

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

BURKINA FASO

**Unité de Formation et de Recherche
en Sciences de la Santé (UFR/SDS)**

SECTION PHARMACIE

Année universitaire 2002- 2003

Thèse N°22

**PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT
TRANSMISSIBLES :
CONTRIBUTION DES OFFICINES PHARMACEUTIQUES PRIVEES
DE OUAGADOUGOU**

Thèse
Présentée et soutenue publiquement le 31 Mai 2003
Pour l'obtention du grade de Docteur en Pharmacie
(Diplôme D'ETAT)

Par
BARRY MAMOUDOU

Né le 15 Mars 1971 à Bèma silmi- mossi province du Yatenga (Burkina Faso)

Jury :

Directeur de thèse :

Pr Ag TRAORE Adama

Co-directeur :

Dr OUEDRAOGO Laurent T

Président : **Pr GUISSOU Inocent P**

Membres : **Dr OUEDRAOGO Laurent T**
: **Dr SANGARE Lassana**

: **Dr NIKIEMA Jean Baptiste**

: **Dr BARRO/TRAORE Fatou**

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

**Unité de formation et de Recherche
en Sciences de la Santé
(UFR/SDS)**

LISTE DES RESPONSABLES ADMINISTRATIFS

Directeur	Pr. Amadou SANOU
Directeur Adjoint	PR . Ag. Y. Joseph DRABO
Coordinateur de la Section Pharmacie	PR . Ag. Mamadou SAWADOGO
Coordinateur de la Section Médecine	PR Amadou SANOU
Coordinateur de la Section Techniciens Supérieurs	PR Blaise KOUDOGBO
Directeur des Stages de la Section Médecine (Ouagadougou)	Pr. Ag. Y. Joseph DRABO
Directeur des Stages de la Section de Pharmacie	Dr Jean Baptiste NIKIEMA
Secrétaire Principal	M. TRAORE Fakouo N.
Chef de Service Administratif et Financier (CSAF)	M. TATIETA Harouna
Responsable de la Bibliothèque	Mme TRAORE Mariam
Chef de la Scolarité	Mme ZERBO Kadi
Secrétaire du Directeur	Mme BONKIAN Edwige
Secrétaire du Directeur Adjoint	Mme KABRE Hakiéta

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR/SDS
AU TITRE DE L'ANNEE 2002 / 2003

ENSEIGNANTS PERMANENTS

Professeurs titulaires (09)

Rambré Moumouni OUIHINGA	Anatomie organogenèse et chirurgie
Hilaire TIENDREBEOGO (in memoriam)	Sémiologie et Pathologies médicales
Tinga Robert GUIGUEMDE	Parasitologie
Bobilwindé Robert SOUDRE	Anatomie-Pathologique
Amadou SANOU	Chirurgie Générale et Digestive
Innocent Pierre GUISSOU	Pharmacologie & Toxicologie
Bibiane KONE	Gynécologie - Obstétrique
Alphonse SAWADOGO	Pédiatrie
Blaise SONDO	Santé Publique

Professeurs associés (01)

Blaise KOUDOGBO	Toxicologie
-----------------	-------------

Maîtres de Conférences (28)

Julien YILBOUDO	Orthopédie -Traumatologie
Kongoré Raphaël OUEDRAOGO	Chirurgie -Traumatologie
François René TALL	Pédiatrie
Jean KABORE	Neurologie
Joseph Y. DRABO	Médecine interne/Endocrinologie
Jean LANKOANDE	Gynécologie-Obstétrique

Issa SANOU
Ludovic KAM
Adama LENGANI
Oumar TRAORE N°1
Kampadilemba OUOBA
Piga Daniel ILBOUDO
Albert WANDAOGO
Adama TRAORE
Mamadou SAWADOGO
Arouna OUEDRAOGO
Joachim SANOU
Théophile L. TAPSOBA

Daman SANO
Patrice ZABSONRE
Jean Gabriel OUANGO
Georges KI-ZERBO
Rabiou CISSE
Blami DAO
Alain BOUGOUMA
Michel AKOTIONGA
Rasmata OUEDRAOGO/TRAORE

Maitres-Assistants (33)

Lady Kadidiatou TRAORE
Si Simon TRAORE
Abdoulaye TRAORE
Boubakar TOURE
Alain ZOUBGA
Boubacar NACRO
Abel KABRE
Maïmouna DAO / OUATTARA

Pédiatrie
Pédiatrie
Néphrologie
Orthopédie-Traumatologie
Oto Rhino Laryngologie
Gastro-entérologie
Chirurgie Pédiatrique
Dermatologie Vénérologie
Biochimie
Psychiatrie
Anesthésie-Réanimation
Biophysique - Médecine
Nucléaire
Chirurgie Générale
Cardiologie
Psychiatrie
Maladies Infectieuses
Radiologie
Gynécologie- Obstétrique
Gastro-Entérologie
Gynécologie-Obstétrique
Bactério-Virologie

Parasitologie
Chirurgie
Santé Publique
Gynéco-Obstétrique
Pneumologie
Pédiatrie
Neuro-Chirurgie
ORL

