....
1.2.1.	Situation géographique.....
1.2.2.	Les communes du district sanitaire.....
1.2.3.	Démographie.....
2.	Méthodologie.....
2.1.	Méthode d’étude.....
2.2.	Paramètres d’étude.....
3.	Résultats.....
3.1.	Evaluation de structure.....
3.1.1.	Evaluation des ressources humaines.....

3.1.2.	Evaluation du matériel et équipements.....
3.2.	Evaluation de processus.....
3.2.1.	Couverture des rapports.....
3.2.2.	Nombre de cas d'IST.....
3.2.3.	Activités préventives.....

TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES, DISCUSSIONS ET SUGGESTIONS

1. Commentaires et discussions.....

1.1.	La méthodologie.....
1.2.	Les résultats de l'étude.....
1.2.1.	Situation de l'infrastructure sanitaire.....
1.2.2.	Le personnel de santé du district sanitaire.....
1.2.3.	Couverture des rapports.....
1.2.4.	Les IST dépistées et traitées.....

2. Suggestions.....

2.1.	Mise en œuvre d'un programme d'IEC/IST/SIDA.....
2.1.1.	Objectif.....
2.1.2.	Stratégies.....
2.2.	Renforcement de la prise en charge et du dépistage des IST dans le district sanitaire.....

CONCLUSION.....

BIBLIOGRAPHIE Pages

LISTE DES TABLEAUX

N° D'ORDRE	INTITULE	Pages
Tableau n° 1 :	Traitement minute de l'urétrite gonococcique non compliquée chez l'homme, en fonction des régions.	07
Tableau n° 2 :	Définition clinique du sida de l'adulte en Afrique.....	13
Tableau n° 3 :	Définition clinique du sida de l'enfant en Afrique (définition dite de Bangui, 1986).....	14
Tableau n° 4 :	Le sida dans le monde au 31 Octobre 1994.....	15
Tableau n° 5 :	Répartition de la population selon les communes.....	24
Tableau n° 6 :	Nombre et type de formations sanitaires du SSD de Moramanga.....	26
Tableau n° 7 :	Les formations sanitaires privées du SSD de Moramanga....	27
Tableau n° 8 :	Situation du personnel du bureau de santé de district de Moramanga.....	28
Tableau n° 9 :	Situation du personnel du CHD2 de Moramanga.....	28
Tableau n° 10 :	Situation du personnel au niveau des CSB2 et CSB1.....	29
Tableau n° 11 :	Situation du personnel au niveau du CSB1.....	30
Tableau n° 12 :	Situation du matériel et équipements du SSD de Moramanga.....	31-32
Tableau n° 13 :	Situation du matériel et équipements du SSD de Moramanga.....	33-34
Tableau n° 14 :	Nombre de cas d'IST enregistrés au niveau des formations sanitaires.....	35-36
Tableau n° 15 :	Récapitulation des cas d'IST.....	37
Tableau n° 16 :	Activités préventives sur l'IST/SIDA.	38
Tableau n° 17 :	Nombre de CSB2 dotés de médecins.....	38
Tableau n° 18 :	Nombre de CSB2 dotés de sages-femmes.....	39

LISTE DES FIGURES

N° D'ORDRE	INTITULE	Pages
Figure n° 1 :	Incidence des cas primaires et secondaires de syphilis entre 1958 et 1980, dans divers pays développés et en voie de développement pour 100.000 habitants.....	04
Figure n° 2 :	Rôle de la transcriptase reverse.....	12
Figure n° 3 :	Le Bureau de Santé de District Moramanga ou BSD.....	19
Figure n° 4 :	Organigramme du bureau de santé de district de Moramanga.	20
Figure n° 5 :	Situation géographique du district de santé de Moramanga...	22
Figure n° 6 :	Carte schématique de district sanitaire de Moramanga.....	23
Figure n° 7 :	Phénomène d'Iceberg des IST.....	43
Figure n° 8 :	Stratégie en marguerite.....	45
Figure n° 9 :	Stratégie en pétales de rose.....	47
Figure n° 10 :	Marmite de la prévalence.....	49

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ADN	: Acide Désoxyribonucléique
ARN	: Acide Ribonucléique
BSD	: Bureau de Santé de District
CSB2	: Centre de Santé de Base niveau 2
CMS	: Centre Médico-Social
CHD2	: Centre Hospitalier de District niveau 2
F	: Fonctionnel
HPV	: Human Papilloma Virus
IEC	: Information – Education – Communication
IST	: Infections Sexuellement Transmissibles
IM	: Intramusculaire
JIRAMA	: Jiro sy Rano Malagasy
LNR	: Laboratoire National de Référence
MCA	: Mission Catholique Andasibe
MSM	: Marie Stopes Moramanga
MGG	: May – Grünwald – Giemsa
NF	: Non Fonctionnel
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PO	: Per Os
PF	: Planning Familial
RN 2	: Route Nationale n° 2
RN 44	: Route Nationale n° 44
SIDA	: Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SSD	: Service de Santé de District
SMI	: Service Médical Interentreprises
SMIMO	: Service Médical Interentreprises de Moramanga
TPHA	: Treponema Pallidum Haemagglutination Assay
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

L'épidémie d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) frappe actuellement tous les pays du globe, mais revêt une gravité particulière dans les pays en voie de développement, ébranlant des structures sanitaires fragiles, et s'ajoutant encore aux problèmes de santé endémiques en ces régions. (1)

A Madagascar, les infections sexuellement transmissibles (IST) figurent parmi les problèmes majeurs de santé publique du fait de leur fréquence et de leur impact socio-économique.

D'après les données du Ministère chargé de la Santé, la blennorragie et la syphilis présentent une prévalence respective de 450 et de 350 pour 100.000 habitants. Le laboratoire national de référence (LNR) rapporte un taux de positivité au test de Treponema Pallidum Haemagglutination Assay (TPHA) de 8 à 35 p. 100 chez les femmes enceintes. Ce taux varie entre 30 et 35 p. 100 chez les donneurs de sang.

L'infection au VIH touche toutes les régions même si sa prévalence est encore relativement faible. Elle affecte surtout les personnes jeunes entre 15 et 40 ans avec un pic entre 20 et 29 ans. Sa transmission s'effectue essentiellement par la voie sexuelle. Mais le pays présente plusieurs des facteurs susceptibles de précipiter l'évolution de l'infection vers l'état d'hyperendémicité. Parmi ces facteurs, les principaux sont : la haute prévalence des IST, la paupérisation, la combinaison de la liberté sexuelle avec le caractère tabou de la sexualité. (2)

« Lutte contre le sida dans le district sanitaire de Moramanga » est une étude qui a pour objectif d'évaluer la situation dans le domaine de l'IST/SIDA afin de proposer des améliorations stratégiques de lutte.

Le plan de l'étude comporte successivement :

Une introduction.

Une première partie qui s'appelle « Généralités sur l'IST/SIDA ».

Une deuxième partie qui développe « L'évaluation de la situation de l'IST/SIDA dans le district sanitaire de Moramanga ».

Une troisième partie qui se rapporte aux « Commentaires, discussions et suggestions ».

Enfin, la conclusion.

GENERALITES SUR L'IST/SIDA

Les infections sexuellement transmissibles ou IST représentent un important problème de santé publique dans les pays en voie de développement. Elles sont dues aux agents pathogènes habituels, même si certaines d'entre elles sont beaucoup plus fréquemment observées en région tropicale. On peut distinguer :

- Les infections d'origine bactérienne
- Les infections d'origine parasitaire et mycosique
- Les infections d'origine virale

1. LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES D'ORIGINE BACTERIENNE

1.1. La syphilis vénérienne (3)

1.1.1. *Epidémiologie*

La syphilis vénérienne est due à *treponema pallidum*. Elle est cosmopolite mais particulièrement répandue sous les tropiques, notamment dans les grandes villes et le long des axes routiers ou ferroviaires. (Figure n° 1)

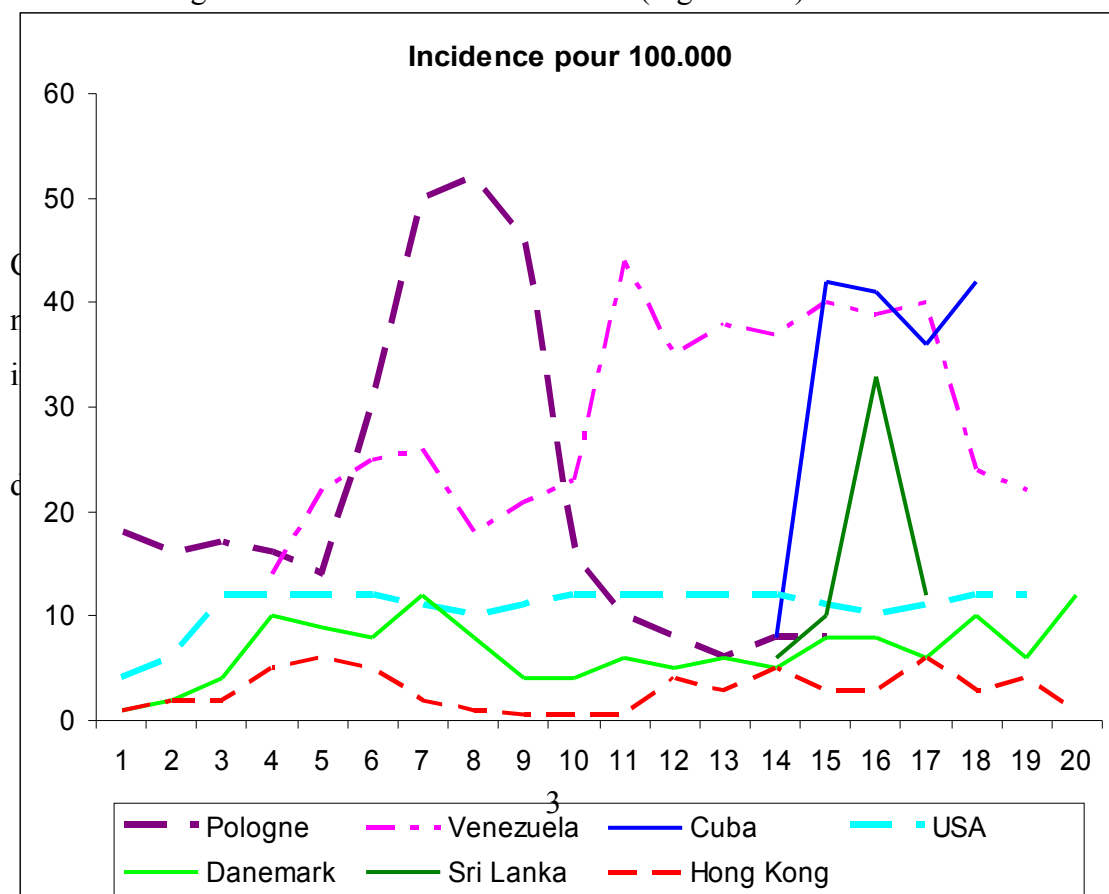


Figure n° 1 : Incidence des cas primaires et secondaires de syphilis entre 1958 et 1980, dans divers pays développés et en voie de développement pour 100.000 habitants.

Les lésions cutanéomuqueuses de la phase secondaire sont polymorphes. La roséole est difficile à voir sur peau noire. Les syphilides papuleuses, les plaques muqueuses sont évocatrices mais d'autres aspects sont trompeurs. L'atteinte méningée existe dans environ un tiers des syphilis précoces, mais ceci est sans conséquence pratique, sauf chez l'immunodéprimé.

Les accidents tertiaires sont fréquents : cutanés, osseux (gommes), et surtout cardio-vasculaires (aortite, anévrisme de la crosse) et neurologiques (paralysie générale beaucoup plus que tabès). La syphilis congénitale existe mais semble, en Afrique du moins, relativement rare. (3)

1.1.3. Diagnostic (5)

La mise en évidence des tréponèmes par l'examen microscopique direct sur fond noir ou la lecture de frottis colorés par la méthode de Vago suppose un appareillage approprié et des techniciens expérimentés.

L'interprétation des réactions sérologiques est délicate : les tests réaginniques (Kline, VDRL) exposent à de nombreux faux positifs et ne constituent que des examens d'orientation ; les tests spécifiques (immunofluorescence indirecte ; hémagglutination indirecte) ne permettent pas de différencier la syphilis vénérienne des tréponématoses endémiques. En dehors des premiers jours du chancre, une hémagglutination indirecte négative élimine une syphilis.

1.1.4. *Traitement* (6)

Dans les syphilis récentes (syphilis primo-secondaire ou latente de moins d'un an), il suffit d'effectuer une à deux injections de 2.400.000 U de benzathine pénicilline G (Extencilline®).

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

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

Dans les syphilis « latentes » purement sérologiques, une cure de benzathine pénicilline est justifiée si on n'a pas la notion d'un traitement antérieur, à fortiori si le taux du VDRL quantitatif est élevé ou croissant ; il ne faut cependant pas attendre de ce traitement la négativation d'une sérologie « syphilitique » fixée, bien souvent due à une vieille tréponématose endémique.

1.2. La gonococcie

La gonococcie est l'ensemble des manifestations morbides engendrées par le gonocoque ou *Neisseria gonorrhoeae*.

1.2.1. *Symptomatologie* (7)

i). Chez l'homme

L'urétrite aiguë ou blennorragie est la manifestation la plus courante. Elle survient 5 à 6 jours après le contage (toujours vénérien), et se traduit par des brûlures à la miction, l'émission d'urines troubles et la présence d'une goutte de pus au méat.

Les complications locales sont fréquentes, cowperites, prostatites, vésiculites, épидidymites. Quant au rétrécissement urétral, il complique des urétrites itératives mal traitées.

ii). Chez la femme

La gonococcie est souvent latente ; il faut la rechercher de parti pris chez la partenaire d'un sujet atteint d'urétrite. Elle est souvent plurifocale : urétro-skénite (avec dysurie, pollakiurie, et issue d'une goutte de pus à la pression du méat), bartholinite, cervicite annexite, rectite, amygdalite.

Elle est souvent négligée du fait même de sa latence clinique sauf en cas d'infection haute (endométrite, salpingite). Un diagnostic rapide avant le stade des séquelles (obstruction tubaire responsable de stérilité) est nécessaire.

Chez la femme enceinte, l'infection par le gonocoque peut entraîner un avortement avant la 12^e semaine et une infection amniotique avec rupture prématurée des membranes et accouchement prématuré après la 18^e semaine.

iii). Chez l'enfant (8)

La conjonctivite du nouveau-né, contaminé lors de l'accouchement, peut aboutir, faute de soins, à la fonte purulente de l'œil.

La vulvo-vaginite des petites filles peut résulter d'une contamination indirecte (linges de toilette souillés par exemple) mais doit faire rechercher un abus sexuel.

1.2.2. Diagnostic biologique

i). Il est facile chez l'homme

L'étalement d'une goutte de pus urétral, coloré par le bleu de méthylène

ou le gram, met en évidence de nombreux gonocoques : diplocoques en grain de café, ne prenant par le gram, extra et intra-cellulaires, si l'examen direct est négatif, on a recours au massage prostatique et à la culture.

ii). Il est difficile chez la femme

L'examen direct des sécrétions urétrales, vaginales ou endocervicales est insuffisant, car de nombreux diplocoques vivent en saprophytes dans ses voies génitales ; il faut recourir à la culture, délicate, sur milieux spéciaux pour identifier formellement *N. gonorrhoeae*.

1.2.3. Traitement (9)

i). Traitement curatif

Dans les pays en voie de développement , le traitement des gonococcies est compliqué par l'extension considérable des souches de gonocoques résistantes à la pénicilline par production de pénicillinase (béta lactamase). De telles souches représentent de 10 à 30 p. 100 des isolats en Afrique et en Asie du Sud-Est, et encore plus aux Philippines. La résistance aux cyclines est habituelle.

- **Tableau n° 1 : Traitement minute de l'urétrite gonococcique non compliquée chez l'homme, en fonction des régions. (9)**

A	B	C
Amoxicilline 3g + Probénécide 1g (PO)	Ceftriaxone 250 mg (IM)	Kanamycine 2g (IM)
Procaïne-benzyl- pénicilline aqueuse 4,8 millions UI (IM) + Probénécide 1g (PO)	Ciprofloxacine 500 mg (PO)	Triméthoprim 80mg + Sulfaméthoxazole 400mg (Bactrim®) 10 comprimés (PO) pendant 3 jours
Doxycycline 200 mg (PO) pendant 5 jours	Spectinomycine 2 mg (IM)	Tiamphénicol 250mg 10 comprimés (PO) pendant 2 jours

A : régions où les souches productrices de β -lactamase ont une incidence $< 1\%$.

B : régions où les souches productrices de β -lactamase ont une incidence $> 1\%$.

C : régions démunies à forte prévalence de souches productrices de β lactamase en fonction de la prévalence des souches résistantes de gonocoques.

PO : Per Os

IM : intramusculaire

En cas d'urétrite gonococcique non compliquée chez l'homme, un traitement minute, selon les modalités exposées dans le tableau n° 1 est suffisant.

Dans les pays en voie de développement, faute de pouvoir utiliser les céphalosporines de 3^e génération ou la spectinomycine dans les régions démunies à haute prévalence de gonocoques producteurs de β -lactamase, le traitement repose sur la kanamycine, le thiamphénicol ou le Bactrim® selon les prévalences locales de résistance à ces antibiotiques.

ii). Traitement préventif

Le traitement des partenaires sexuels est systématique. Pour traiter 90p. 100 des partenaires infectés, il faudrait identifier les sujets contacts dans les 15 jours précédents s'il s'agit d'un homme, ou dans les 60 jours précédents s'il s'agit d'une femme.

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

1.3. Autres IST d'origine bactérienne (10)

Parmi les autres IST d'origine bactérienne, on peut citer :

- les chlamydioses,
- le chancre mou ou chancrelle,
- le granulome inguinal ou donovanose,
- les mycoplasmoses,
- l'infection à *Gardnerella vaginalis*,
- l'infection à streptocoque du groupe B.

2. LES IST D'ORIGINE PARASITAIRE ET MYCOSIQUE

2.1. La trichomonase

La trichomonase est une maladie urogénitale cosmopolite, fréquente, à transmission vénérienne, due à *trichomonas vaginalis*.

2.1.1. *Epidémiologie*

Trichomonas vaginalis est un protozoaire flagellé, ovoïde. Il est très mobile. Après coloration au May-Grünwald-Giemsa, le cytoplasme d'un bleu soutenu est ponctué de granulations rouges, le noyau ovalaire, pourpre, siège à un pôle. Les flagelles sont colorés en rouge vif. Ce protozoaire vit à la surface des muqueuses urogénitales de l'homme et de la femme où il se multiplie par scissiparité.

2.1.2. *Symptomatologie*

i). Chez la femme

Chez la femme, le *Trichomonas* détermine une vaginite subaiguë ou chronique, avec des leucorrhées plus ou moins abondantes, blanchâtres et spumeuses, parfois glaireuses et verdâtres. Il existe un prurit vulvaire ou une sensation de brûlures et une dyspareunie. L'examen révèle un piqueté rouge de la muqueuse vaginale avec parfois un œdème rendant l'exploration douloureuse.

Urétrites, cystites et skénites associées sont assez fréquentes. On insiste sur le rôle favorisant des troubles hormonaux (hypofolliculinie), et de l'alcalinité du PH des sécrétions vaginales. L'association d'une infection à *Candida albicans* ou à pyogènes banals n'est pas rare.

ii). Chez l'homme

Chez l'homme, la trichomonase est souvent latente. Elle peut cependant déterminer une urétrite subaiguë, avec une brûlure urétrale à la miction.

2.1.3. *Diagnostic*

Le diagnostic repose sur la mise en évidence des *Trichomonas* dans les sécrétions vaginales ou urétrales. Les sécrétions vaginales sont prélevées à la pipette pasteur, au niveau du cul-de-sac vaginal postérieur. Les sécrétions urétrales de l'homme sont recueillies le matin, avant la première miction ou après massage prostatique.

L'examen des prélèvements à l'état frais permet de repérer aisément les parasites mobiles lorsqu'ils sont nombreux. La coloration au May-Grünwald-Giemsa (MGG) facilite leur mise en évidence lorsqu'ils sont plus rares. La culture, délicate, nécessite des milieux complexes mais augmente la sensibilité du diagnostic.

2.1.4. *Traitement (11)(12)*

- Le métronidazole (Flagyl®) est administré per os à la dose de 2 comprimés à 0,250 g par jour pendant 10 jours.
- Le tinidazole (Fasigyne®), le nimorazole (Naxogyn®), l'ornidazole (Tibéral®) auraient l'avantage d'être efficaces en prise unique (4 comprimés à 0,500 g ou 2 à 1 g, en un seul jour).
- Chez la femme, on associe un traitement local : 1 comprimé gynécologique chaque soir, pendant la cure de métronidazole, ou d'un autre produit (Gynoplix®). Il est indispensable de traiter simultanément le ou les partenaires.

2.2. La candidose génitale

Mycoses fréquentes, provoquées par des levures du genre *Candida*, les candidoses se présentent sous des aspects symptomatiques polymorphes. L'espèce *Candida albicans* est la plus pathogène pour l'homme.

Les candidoses génitales déterminent chez la femme des vulvites, des vaginites, des cervicites ; elles sont fréquentes au cours de la grossesse, lors de la prise de contraceptifs oraux ou après la ménopause.

Chez l'homme, on peut voir une balanite qui impose la recherche d'un diabète. Ces localisations sont parfois contagieuses.

2.3. Autres protozooses

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

3. LES IST D'ORIGINE VIRALE

3.1. L'herpès génital

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

L'immunodéprimé est menacé d'herpès extensif et l'existence d'un herpès cutanéomuqueux chronique et extensif est, en Afrique, un bon marqueur clinique d'infection par le VIH.

3.2. Infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

3.2.1. Agent responsable (13)(14)

Le VIH-I et le VIH-II appartiennent à la famille des rétrovirus. Les rétrovirus sont des virus à ARN (acide ribonucléique), caractérisés par la présence d'une enzyme, la transcriptase reverse ou inverse, permettant de synthétiser un acide

désoxyribonucléique (ADN), double brin, à partir de l'ARN viral, dans la cellule infectée (Figure n° 2).

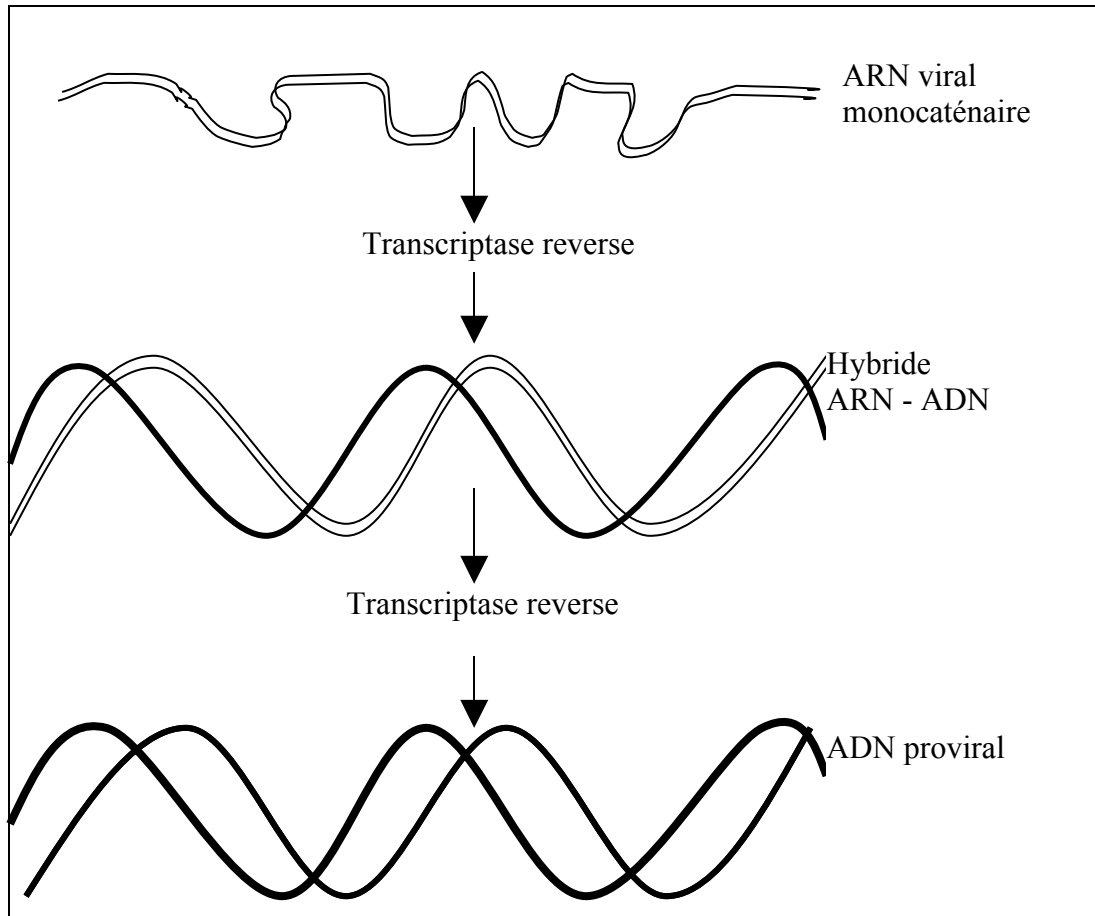


Figure n° 2 : Rôle de la transcriptase reverse. (14)

Cet ADN néoformé s'intègre de manière stable dans l'ADN chromosomique de la cellule, devenant alors un provirus. Ce provirus se comporte comme un gène de la cellule infectée et soit reste silencieux en se contentant d'être transmis aux cellules filles à chaque mitose soit s'exprime et est transcrit en ARN messager, traduit ensuite en protéines virales, pour donner naissance à des particules virales identiques au virus infectieux de départ.