Nicole Marie KYELEM / ZABRE
Antoinette TRAORE / BELEM
Kapouné KARFO
Timothée KAMBOU
Jean Baptiste NIKIEMA
Ali NIAKARA
André K. SAMANDOULOGOU
Pingwendé BONKOUNGOU
Nonfounikoun Dieudonné MEDA
Athanasé MILLOGO
Nazinigouba OUEDRAOGO
Diarra YE / OUATTARA
Laurent OUEDRAOGO
Lassana SANGARE
Y. Abel BAMOUNI
Arsène M. D. DABOUE
Claudine Léonie LOUGUE / SORGHO
Lucie Valerie Adélaïde NEBIE
Moussa BAMBARA
Appolinaire SAWADOGO
Martial OUEDRAOGO
Pascal Antoine NIAMPA
Emile BANDRE
Issa Touriddomon SOME
Rasmané SEMDE

Maladies Infectieuses
Pédiatrie
Psychiatrie
Chirurgie
Pharmacognosie
Cardiologie
Cardiologie
Pédiatrie
Ophtalmologie
Neurologie
Réanimation
Pédiatrie
Santé Publique
Bactério-Virologie
Radiologie
Ophtalmologie
Radiologie
Cardiologie
Gynécologie-Obstétrique
Gastro-Entérologie
Pneumo-Phtisiologie
Dermatologie
Chirurgie générale et digestive
Chimie Analytique
Galénique

Assistants (21)

T.Christian SANOU (in memoriam)
Doro SERME (in memoriam)
Hamadé OUEDRAOGO

Oto Rhino Laryngologie
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
physiologie

Alexis ROUAMBA	Anesthésie-Réanimation physiologie
Théophile COMPAORE	Chirurgie
Rigobert THIOMBIANO	Maladies Infectieuses
Raphaël DAKOURE	Anatomie-Chirurgie
Raphaël SANOU (in memoriam)	Pneumo-phtisiologie
Oumar TRAORE N°2 (in memoriam)	Radiologie
Vincent OUEDRAOGO	Médecine du Travail
S. Christophe DA	Chirurgie
Aurélien Jean SANON	Chirurgie
Barnabé ZANGO	Chirurgie
Blandine THIEBA	Gynécologie-Obstétrique
Abdel Karim SERME	Gastro-Entérologie
Fatou BARRO	Dermatologie
GOUMBRI / Olga LOMPO	Anatomie Pathologique
Moussa KERE	Santé Publique
Innocent NACOULMA	Orthopédie-Traumatologie
Françoise Danielle MILLOGO/TRAORE	Gynécologie-Obstétrique
Z. Théodore OUEDRAOGO	Santé Publique
P. André KOALAGA	Gynécologie-Obstétrique
Syranyan SEKOULE	Psychiatrie
Dieudonné OUEDRAOGO	Chirurgie maxillo-faciale
Moussa OUEDRAOGO	Pharmacologie
Assistants Biologistes des Hôpitaux (03)	
Idrissa SANOU	Bactério-Virologie
Harouna SANON	Hématologie/Immunologie
Jean SAKANDE	Biochimie
<u>Assistants associés (02)</u>	
Nacoulma Eric	
Kafando Eleonor	

ENSEIGNANTS NON PERMANENTS

UFR des Sciences de la vie et de la terre

(UFR/SVT) et

UFR des Sciences exactes et Appliquées

(UFR/ SEA)

Professeurs Titulaires

Akry COULIBALY

Sita GUINKO

Guy V. OUEDRAOGO

Laya SAWADOGO

Laou Bernard KAM (in memorian)

GUENDA

Mathématiques

Botanique-Biologie Végétale

Chimie Minérale

Physiologie-Biologie Cellulaire

Chimie

Zoologie

Maîtres de Conférences

Boukary LEGMA

François ZOUGMORE

Adama SABA

Philippe SANKARA

Gustave KABRE

Abdoulaye SAMATE

Chimie-Physique Générale

Physique

Chimie Organique

Cryptogamie-Phytopharmacie

Biologie Générale

Chimie Organique

Maîtres-Assistants

Makido B. OUEDRAOGO

Raymond BELEMTOUGOURI

Drissa SANOU

Génétique

T.P. Biologie Cellulaire

Biologie Cellulaire

Assistants

Apolinaire BAYALA (in memoriam)

Physiologie

Institut du Développement Rural (IDR)

Maîtres de Conférences

Didier ZONGO Génétique
Georges Annicot OUEDRAOGO Biochimie

**UFR des Sciences Economiques et de
Gestion (UFR/SEG)**

Maître-Assistant

Tibo Hervé KABORE Economie-Gestion

**UFR des Sciences Juridiques Politiques
(UFR/SJP)**

Assistants

Jean Claude TAITA Droit
Jean Bosco OUEDRAOGO Parasitologie

ENSEIGNANTS VACATAIRES

M. DAHOU (in mémoires) Hydrologie
Dr Annette OUEDRAOGO Stomatologie
Dr Adama THIOMBIANO Législation Pharmaceutique
Dr Sidiki TRAORE Galénique
Mr Mamadou DIALLO Anglais
Dr Badioré OUATTARA Galénique
Dr Alassane SICKO Anatomie
Dr Sylvestre TAPSOBA Nutrition
Dr Maminata TRAORE / COULIBALY Biochimie
Dr Seydou SOURABIE Pharmacognosie
Dr Félix KINI Chimie
Dr Lamine OUEDRAOGO Biologie Cellulaire
Dr Marie Françoise OUEDRAOGO Mathématiques
Mme Cecile OUEDRAOGO Anglais

ENSEIGNANTS MISSIONNAIRES

A.U.P.E.L.F.