3.2.2. Définition du sida (15)(16)

***Définition clinique**

Cette définition clinique dite de Bangui, a été élaborée en 1986. (Tableaux n° 2 et n° 3).

• **Tableau n° 2 : Définition clinique du sida de l'adulte en Afrique. (16)**

CRITERES MAJEURS

- Amaigrissement > 10 p. 100
- Diarrhée > 1 mois
- Fièvre > 1 mois (continue ou intermittente)

CRITERES MINEURS

- Toux > 1 mois
- Dermatite prurigineuse généralisée
- Zona récidivant
- Candidose oropharyngée
- Herpès virose chronique
- Lymphadénopathie généralisée

CRITERES D'EXCLUSION

- Cancer
- Malnutrition sévère
- Autre étiologie

La présence :

- *d'au moins 2 critères majeurs et*
- *d'au moins 1 critère mineur permet de poser le diagnostic de SIDA, de même que la présence*
- *d'un sarcome de Kaposi agressif ou*
- *d'une méningite à cryptocoque prouvée*

• **Tableau n° 3 : Définition clinique du sida de l'enfant en Afrique (définition dite de Bangui, 1986). (16)**

CRITERES MAJEURS

- Amaigrissement > 10 p. 100
- Diarrhée > 1 mois
- Fièvre > 1 mois (continue ou intermittente)

CRITERES MINEURS

- Toux persistante
- Dermatite prurigineuse généralisée
- Candidose oropharyngée
- Infections banales récidivantes (otite, pharyngite...)
- Infection à VIH confirmée chez la mère
- Lymphadénopathie généralisée

CRITERES D'EXCLUSION

- Cancer
- Malnutrition sévère
- Autre étiologie

La présence :

- *d'au moins 2 critères majeurs et*
- *d'au moins 2 critères mineurs permet de poser le diagnostic de SIDA*

3.2.3. Epidémiologie (17)(18)(19)

i). Modes de transmission

Le VIH est présent dans les sécrétions génitales (sperme et sécrétions cervico-vaginales), ce qui explique sa transmission sexuelle quel que soit le sujet infecté au sein du couple, et que ce dernier soit hétéro ou homosexuel.

Le virus est également présent dans le sang et peut donc être transmis par transfusion et par échange de seringue chez les toxicomanes. Du fait de la faible quantité de sang présente dans une aiguille, la transmission par les injections est exceptionnelle.

Une mère infectée peut transmettre le VIH à son enfant, soit pendant la grossesse, soit beaucoup plus rarement par l'allaitement, le virus pouvant passer dans le lait maternel.

ii). Aspects quantitatifs

Selon les estimations de l'OMS en 1994, le nombre de patients séropositifs pour le VIH dans le monde serait d'environ 17 millions, parmi lesquels un million d'enfants. La répartition de la population atteinte est très inégale (Tableau n° 4) :

- 10 million en Afrique subsaharienne ;
- environ 2 millions en Asie du Sud et du Sud-Est et en Amérique Latine ;
- 1 million en Amérique du Nord ;
- 500 mille en Europe de l'Ouest.

- **Tableau n° 4 : Le SIDA dans le monde au 31 Octobre 1994. (19)**

Région	Adultes séropositifs (chiffres estimés)	Cas de SIDA adultes (chiffres estimés)	Cas de SIDA (adultes et enfants) rapportés
Afrique Subsaharienne	> 10.000.000	2.000.000	330.805
Asie du Sud et du Sud-Est	> 2.500.000	250.000	7.195
Amérique Latine et Caraïbe	> 2.000.000	> 400.000	102.359
Amérique du Nord	> 1.000.000	> 450.000	421.418
Europe de l'Ouest	> 500.000	> 150.000	111.877
Afrique du Nord et Moyen-Orient	> 100.000	> 15.000	1.302
Asie de l'Est et Zone pacifique	> 50.000	> 2.000	1.073
Asie et Europe centrales	> 50.000	> 7.000	3.932
Australie	> 25.000	> 5.000	5.158
TOTAL	> 16.000.000	> 3.000.000	985.119

Les chiffres estimés des malades atteints de sida varient également beaucoup d'une région à l'autre.

3.2.4. Aspects cliniques

La prévalence de certains signes cliniques peut varier en fonction des pays.

i). Signes généraux

Trois signes ont été rapportés dans tous les pays d'Afrique comme étant les plus fréquents :

- Diarrhée chronique.
- Fièvre : souvent d'allure banale et transitoire au début de la maladie, elle devient récidivante, chronique et préoccupante.
- Amaigrissement : L'amaigrissement est lentement progressif.

ii). Autres signes

D'autres signes peuvent être observés :

- Signes cutanéomuqueux

Ils sont à type de :

- prurigo,
- modification des cheveux,
- allergie,
- mycoses cutanéomuqueuses,
- viroses cutanéomuqueuses,
- sarcome de Kaposi.

- Signes digestifs

- Signes respiratoires

- Signes neurologiques

- Signes oculaires

- Adénopathies

- Atteintes systémiques

3.3. Autres viroses

On peut citer :

- L'infection à cytomégalovirus,
- les hépatites virales,

- l'infection à Human Papilloma Virus (HPV).

EVALUATION DE LA SITUATION DE L'IST/SIDA DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE MORAMANGA

1. CADRE D'ETUDE

L'étude a été réalisée au Bureau de Santé de District (BSD) de Moramanga (Figure n° 3).

1.1. Le Bureau de Santé de District ou BSD

1.1.1. *Organisation du BSD*

Le BSD comporte : (Figure n° 4)

- Le bureau du médecin inspecteur, chef du service de santé de district.
- Une division technique

La division technique se compose de :

- 1 service de vaccination ;
 - 1 service de nutrition et de la planification familiale comprenant des cellules relatives à la santé de la mère et de l'enfant ;
 - 1 service peste-bilharziose et centres maladies transmissibles ;
 - 1 brigade d'assainissement ;
 - 1 service des statistiques sanitaires ;
 - 1 service de la pharmacie.
- Une division administrative et financière

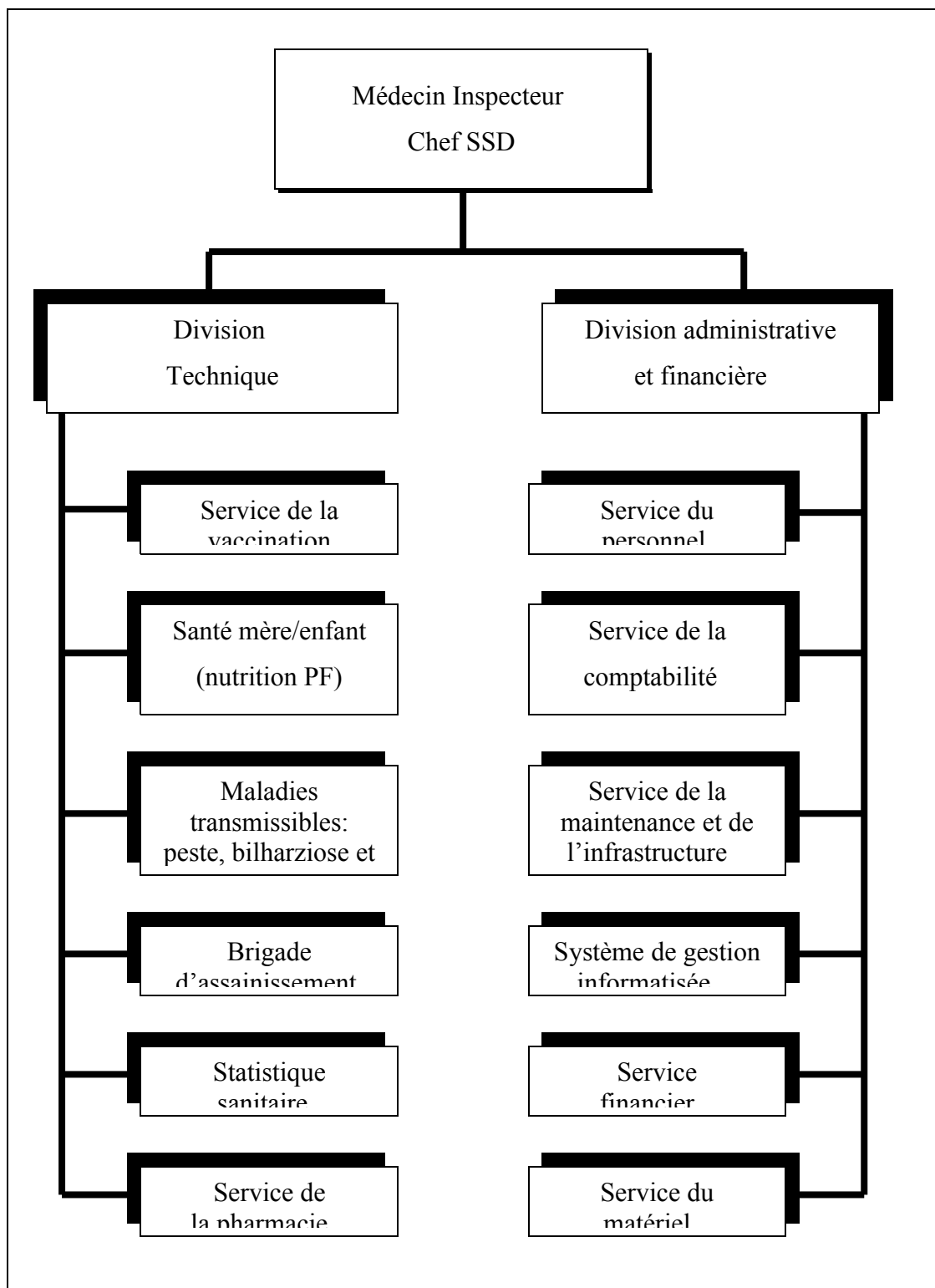
Cette division est constituée par :

- le service du personnel ;
- le service de la comptabilité ;
- le service de la maintenance et de l'infrastructure ;
- le service de gestion informatisée ;
- le service financier ;
- le service du matériel.



Source : SSD Moramanga.

Figure n° 3 : Le Bureau de Santé de District Moramanga ou BSD.



Source : SSD Moramanga.

Figure n° 4 : Organigramme du Bureau de Santé de District de Moramanga.

1.1.2. *Personnel du BSD*

Le personnel du BSD est composé de :

- 2 médecins
- 5 infirmiers
- 1 dentiste
- 1 sage-femme
- 19 personnels administratifs et financiers

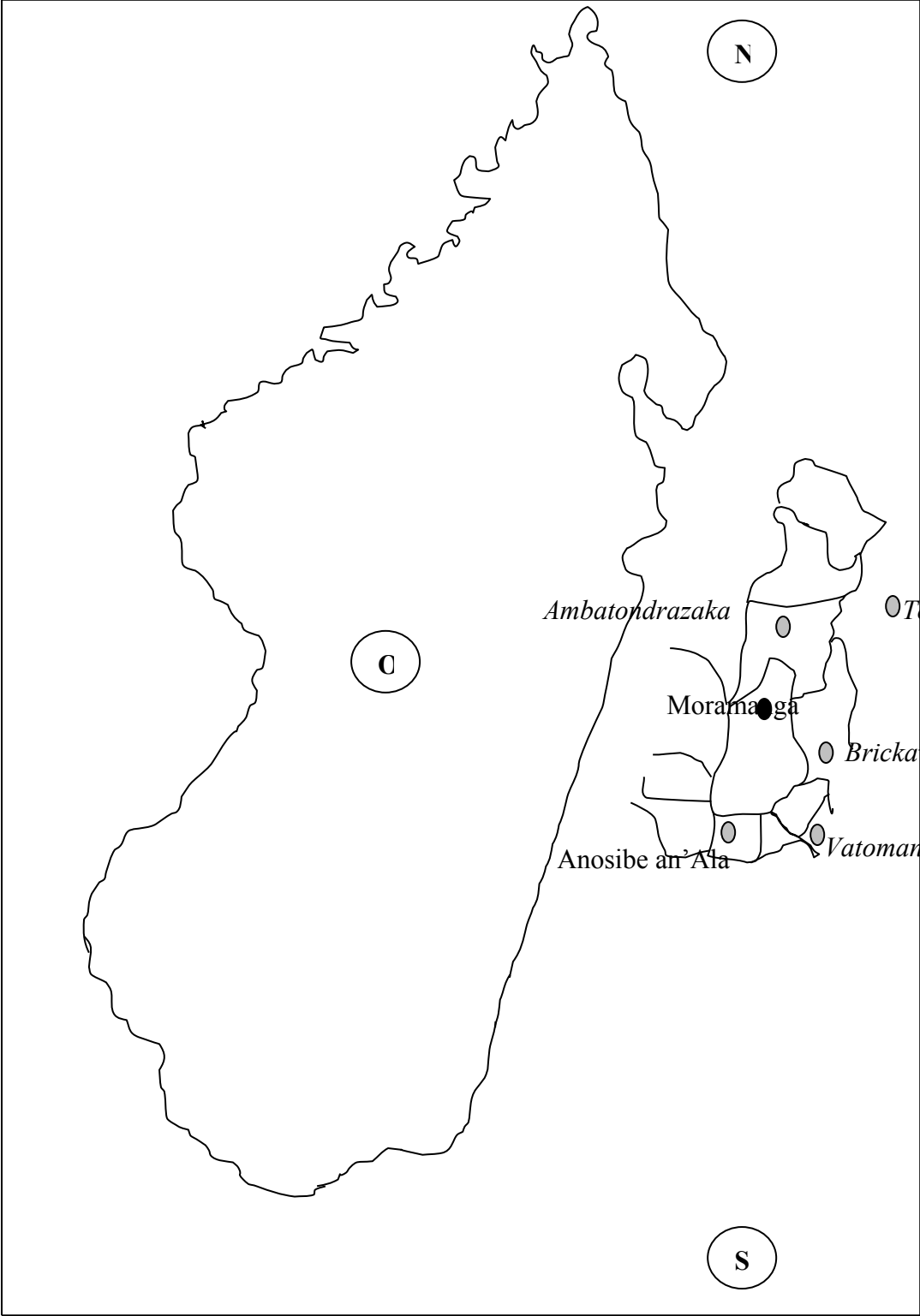
1.2. Le district sanitaire de Moramanga

1.2.1. *Situation géographique*

Le district sanitaire de Moramanga est rattaché à la province de Toamasina (Figure n° 5). Il est limité :

- Au Nord par le district sanitaire d'Ambatondrazaka
- A l'Ouest par les districts de santé de Tsaratanàna, Anjozorobe, et Manjakandriana
- Au Sud par les districts sanitaires d'Anosibe An'ala et d'Antanambao-Manampotsy
- A l'Est par les districts sanitaires de Vatomandry et de Brickaville

Le chef lieu de district constitué par la ville de Moramanga est également le chef lieu du Fivondronam-pokontany de Moramanga.

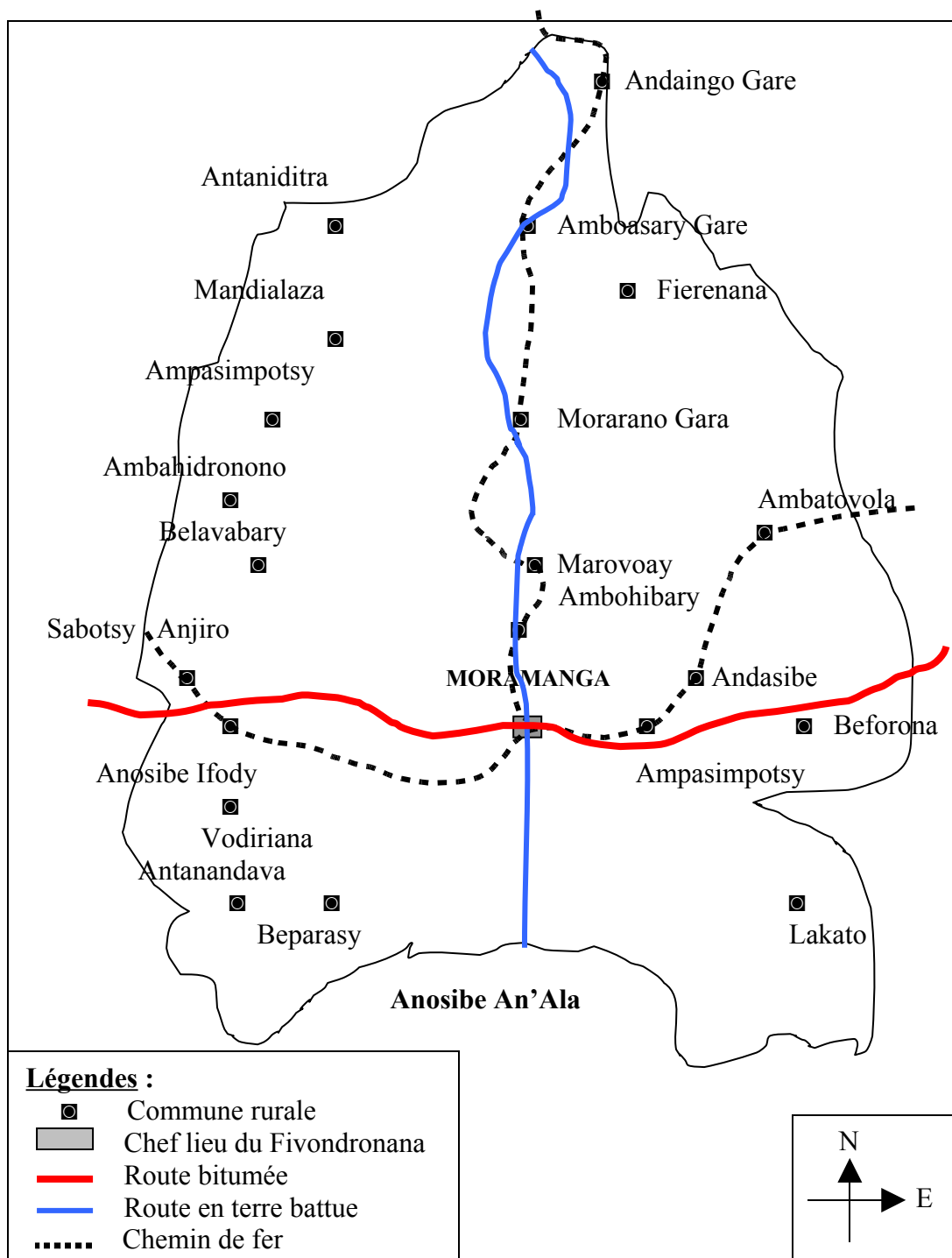


Source : SSD Moramanga

Figure n° 5 : Situation géographique du District de Santé de Moramanga.

1.2.2. Les communes du district sanitaire

Le district sanitaire de Moramanga compte 21 communes (Figure n° 6). Il est traversé par la RN44 du Nord au Sud, et par la RN2 de l'Ouest à l'Est.



Source : SSD Moramanga

Figure n° 6 : Carte schématique de District Sanitaire de Moramanga.

1.2.3. Démographie

Le district sanitaire compte 232.994 habitants (Tableau n° 5).

- **Tableau n° 5 : Répartition de la population selon les communes.**

<i>N °</i>	<i>Communes</i>	<i>Effectif</i>	<i>Personnes en âge de procréer</i>
<i>1</i>	<i>Moramanga</i>	<i>35.093</i>	<i>18.167</i>
<i>2</i>	<i>Ambohibary</i>	<i>16.105</i>	<i>8.470</i>
<i>3</i>	<i>Ampasimpotsy Gare</i>	<i>6.713</i>	<i>3.392</i>
<i>4</i>	<i>Morarano</i>	<i>11.499</i>	<i>5.457</i>
<i>5</i>	<i>Amboasary</i>	<i>12.860</i>	<i>6.826</i>
<i>6</i>	<i>Fierenana</i>	<i>9.805</i>	<i>5.500</i>
<i>7</i>	<i>Andaingo</i>	<i>16.719</i>	<i>8.710</i>
<i>8</i>	<i>Andasibe</i>	<i>10.897</i>	<i>6.813</i>
<i>9</i>	<i>Ambatovola</i>	<i>8.348</i>	<i>5.509</i>
<i>10</i>	<i>Lakato</i>	<i>15.445</i>	<i>9.075</i>
<i>11</i>	<i>Vodiriana</i>	<i>5.235</i>	<i>1.685</i>
<i>12</i>	<i>Beparasy</i>	<i>8.928</i>	<i>4.757</i>
<i>13</i>	<i>Antaniditra</i>	<i>5.320</i>	<i>2.441</i>
<i>14</i>	<i>Belavabary</i>	<i>5.844</i>	<i>3.030</i>
<i>15</i>	<i>Anosibe Ifody</i>	<i>3.703</i>	<i>2.780</i>
<i>16</i>	<i>Mandialaza</i>	<i>9.751</i>	<i>5.212</i>
<i>17</i>	<i>Sabotsy Anjiro</i>	<i>15.579</i>	<i>8.660</i>
<i>18</i>	<i>Ambohidronono</i>	<i>8.050</i>	<i>5.348</i>
<i>19</i>	<i>Ampasimpotsy Ouest</i>	<i>5.200</i>	<i>3.010</i>
<i>20</i>	<i>Antanandava</i>	<i>9.200</i>	<i>5.080</i>
<i>21</i>	<i>Beforona</i>	<i>12.700</i>	<i>6.815</i>
	<i>TOTAL</i>	<i>232.994</i>	<i>126.737</i>

Le nombre de personnes en âge de procréer est de 126.737.

2. METHODOLOGIE

2.1. Méthode d'étude (20)(21)(22)

- *L'étude se rapporte à l'année 2002.*
- *L'évaluation porte :*
 - * *Sur la structure :*
 - *infrastructures sanitaires*
 - *ressources humaines et matérielles*
 - * *Sur les activités :*
 - *activités préventives sur l'IST/SIDA*
 - *activités curatives sur l'IST/SIDA*
- *Les techniques de l'épidémiologie descriptive constituent la base méthodologique.*

2.2. Paramètres d'étude

Les paramètres d'étude sont :

i). Pour l'évaluation de structure

- *Le nombre et le type de formations sanitaires du SSD.*
- *Le nombre et le type de personnel utilisés.*
- *La situation des équipements et matériel.*

ii). Pour l'évaluation de processus

- *La couverture des rapports mensuels des formations sanitaires.*
- *Le nombre de cas d'IST vus et traités.*
- *Les activités préventives (IST/SIDA).*

3. RESULTATS

3.1. Evaluation de structure

3.1.1. Infrastructure

- **Tableau n° 6 : Nombre et type de formations sanitaires du SSD de Moramanga.**

N°	Communes	CHD 2	CHD 1	CSB 2	CSB		Ce ntr es de sa nt é pri vé s
	Moramanga	1	0	2	0		4
	Ambohibary	0	0	1	2	F	0
	Moramano	0	0	1	2	F	0
	Mandialaza	0	0	1	1	F	0
	Lakato	0	0	1	1	N	0
	Fierenana	0	0	1	1	F	0
	Beparasy	0	0	1	1	/	0
	Belavabary	0	0	1	1	F	Marovitsika
	Beforona	0	0	1	2	F	CS
10	Antanandava	0	0	1	1	N	S
11	Anjiro	0	0	1	1	F	0
12	Andasibe	0	0	1	0	/	0
13	Andaingo	0	0	1	0	F	2
14	Ampasimpots	0	0	1	0	F	1
15	Y Gare	0	0	1	1	F	0
16	Ambohidron	0	0	1	0		1
17	Ono	0	0	1	0		0
18	Anosibe	0	0	1	0		0
19	Ifody	0	0	1	1	F	0
							0

20	Amboasary	0	0	1	0	0
21	Ambatovola	0	0	1	1	0
	Ampasimpotsy				0	0
	Vodiriana				0	N
	Antaniditra					F
					1	
					4	F
					3	N
					1	F
					7	
	TOTAL	1	0	2	2	9

- **Tableau n° 7 : Les formations sanitaires privées du SSD de Moramanga.**

<i>N</i> <i>o</i>	<i>Communes</i>	<i>N</i> <i>o</i>	<i>Formations sanitaires</i>
1	<i>Moramanga</i>	1	<i>SMIMO : Service Médicale Interentreprise de Moramanga</i>
		2	<i>Dispensaire ECAR Anosimasina</i>
		3	<i>CMS : Centre Médico-Social JIRAMA Moramanga</i>
		4	<i>ONG : (Organisation Non Gouvernementale) Marie Stopes Moramanga</i>
2	<i>Anjiro</i>	5	<i>Dispensaire de la Mission Catholique</i>
		6	<i>CMS : Centre Médico-Social JIRAMA Marozevo</i>
3	<i>Belavabary</i>	7	<i>CSB : Marovitsika</i>
4	<i>Andasibe</i>	8	<i>Mission Catholique Andasibe</i>
5	<i>Ampasimpots</i>	9	<i>Mission Catholique</i>

	y Gara		Ampasimpotsy
--	--------	--	--------------

3.1.1. Evaluation des ressources humaines

- La situation du personnel est présentée au niveau de 4 tableaux :
 - le premier présente la situation du personnel du BSD ;
 - le deuxième présente la situation du personnel du CHD2 ;
 - le troisième présente la situation du personnel des CSB2 ;
 - le quatrième présente la situation du personnel des CSB1.

- **Tableau n° 8 : Situation du personnel du bureau de santé de district de Moramanga.**

<i>Médecins</i>	<i>Infirmiers(es)</i>	<i>Dentiste</i>	<i>Sage - femme</i>	<i>Personnel administratifs et autres</i>	<i>TOTAL</i>
02	05	01	01	19	28

- **Tableau n° 9 : Situation du personnel du CHD2 de Moramanga.**

<i>Médecins chirurgiens</i>	<i>Médecins généralistes</i>	<i>infirmiers(es)</i>	<i>Sages - femmes</i>	<i>Autres</i>	<i>TOTAL</i>
02	12	12	09	35	70

- *Tableau n° 10 : Situation du personnel au niveau des CSB2.*

<i>N°</i>	<i>Formations sanitaires</i>	<i>Médecins</i>	<i>Infirmiers</i>	<i>Sages- femmes</i>	<i>Autres</i>
	<i>CSMI Moramanga</i>	1	2	3	2
	<i>CSB2 Moramanga</i>	1	3	3	2
	<i>CSB2</i>	1	0	2	0

	<i>Ambohibary</i>				
	<i>CSB2</i>				
	<i>Morarano</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>1</i>
	<i>CSB2</i>				
	<i>Mandialaza</i>	<i>0</i>	<i>2</i>	<i>0</i>	<i>1</i>
	<i>CSB2 Lakato</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>1</i>
	<i>CSB2</i>				
	<i>Fierenana</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>1</i>
	<i>CSB2</i>				
	<i>Beparasy</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>1</i>
	<i>CSB2</i>				
	<i>Belavabary</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>1</i>
10	<i>CSB2</i>	<i>0</i>	<i>2</i>	<i>0</i>	<i>1</i>
	<i>Beforona</i>				
11	<i>CSB2</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>2</i>
	<i>Antanandava</i>				
12	<i>CSB2 Anjiro</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>0</i>	<i>2</i>
13	<i>CSB2</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>3</i>
	<i>Andasibe</i>				
14	<i>CSB2</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>0</i>
	<i>Andaingo</i>				
15	<i>CSB2</i>				
	<i>Ampasimpotsy</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
	<i>Gara</i>				
16	<i>CSB2</i>				
	<i>Ambohidronon</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
	<i>o</i>				
17	<i>CSB2</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
	<i>Ambodinifody</i>				
18	<i>CSB2</i>	<i>0</i>	<i>3</i>	<i>0</i>	<i>1</i>
	<i>Amboasary</i>				
19	<i>CSB2</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
	<i>Ambatovola</i>				
20	<i>CSB2</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
	<i>Ampasimpotsy</i>				
21	<i>CSB2</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>1</i>
	<i>Vodiriana</i>				
22	<i>CSB2</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>0</i>

	<i>Antaniditra</i>				
	TOTAL	15 médecins 7 CSB2 sans médecins	26 infirmiers 4 CSB2 sans infirmiers	11 sages- femmes 16 CSB2 sans sages- femmes	21 autres personnels 7 CSB2 sans personnels

- **Tableau n° 11 : Situation du personnel au niveau des CSB1.**

N°	Formations sanitaires	Médecins	Infirmiers	Sages - femmes	
1	CSB1 Ambodiaka tra	0	1	1	
2	CSB1 Ambodima nga	0	1	0	
3	CSB1 Marovoay	0	0	1	
4	CSB1	0	1	0	

	<i>Marofody</i>				
5	<i>CSB1</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	
	<i>Ankokalava</i>				
6	<i>CSB1</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	
	<i>Marofody</i>				
7	<i>CSB1</i>				
	<i>Ampasimaz</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	
	<i>ava</i>				
8	<i>CSB1</i>				
	<i>Amparihivol</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	
	<i>a</i>				
9	<i>CSB1</i>				
	<i>Ambalahori</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	
	<i>na</i>				
1	<i>CSB1</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	
0	<i>Manakara</i>				
1	<i>CSB1</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	
1	<i>Ampasika</i>				
1	<i>CSB1</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	
2	<i>Ankeniheny</i>				
1	<i>CSB1</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	
3	<i>Bembary</i>				
1	<i>CSB1</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	
4	<i>Miadana</i>				
	TOTAL	0	12	3	
		<i>médecin</i>	<i>infirmiers</i>	<i>sages-</i>	
			<i>2 CSB1</i>	<i>femme</i>	
			<i>sans</i>	<i>s</i>	
			<i>infirmiers</i>	<i>11</i>	
				<i>CSB1</i>	
				<i>sans</i>	

				<i>sages- femme s</i>
--	--	--	--	-------------------------------

3.1.2. Evaluation du matériel et équipements

- **Tableau n° 12 :** Situation du matériel et équipements du SSD de Moramanga.

<i>Dénomination</i>	<i>Nombre</i>	<i>Observation</i>
<i>Lits métalliques</i>	<i>32</i>	
<i>Housses de matelas</i>	<i>101</i>	
<i>Matelas mousse recouvert</i>	<i>28</i>	
<i>Matelas mousse non recouvert</i>	<i>115</i>	
<i>Potence à perfusion</i>	<i>10</i>	
<i>Porte feuille de température</i>	<i>34</i>	
<i>Lampe tempête et/ou à pétrole</i>	<i>43</i>	
<i>Réchaud à pétrole</i>	<i>47</i>	
<i>Réchaud électrique</i>	<i>03</i>	
<i>Congélateur</i>	<i>01</i>	
<i>Réfrigérateurs</i>	<i>14</i>	
<i>Tables d'examen</i>	<i>18</i>	
<i>Tables d'accouchement</i>	<i>20</i>	
<i>Balance pèse personne</i>	<i>05</i>	
<i>Balance pèse bébé</i>	<i>08</i>	
<i>Matériel de Bureau</i>		
<i>Armoires métalliques</i>	<i>28</i>	

<i>et/ou en bois</i>		
<i>Bancs en bois</i>	<i>17</i>	
Dénomination	Nombre	Observation
<i>Buffets en bois</i>	<i>01</i>	
<i>Chaises métalliques</i>	<i>12</i>	
<i>Chaises en bois</i>	<i>27</i>	
<i>Chaises à lamelle en pin</i>	<i>26</i>	
<i>Chaises type empilable</i>	<i>50</i>	
<i>Chaises en fauteuil voltaire</i>	<i>02</i>	
<i>Tables de bureau demi- ministre</i>	<i>02</i>	
<i>Tables de bureau en pin ou bois ordinaire</i>	<i>27</i>	
<i>Microordinateur</i>	<i>01</i>	
<i>Machines à écrire</i>	<i>03</i>	
<i>Machines à calculer</i>	<i>27</i>	
<i>Imprimante</i>	<i>01</i>	
<i>Photocopieur</i>	<i>01</i>	
<i>Rétroprojecteur</i>	<i>01</i>	
<i>Télécopieur</i>	<i>01</i>	
Logistique : matériel roulant		
<i>Moto tout terrain et/ou simple</i>	<i>10</i>	
<i>Voiture Toyota Hilux (4x4)</i>	<i>01</i>	

3.2. Evaluation de processus

3.2.1. Couverture des rapports

- **Tableau n° 13 : Couverture des rapports mensuels.**

<i>N</i> °	<i>Formations sanitaires</i>	<i>Couverture des rapports mensuels sur 12 mois</i>
1	<i>CHD2 Moramanga</i>	<i>12/12</i>
2	<i>CSM Moramanga</i>	<i>12/12</i>
3	<i>CSB2 Moramanga</i>	<i>12/12</i>
4	<i>CSB2 Ampasimpotsy Gare</i>	<i>6/12</i>
5	<i>CSB2 Amboasary Gare</i>	<i>12/12</i>
6	<i>CSB2 Mandialaza</i>	<i>10/12</i>
7	<i>CSB2 Andaingo</i>	<i>12/12</i>
8	<i>CSB2 Morarano Gare</i>	<i>11/12</i>
9	<i>CSB2 Beforona</i>	<i>12/12</i>
10	<i>CSB2 Ambodinifody</i>	<i>12/12</i>
11	<i>CSB2 Antaniditra</i>	<i>02/12</i>
12	<i>CSB2 Sabotsy Anjiro</i>	<i>12/12</i>
13	<i>CSB2 Andasibe</i>	<i>12/12</i>
14	<i>CSB2 Belavabary</i>	<i>06/12</i>
15	<i>CSB2 Beparasy</i>	<i>11/12</i>
16	<i>CSB2 Ambohidronono</i>	<i>12/12</i>
17	<i>CSB2 Antanandava</i>	<i>11/12</i>
18	<i>CSB2 Fierenana</i>	<i>12/12</i>
19	<i>CSB2 Lakato</i>	<i>12/12</i>
20	<i>CSB2 Ambatovola</i>	<i>12/12</i>
21	<i>CSB2 Vodirina</i>	<i>12/12</i>
<i>N</i> °	<i>Formations sanitaires</i>	<i>Couverture des rapports mensuels sur 12 mois</i>
22	<i>CSB2 Ambohibary</i>	<i>12/12</i>
23	<i>CSB2 Ampasimpotsy</i>	<i>12/12</i>
24	<i>CSB1 Ankokalava</i>	<i>4/12</i>
25	<i>CSB1 Ambodirano Mangoro</i>	<i>6/12</i>
26	<i>CSB1 Ankeniheny</i>	<i>2/12</i>
27	<i>CSB1 Manakara Est</i>	<i>8/12</i>
28	<i>CSB1 Ampasimazava Lakato</i>	<i>12/12</i>
29	<i>CSB1 Ambodimanga</i>	<i>7/12</i>

30	<i>CSBI Marofody</i>	<i>7/12</i>
31	<i>CSBI Ambodiakatra</i>	<i>8/12</i>
32	<i>CSBI Bembarry</i>	<i>12/12</i>
33	<i>CSBI Ambalahorina</i>	<i>5/12</i>
34	<i>CSBI Miadana</i>	<i>11/12</i>
35	<i>CSBI Amparihivola</i>	<i>7/12</i>
36	<i>CSBI Marovoay</i>	<i>11/12</i>
37	<i>CSBI Ampasika</i>	<i>12/12</i>
Formations sanitaires privées		
1	<i>Service Médical Interentreprises Moramanga (SMI)</i>	<i>3/12</i>
2	<i>Dispensaire catholique d'Anjoro</i>	<i>10/12</i>
3	<i>Dispensaire Anosimasina</i>	<i>12/12</i>
4	<i>CS JIRAMA Moramanga</i>	<i>12/12</i>
5	<i>CSB Marovitsika</i>	<i>12/12</i>
6	<i>Mission catholique Andasibe</i>	<i>11/12</i>
7	<i>Mission catholique Ampasimpotsy</i>	<i>8/12</i>
8	<i>ONG Marie Stope Moramanga</i>	<i>12/12</i>
9	<i>CMS JIRAMA Manaraka</i>	<i>12/12</i>

3.2.2. Nombre de cas d'IST

- **Tableau n° 14 :** Nombre de cas d'IST enregistrés
au niveau des formations sanitaires.

<i>N °</i>	<i>Formation s sanitaires</i>	<i>Ecoulemen t génital</i>	<i>Ulcératio n génitale</i>	<i>TOTAL</i>
1	<i>CHD2 Moramanga</i>	<i>140</i>	<i>47</i>	<i>187</i>
2	<i>CSMI Moramanga</i>	<i>140</i>	<i>96</i>	<i>236</i>

3	<i>CSB2 Moramanga</i>	<i>67</i>	<i>22</i>	<i>89</i>
4	<i>CSB2 Ampasimpony Gare</i>	<i>04</i>	<i>00</i>	<i>04</i>
5	<i>CSB2 Amboasary</i>	<i>56</i>	<i>04</i>	<i>60</i>
6	<i>CSB2 Mandialaza</i>	<i>12</i>	<i>00</i>	<i>12</i>
7	<i>CSB2 Andaingo</i>	<i>42</i>	<i>38</i>	<i>80</i>
8	<i>CSB2 Morarano Gare</i>	<i>44</i>	<i>00</i>	<i>44</i>
9	<i>CSB2 Beforona</i>	<i>29</i>	<i>07</i>	<i>36</i>
10	<i>CSB2 Ambodinifody</i>	<i>31</i>	<i>02</i>	<i>33</i>
11	<i>CSB2 Antaniditra</i>	<i>01</i>	<i>0</i>	<i>01</i>
12	<i>CSB2 Sabotsy Anjiro</i>	<i>62</i>	<i>12</i>	<i>74</i>
13	<i>CSB2 Andasibe</i>	<i>28</i>	<i>00</i>	<i>28</i>
14	<i>CSB2 Belavabary</i>	<i>05</i>	<i>00</i>	<i>05</i>
15	<i>CSB2 Beparasy</i>	<i>03</i>	<i>02</i>	<i>05</i>
16	<i>CSB2 Ambohidronono</i>	<i>04</i>	<i>14</i>	<i>18</i>
17	<i>CSB2</i>	<i>10</i>	<i>07</i>	<i>17</i>

	<i>Antananda va</i>			
18	<i>CSB2 Fierenana</i>	<i>64</i>	<i>06</i>	<i>70</i>
19	<i>CSB2 Lakato</i>	<i>65</i>	<i>02</i>	<i>67</i>
20	<i>CSB2 Ambatovol a</i>	<i>18</i>	<i>11</i>	<i>29</i>
21	<i>CSB2 Vodiriana</i>	<i>18</i>	<i>9</i>	<i>27</i>
22	<i>CSB2 Ambohibar y</i>	<i>28</i>	<i>00</i>	<i>28</i>
23	<i>CSB2 Ampasimpo tsy</i>	<i>25</i>	<i>10</i>	<i>35</i>
	TOTAL	896	289	1185
N o	Formations sanitaires	Écoulemen t génital	Ulcératio n génitale	TOTAL
24	<i>CSB1 Ankokalava</i>	<i>06</i>	<i>00</i>	<i>06</i>
25	<i>CSB1 Ambodiran o Mangoro</i>	<i>05</i>	<i>02</i>	<i>07</i>
26	<i>CSB1 Ankeniheny</i>	<i>00</i>	<i>00</i>	<i>00</i>
27	<i>CSB1 Manakara Est</i>	<i>12</i>	<i>04</i>	<i>16</i>
28	<i>CSB1 Ampasimaz ava Lakato</i>	<i>24</i>	<i>20</i>	<i>44</i>
29	<i>CSB1 Ambodima nga</i>	<i>00</i>	<i>00</i>	<i>00</i>

30	<i>CSB1 Marofody</i>	<i>01</i>	<i>00</i>	<i>01</i>
31	<i>CSB1 Ambodiaka tra</i>	<i>09</i>	<i>03</i>	<i>12</i>
32	<i>CSB1 Bembary</i>	<i>37</i>	<i>10</i>	<i>47</i>
33	<i>CSB1 Ambalahor ina</i>	<i>00</i>	<i>00</i>	<i>00</i>
34	<i>CSB1 Miadana</i>	<i>07</i>	<i>00</i>	<i>07</i>
35	<i>CSB1 Amparihivo la</i>	<i>33</i>	<i>08</i>	<i>41</i>
36	<i>CSB1 Marovoay</i>	<i>15</i>	<i>00</i>	<i>15</i>
37	<i>CSB1 Ampasika</i>	<i>34</i>	<i>08</i>	<i>42</i>
	<i>TOTAL</i>	<i>183</i>	<i>55</i>	<i>238</i>
<i>Formations sanitaires privées</i>				
1	<i>SMI Moramang a</i>	<i>03</i>	<i>01</i>	<i>04</i>
2	<i>Dispensair e Anjiro</i>	<i>03</i>	<i>00</i>	<i>03</i>
3	<i>Dispensair e Anosimasin a</i>	<i>11</i>	<i>02</i>	<i>13</i>
4	<i>CSB JIRAMA Moramang a</i>	<i>42</i>	<i>16</i>	<i>58</i>
5	<i>CSB</i>	<i>03</i>	<i>00</i>	<i>03</i>

	<i>Marovitsika</i>			
6	<i>Mission catholique Andasibe</i>	<i>14</i>	<i>00</i>	<i>14</i>
7	<i>ONG Marie Stopes Moramanga</i>	<i>30</i>	<i>01</i>	<i>31</i>
8	<i>Mission catholique Ampasimpony</i>	<i>01</i>	<i>00</i>	<i>01</i>
9	<i>CMS JIRAMA Mandraka</i>	<i>03</i>	<i>00</i>	<i>03</i>
	<i>TOTAL</i>	<i>110</i>	<i>20</i>	<i>130</i>

- **Tableau n° 15 : Récapitulation des cas d'IST.**

<i>Type de formations sanitaires</i>	<i>Écoulement génital</i>	<i>Ulcération génitale</i>	<i>TOTAL</i>
<i>CHD2 et CSB2</i>	<i>896</i>	<i>289</i>	<i>1185</i>
	<i>183</i>	<i>55</i>	<i>238</i>

<i>CSB1</i>			
<i>Centres de santé privés</i>	<i>110</i>	<i>20</i>	<i>130</i>
<i>TOTAL</i>	<i>1189</i>	<i>364</i>	<i>1553</i>

3.2.3. Activités préventives

- ***Tableau n° 16 : Activités préventives sur l'IST/SIDA.***

<i>Dénomination</i>	<i>Nombre de formations sanitaires participantes</i>	<i>Nombre d'activités</i>
<i>Conseils individuels sur l'IST/SIDA pour chaque cas d'IST</i>	<i>37</i>	<i>1553</i>

<i>dépistés</i>		
<i>Séances d'IEC données au niveau de chaque formation sanitaire 1 fois par semaine</i>	<i>22</i>	<i>968 séances d'IEC</i>

COMMENTAIRES, DISCUSSIONS ET SUGGESTIONS

1. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

L'exécution des activités de santé communautaire (soins de santé primaires) requiert que les structures de prise de décision et de soutien se rapprochent autant que possible des populations dans leurs villages. Le district est une zone administrative clairement définie qui comporte une population vivant dans les villages et/ou des quartiers déterminés. Il est l'unité opérationnelle de la mise en œuvre des activités. Le bon fonctionnement du district de santé conditionne donc l'amélioration de la santé de la population.

1.1. Méthode d'étude

Le district sanitaire de Moramanga contient 37 formations sanitaires publiques et 9 formations sanitaires privées, l'évaluation de la lutte contre le sida dans le district a été réalisée à travers les activités de lutte contre les IST et les activités d'IEC. Il s'agit d'une évaluation situationnelle qui s'appuie sur les techniques de l'épidémiologie descriptive.

1.2. Les résultats de l'étude

1.2.1. Situation de l'infrastructure sanitaire

Les résultats que nous avons obtenus dans notre étude montrent que dans le District Sanitaire de Moramanga, il y a 3 CSBI qui ne sont pas fonctionnels : les communes concernées sont Lakato, Beparasy et Amboasary. Compte tenu de la grande étendue du district de santé et de l'insuffisance des voies de communication qui sont à l'origine des problèmes d'accessibilité géographique aux soins de santé, une couverture insuffisante en infrastructure risque de marginaliser une partie de la population.

1.2.2. Le personnel de santé du district sanitaire

*Le Service de Santé de District manque de médecins au niveau des CSB2.
(Tableau n° 17)*

- **Tableau n° 17 : Nombre de CSB2 dotés de médecins.**

<i>Dénomination</i>	<i>Nombre de CSB2 dotés de médecins</i>	<i>Nombre de CSB2 sans médecins</i>
<i>Nombre</i>	15	7
<i>Noms des CSB2</i>		<ul style="list-style-type: none">• <i>Ampasimpotsy</i>• <i>Ambatovola</i>• <i>Amboasary</i>• <i>Ambohidronono</i>• <i>Beforona</i>• <i>Lakato</i>• <i>Mandialaza</i>

- 7 CSB2 n'ont pas de médecins
- 16 CSB2 n'ont pas de sages-femmes (Tableau n° 18)
- 2 CSB1 sur 14 sont détenus par des aides sanitaires

- **Tableau n° 18 :** Nombre de CSB2 dotés de sages-femmes.

<i>Dénomination</i>	<i>CSB2 dotés de sages-femmes</i>	<i>CSB2 sans sages-femmes</i>
<i>Nombre</i>	6	16
<i>Noms des CSB2</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Moramanga (2) • Ambohibary • Andasibe • Andaingo • Ambodinifody 	<ul style="list-style-type: none"> • Morarano • Mandialaza • Lakato • Fierenana • Beparasy • Belavabary • Beforona • Antanandava • Anjiro • Ampasimpotsy Gare • Ambohidronono • Amboasary • Ambatovola • Ampasimpotsy • Vodiriana • Antaniditra

1.2.3. Couverture des rapports

- *Pour les formations sanitaires publiques, 18 formations sur 37 n'ont pas réalisé de rapports complets en 2002, par exemple :*
 - *Pour le CSB2 d'Antaniditra, on a enregistré 02 rapports mensuels sur 12.*
 - *Pour le CSB1 d'Ankeniheny également.*
 - *Pour le CSB1 d'Ankokalava, on a enregistré 4 rapports mensuels sur 12.*
 - *Pour le CSB1 d'Ambalahorina, on a enregistré 5 rapports mensuels sur 12.*
- *En ce qui concerne les formations sanitaires privées, 4 formations sur 9 n'ont pas réalisé de rapports complets. Ce qui donne une couverture de rapports complets de 55,5%.*

1.2.4. Les IST dépistées et traitées

Pour l'année 2002, on a enregistré dans le district sanitaire de Moramanga 1553 cas d'IST dont :

- *1189 cas d'écoulement génital.*
- *364 cas d'ulcération génitale.*
- *La prévalence observée est de 510 pour 100.000 habitants (écoulement génital) et 156 p. 100.000 habitants (ulcération génitale). Mais tous les malades d'IST ne viennent pas se faire soigner au niveau des formations sanitaires publiques ou privées. Les malades qui pratiquent l'automédication ne sont pas rares, ceux qui font appel aux guérisseurs ou qui utilisent les plantes médicinales des forêts de Moramanga ne doivent pas être oubliés. Le phénomène d'« Iceberg » des IST se retrouve aussi dans le Service de Santé de District de Moramanga (Figure n° 7).*

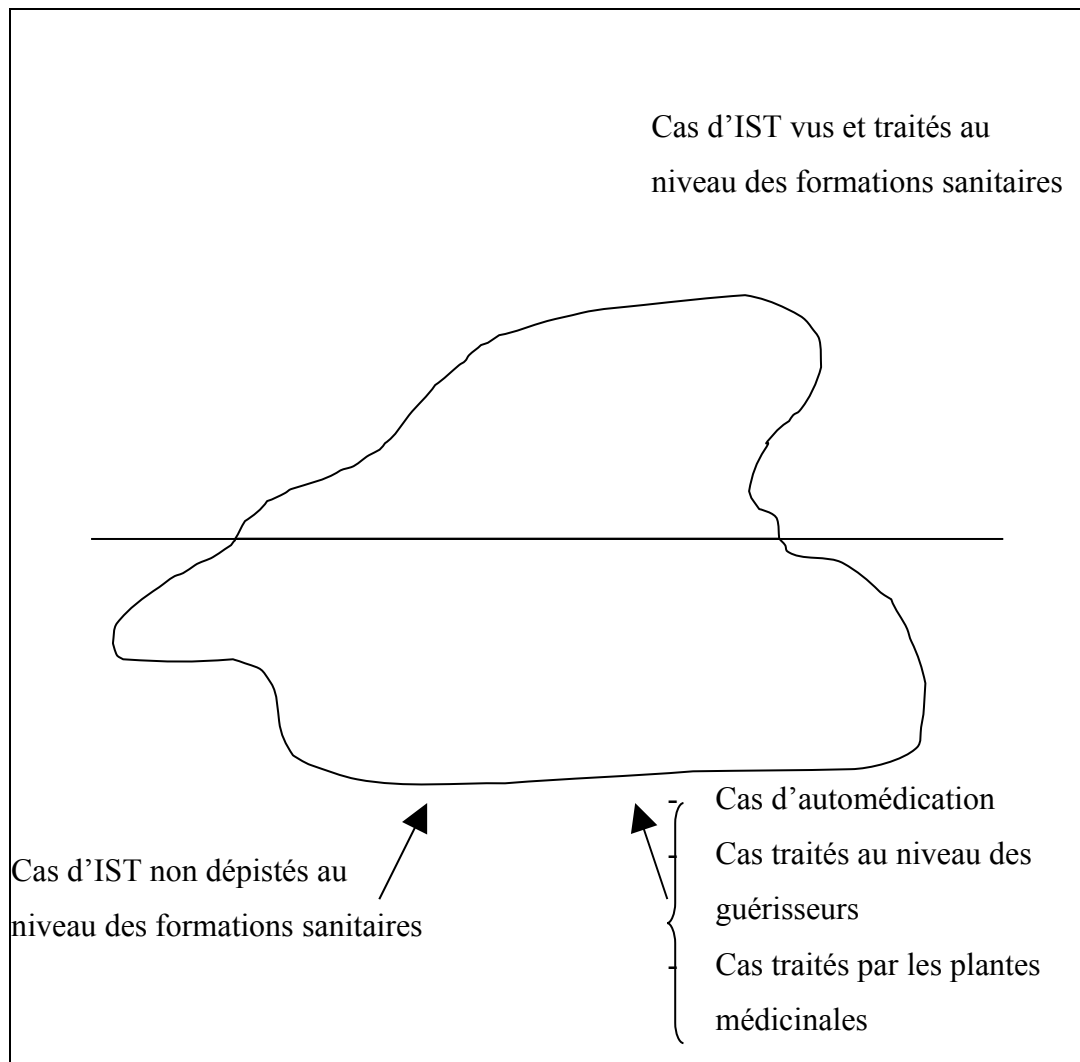


Figure n° 7 : Phénomène d'Iceberg des IST.

1.2.5. Les activités d'IEC

- *Les activités d'IEC se font généralement sous forme de conseils individuels donnés aux malades d'IST et il est difficile d'avoir leur contenu (concernant le Sida).*
- *Les séances d'IEC hebdomadaires totalisent quand même 968 séances durant l'année 2002, soit environ 26 séances par formation sanitaire publique par an.*

2. SUGGESTIONS

Afin d'améliorer la lutte contre le Sida dans le district sanitaire de Moramanga, nos suggestions portent sur :

- *La mise en œuvre d'un programme d'IEC/IST/SIDA dans le district sanitaire.*
- *Le renforcement du dépistage et de la prise en charge des IST dans le district sanitaire.*

2.1. Mise en œuvre d'un programme d'IEC/IST/SIDA

2.1.1. Objectif

L'objectif général est d'informer toute la population du district sanitaire sur le Sida et les moyens disponibles de prévention.

2.1.2. Stratégies

Les stratégies de lutte pourraient reposer sur :

- *Les activités d'IEC en stratégies fixe et mobile.*
- *L'utilisation de supports audio-visuels.*
- *L'application du modèle d'apprentissage de comportement.*

i). Activités en stratégies fixe et mobile

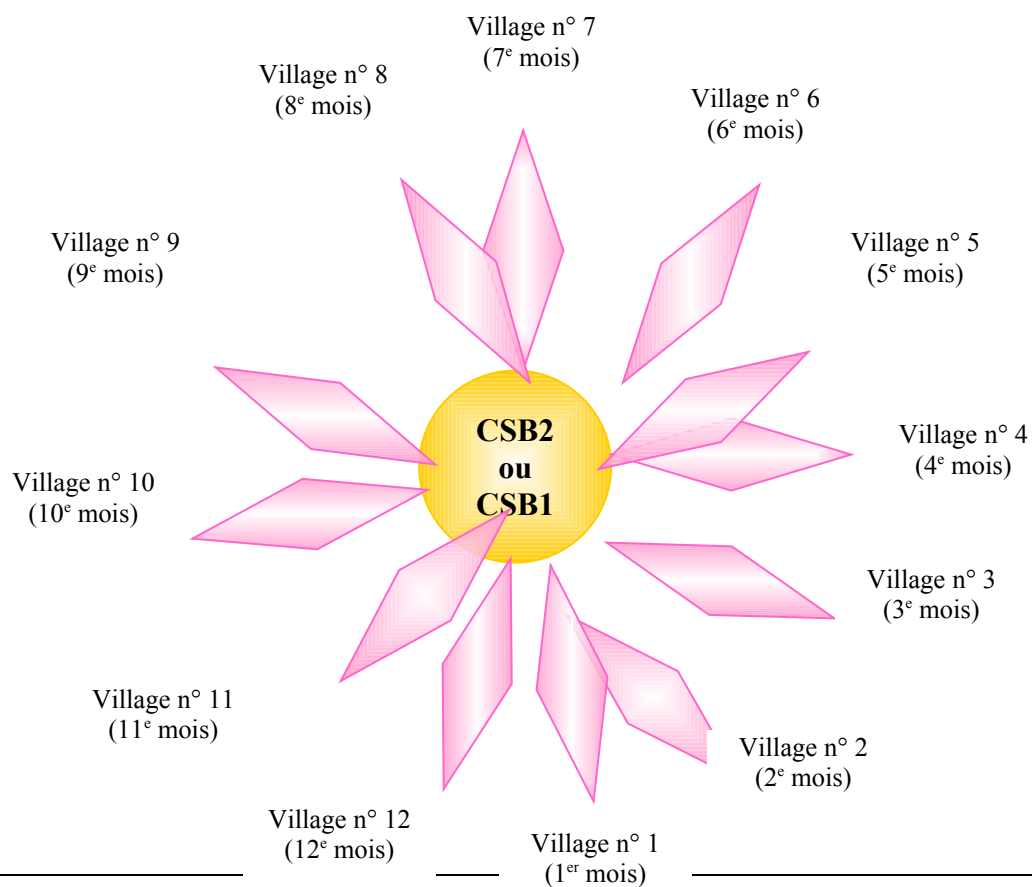
Compte tenu des difficultés de se déplacer (faute de routes reliant les villages aux centres de santé), le mieux serait d'appliquer la stratégie adoptée au niveau de chaque formation sanitaire :

- *une séance d'IEC par semaine en stratégie fixe, menée au niveau du centre de santé ;*
- *une séance d'IEC par mois en stratégie mobile, menée au niveau des villages du secteur sanitaire.*

Selon les distances à parcourir à pieds, en bicyclette ou en voiture, les stratégies peuvent être :

- *Une stratégie en marguerite (23)(24)(25)*

La stratégie en marguerite prévoit une activité mobile d'une journée par



S2

S3

S4

S1

S5

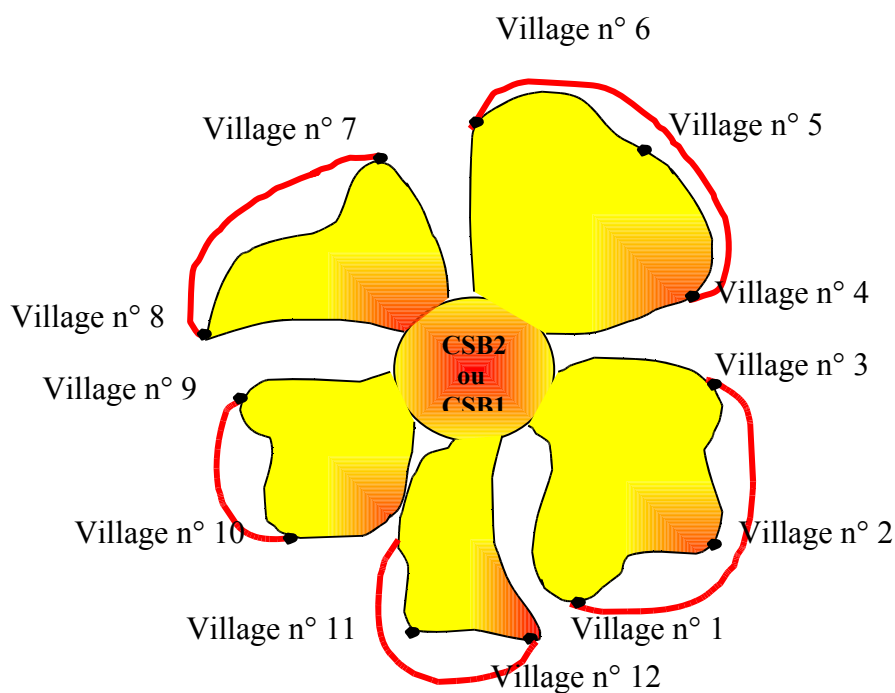


Figure n° 9 : Stratégie en pétales de rose.

S1 : Première sortie

S2 : Deuxième sortie...

ii). Organisation

L'organisation des programmes et des déplacements est sous la responsabilité des chefs de secteur sanitaire. Le nombre de sorties va dépendre naturellement des ressources disponibles.

2.2. Renforcement du dépistage et de la prise en charge des IST dans le district sanitaire

L'action de renforcement s'appuie sur :

i). Les possibilités d'examen de laboratoire pour préciser le diagnostic

ii). La disponibilité des médicaments requis

Chaque formation sanitaire doit disposer des médicaments requis en quantité suffisante pour prendre correctement en charge les cas d'IST dépistés. Ceci doit concerner en particulier :

- *Les comprimés de cotrimoxazole*
- *La tétracycline*
- *La pénicilline injectable*
- *L'Extencilline®*

La disponibilité des médicaments peut motiver les malades et le personnel de santé. Elle peut donc aussi contribuer à l'amélioration de l'utilisation des centres de santé par les patients et l'amélioration du dépistage des IST. Comme il s'agit d'une maladie transmissible, le traitement des partenaires et la prise en charge correcte de la majorité des malades peuvent diminuer notablement la prévalence des IST et le risque de Sida.

iii). Le traitement des partenaires

Le traitement des partenaires a une conséquence importante sur la réduction de la prévalence des IST. En effet, si dans un couple, le partenaire ne se soigne pas, le traitement de l'un ou l'autre doivent pratiquement inutile car le partenaire non traité continue à transmettre la maladie (Figure n° 10).

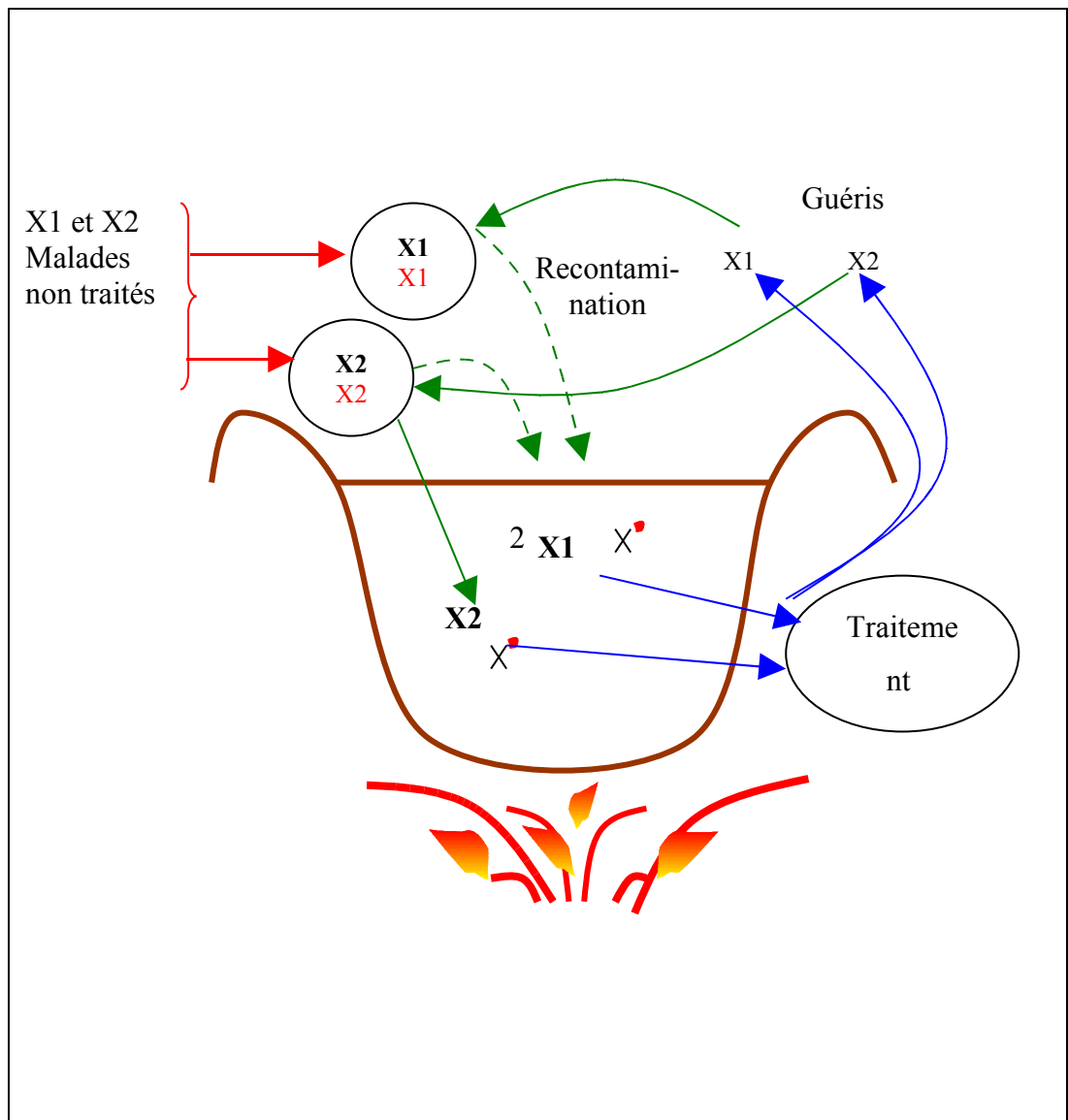


Figure n° 10 : Marmite de la prévalence.

CONCLUSION

Depuis la conférence historique sur les soins de santé primaires (Alma-Ata 1978), de nombreux pays de par le monde ouvrent résolument vers la réalisation de l'objectif social de la « santé pour tous ». Presque 25 ans après, un consensus mondial s'est dégagé pour admettre que les principes cardinaux de participation communautaire, de collaboration intersectorielle, d'accessibilité technologique dans un contexte d'équité et de justice sociale ne peuvent être mis en œuvre de façon intégrée qu'au niveau du district.

L'évaluation de la lutte contre le Sida au niveau du district sanitaire de Moramanga que nous avons effectuée a essayé des propositions stratégiques plus adaptées.

Dans le district de santé de Moramanga, l'insuffisance des routes reliant les formations sanitaires au bureau de santé de district rend difficile la réalisation des supervisions directes de ces formations sanitaires, et aggrave le problème d'accessibilité géographique de la population notamment les femmes et les enfants aux soins de santé de base.

Afin d'améliorer la lutte contre le Sida, nos suggestions portent d'abord sur la mise en œuvre d'un programme d'Information – Education et Communication (IEC) centrée sur chaque formation sanitaire de base. Des actions d'IEC périodiques en double stratégie (fixe et mobile) et menées selon une approche en « marguerite » ou selon une approche en « pétales de rose » permettront d'atteindre la plus grande partie de la population. Nos suggestions portent ensuite sur le renforcement de la prise en charge et du dépistage des IST.

En effet, la disponibilité effective des médicaments requis constitue un facteur important qui permettra de motiver les patients à l'utilisation des formations sanitaires publiques et de réduire de façon plus efficace la prévalence des IST.

BIBLIOGRAPHIE

1. Gentilini M. Médecine tropicale. Médecines-Sciences. Paris : Flammarion, 1993 : 627-633.
2. Ministère de la Santé. Lutte contre l'IST/SIDA, 1995-97. Revue à mi-parcours. Rapport, Ministère de la Santé Antananarivo, 1997.
3. Piot P, Meheus A. Epidémiologie des maladies sexuellement transmissibles dans les pays en développement. Annales Sociales, Belge, 1983 ; 63 : 87.
4. Rosenbert MJ, Schulz K, Burton N. Sexually transmitted diseases in sub-saharian Africa. Lancet, 1986 ; 111 : 152-153.
5. Maleville J, Géniaux M, Ball M. Aspects actuels des maladies vénériennes dans les régions tropicales. Méd Afr Noir, 1984 ; 31 : 521.
6. Le Noc P, Le Noc D. Les infections féminines à Yaoundé : importance de l'étiologie gonococcique. Méd Trop, 1974 ; 34 : 573.
7. De Schryver A, Reheus. Sexually transmitted diseases treatment. Brit J, Vener Dis, 1983 ; 59 : 202.
8. Senga P, Nzingoula S, Yala F. Sida et syndromes apparentés. Chez le nourrisson. Arch Fr Péd, 1988 ; 45 : 514-515.
9. OMS. Prise en charge des patients atteints de maladie sexuellement transmissible. Genève : OMS, 1991 ; 810 : 12.
10. Osoba AO. Sexually transmitted diseases in tropical Africa. Brit J, Vener Dis, 1981 ; 57 : 89.
11. Drouhet E, Dupont B. Traitements antifongiques. Maladies infectieuses. Encycl-Med-Chir, 1990 ; 8004 : 10-14.
12. Wolstenolme GEW, Porter R. Systemic mycoses. London : Churchill ed, 1968.
13. Joinet B, Mugolola T. Survivre face au sida en Afrique. Paris : Karthala Ed, 1994 : 314.

14. Georges AJ, Georges Courbot MC. Epidémiologie des infections à VIH en Afrique. Rev Prat, 1990 ; 23 : 2131-2135.
15. Daijardin JB, Artaxe H. Sida et infection à VIH en Guadeloupe. Presse Med, 1988 ; 17 : 573-576.
16. Caumes E. Manifestations dermatologiques de l'infection par le VIH en région tropicale. Cahiers santé, 1991 ; 11 : 15-24.
17. Berkley S, Okware S, Naamara W. Surveillance for aids in Uganda : AIDS, 1989 ; 3 : 79-85.
18. Itona, Ngapors A. Les aspects cliniques du sida en Afrique. Rev prat, 1990 ; 23 : 2136-2140.
19. Lesbordes JL. Aspects cliniques de l'infection par le virus et l'immunodéficience humaine (VIH) en Centrafrique. Med trop, 1988 ; 48 : 351-357.
20. Dabis F, Drucker J, Moren A. Epidemiologie d'intervention. Paris : Arnette, 1992 : 15-17.
21. Rothman KJ. Modern epidemiology. Boston : Little Brown, 1986 ; 5 : 41-49.
22. Fleiss JL. Statistical methods for rates and proportions. New York : John Wiley ed, 1973 ; 13 : 155-159.
23. Rochon A. Education pour la santé. Québec : les Editions, 1988 : 15-32.
24. Osborn AF. L'imagination constructive. Paris : Dunod, 1965
25. Hyman RT. Perspectives on the choice of method in ways of teaching. Philadelphie : Lippincott, 1974.

VELIRANO

« Eto anatrehan'i ZANAHARY, eto anoloan'ireo mpampianatra ahy, sy ireo mpiara-nianatra tamiko eto amin'ity toeram-pampianarana ity ary eto anoloan'ny sarin'i HIPPOCRATE.

Dia manome toky sy mianiana aho fa hanaja lalandava ny fitsipika hitandrovana ny voninahitra sy ny fahamarinana eo am-panatontosana ny raharaham-pitsaboana.

Hotsaboiko maimaim-poana ireo ory ary tsy hitaky saran'asa mihoatra noho ny rariny aho, tsy hiray tetika maizina na oviana na oviana ary na amin'iza na amin'iza aho mba hahazoana mizara aminy ny karama mety ho azo.

Raha tafiditra an-tranon'olona aho dia tsy hahita izay zava-miseho ao ny masoko, ka tanako ho ahy samirery ireo tsiambaratelo aboraka amiko ary ny asako tsy avelako hatao fitaovana hanatontosana zavatra mamoaafady na hanamoràna famitàn-keloka.

Tsy ekeko ho efitra hanelanelana ny adidiko amin'ny olona tsaboiko ny anton-javatra ara-pinoana, ara-pirenena, ara-pirazanana, ara-pirehana ary ara-tsaranga.

Hajaiko tanteraka ny ain'olombelona na dia vao notorontoronina aza, ary tsy hahazo mampiasa ny fahalalako ho enti-manohitra ny lalàn'ny maha-olona aho na dia vozonana aza.

Manaja sy mankasitraka ireo mpampianatra ahy aho ka hampita amin'ny taranany ny fahaizana noraisiko tamin'izy ireo.

Ho toavin'ny mpiara-belona amiko anie aho raha mahatanteraka ny velirano nataoko.

Ho rakotry ny henatra sy ho-rabirabian'ireo mpitsabo namako kosa aho raha mivadika amin'izany. »

PERMIS D'IMPRIMER

LU ET APPROUVE

Le Président de Thèse

Signé : Professeur RATOVO Fortunat Cadet

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé : Professeur RAJAONARIVELO Paul

Nom et Prénoms : RAZANAJATOVO Hery Nomenjanahary

**Titre de la thèse : « LUTTE CONTRE L'IST/SIDA DANS LE DISTRICT SANITAIRE
DE MORAMANGA »**

Rubrique : Santé publique

Nombre de figures : 10

Nombre de pages : 50

Nombre de tableaux : 18

Nombre de références bibliographiques : 25

RESUME

« Lutte contre l'IST/SIDA dans le district sanitaire de Moramanga » est une étude qui a pour objectif d'évaluer la situation dans le domaine de l'IST/SIDA, afin de proposer des améliorations stratégiques de lutte.

La méthode d'étude s'appuie sur les techniques de l'épidémiologie descriptive et procède à l'évaluation situationnelle respectivement des ressources mobilisées (infrastructure, personnel, matériel) de la couverture des rapports techniques et de la prise en charge des cas d'IST.

Les résultats obtenus montrent que le district sanitaire de Moramanga dispose de 37 formations sanitaires publiques et de 9 centres de santé privés fonctionnels. En 2002, les rapports techniques complets mensuels ont atteint une couverture d'environ 50%, les autres formations sanitaires ayant effectué respectivement 2 à 11 rapports sur 12 mois chacune. Ainsi, on a enregistré 1553 cas d'IST dont 1189 cas d'écoulement génital et 364 cas d'ulcération génitale. Les activités d'IEC sur l'IST/SIDA totalisent 968 séances.

Afin d'améliorer la lutte contre l'IST/SIDA, nos suggestions portent sur la mise en œuvre d'un programme d'IEC par secteur sanitaire et le renforcement de la prise en charge et du dépistage des IST.

**Mots-clés : Evaluation – supervision – IEC – médicaments –
IST/SIDA**

Directeur de thèse : Professeur RATOVO Fortunat Cadet

Rapporteur de thèse : Docteur RANDRIAMANJAKA Jean Rémi

Adresse de l'auteur : Logement 462 Ambohitsaina I - Antananarivo 101

Name and first name : RAZANAJATOVO Hery Nomenjanahary

**Title of the thesis : « STRUGGLE AGAINST THE IST/SIDA IN THE
SANITARY DISTRICT OF MORAMANGA »**

Heading : Public Health

Number of figures : 10

Number of pages : 50

Number of tables : 18

Number of bibliographical references : 25

SUMMARY

“Struggle against the IST/SIDA in the sanitary district of Moramanga” is a survey that has for objective to value the situation in the domain of the STI/AIDS, in order to propose the strategic improvements of struggle.

The method of survey leans on techniques of the descriptive epidemiology and proceed respectively to the situational assessment of the mobilized resources (infrastructure, personal, material) of the cover of the technical reports and the hold in charge of cases of STI.

The gotten results show that the sanitary district of Moramanga arranges 37 public sanitary formations and 9 centres of health deprived functional. In 2002, reports technical monthly suits reached a cover of about 50% the other sanitary formations having done 2 respectively to 11 reports on 12 months each. So one recorded 1553 cases of STI of which 1189 cases of genital out-flow and 364 cases of genital ulceration. Activities of IEC on the STI/AIDS total 968 sittings.

In order to improve the struggle against the STI/AIDS, our suggestions are about the stake in charge in curve of an IEC program by sanitary sector and the backing of the hold and of the tracking of the STI.

**Words – key : Assessment - supervision - IEC - medicines -
STI/AIDS**

Director of the thesis : Professor RATOVO Fortunat Cadet

Reporter of the thesis : Doctor RANDRIAMANJAKA Jean Rémi

Address of author : Logement 462 Ambohitsaina I - Antananarivo 101

Nom et Prénoms : RAZANAJATOVO Hery Nomenjanahary

**Titre de la thèse : « LUTTE CONTRE L'IST/SIDA DANS LE DISTRICT
SANITAIRE DE MORAMANGA »**

CONCLUSION

Depuis la conférence historique sur les soins de santé primaires (Alma-Ata 1978), de nombreux pays de par le monde ouvrent résolument vers la réalisation de l'objectif social de la « santé pour tous ». Presque 25 ans après, un consensus mondial s'est dégagé pour admettre que les principes cardinaux de participation communautaire, de collaboration intersectorielle, d'accessibilité technologique dans un contexte d'équité et de justice sociale ne peuvent être mis en œuvre de façon intégrée qu'au niveau du district.

L'évaluation de la lutte contre le Sida au niveau du district sanitaire de Moramanga que nous avons effectuée a essayé des propositions stratégiques plus adaptées.

Dans le district de santé de Moramanga, l'insuffisance des routes reliant les formations sanitaires au bureau de santé de district rend difficile la réalisation des supervisions directes de ces formations sanitaires, et aggrave le problème d'accessibilité géographique de la population notamment les femmes et les enfants aux soins de santé de base.

Afin d'améliorer la lutte contre le Sida, nos suggestions portent d'abord sur la mise en œuvre d'un programme d'Information – Education et Communication (IEC) centrée sur chaque formation sanitaire de base. Des actions d'IEC périodiques en double stratégie (fixe et mobile) et menées selon une approche en « marguerite » ou selon une approche en « pétales de rose » permettront d'atteindre la plus grande partie de la population. Nos suggestions portent ensuite sur le renforcement de la prise en charge et du dépistage des IST.

En effet, la disponibilité effective des médicaments requis constitue un facteur important qui permettra de motiver les patients à l'utilisation des formations sanitaires publiques et de réduire de façon plus efficace la prévalence des IST.