Pr. Lamine DIAKHATE

Pr. Abibou SAMB

Pr. Mbayang NDIAYE-NIANG

Pr. Emmanuel BASSENE

PR Mamadou BADIANE

PR Babacar FAYE

Hématologie (Dakar)

Bactério-Virologie (Dakar)

Physiologie (Dakar)

Pharmacognosie (Dakar)

Chimie Thérapeutique (Dakar)

Pharmacologie (Dakar)

Mission Française de Coopération

Pr. Etienne FROGE

PR Raphaël DARBOUX

Médecine Légale

Histologie-Embryologie

Mission de l'Université Libre de Bruxelles

(ULB)

Pr. Jean NEVE

Pr. Viviane MOES

Chimie Thérapeutique

Galénique

DEDICACES

Je dédie ce travail à :

A L'ÉTERNEL DIEU TOUT PUISSANT

Merci de ta grâce, de ton amour, de ta miséricorde, de ta fidélité, de ta bonté.
Je reste de l'argile dans ta main . fais en ce que tu veux, et de la forme que tu veux qu'il prenne.

A mon père (In memoriam)

Vous avez semé , arrosé , cela a poussé . Vous l'avez gardé , protégé , vous avez pris soin de cette semence jusqu'à ce qu'elle ait commencé à donner des fleurs . C'est en ce moment que vous avez été appelé par votre créateur. Vous étiez sûr des fruits que donneront ces fleurs. Vous aviez eu raison . voici un des beaux fruits aujourd'hui .

Repose en paix.

A ma mère Sawadogo Zoenabo « Wanoogo »

« îna » , oui c'est vrai. L'essentiel c'est d'arriver dans la joie comme votre nom le dit. Je suis content par ce que vous êtes libérée : des angoisses , des nuits blanches , des inquiétudes .

Quand j'étais vibré , secoué , vous étiez doublement ou triplement secouée ou vibrée. Vous avez chaque fois eu des douleurs quand j'avais eu des flèches. Je ne doute donc pas que de ma joie aujourd'hui , vous réjouissez doublement , triplement . Merci de votre éducation de politesse , de responsabilité , d'amour dans le travail . Que dieu vous garde pendant longtemps au milieu de nous , et qu'il me permette de vous retourner vos flèches d'amour , vos flèches d'affection que vous m'avez toujours envoyées .

A mon grand frère Saliou

Vous avez été plus qu'un grand frère. Vous aviez fait et vous continuez de faire des actes de père à mon égard . J'ai cherché des mots pour vous remercier , mais je n'en ai pas trouvé surtout que vous avez été un père. O dieu permet que cet homme goutte ses bienfaits sur cette terre et que sa descendance soit Beni abondamment amen .

A mes grands frères et grandes sœurs : Saliou , Awa , Saïdou , Habibou , Mariam .

Vous avez joué pleinement votre rôle de frères et sœurs d'aîné . vous ne m'avez jamais oublié .vous avez tout fait pour moi . Même pendant les tempêtes , vous avez accepté qu'elles soufflent sur vous afin que je reste sain et sauf . Vous avez dit oui , accepté et obéi à votre créateur Dieu. Sachez que cet Eternel Dieu n' a pas somnolé , n' a pas dormi , a tout vu et tout comptabilisé. Puisse qu'il a dit que quand on lui obéit on a des bénédictions ,qu'il vous bénisse abondamment . Que Dieu m'aide à vous être reconnaissant , à ne pas vous manquer du respect , à garder cet amour maternel qui que je sois , quand et où que je sois . amen.

A tout croyant : Que Dieu augmente en nous sa crainte.

A toute personne qui a pensé à moi ou qui a voulu voir ce fruit , Dieu la voit, la connaît. Qu'il la bénisse amen .

A tous mes frères et sœurs paternels.

A toute la famille Barry.

A tous mes promotionnaires.

A tous les enseignants de UFR/SDS

A nos Maîtres et juges

A notre maître et président du jury

Monsieur le professeur I.P.Guissou

Professeur titulaire de pharmacologie et de toxicologie

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de rehausser de votre présence la soutenance de notre thèse. Nous avons bénéficié de vos enseignements et de vos conseils depuis la première année jusqu'à maintenant. Nous avons bénéficié de votre encadrement de qualité durant notre stage interné jusqu'à maintenant dans votre service de biochimie CHNYO. Votre rigueur scientifique, votre amour dans le travail, vos connaissances scientifiques forcent l'admiration. Merci pour vos enseignements, pour vos encadrements et vos conseils. Profonde reconnaissance .

A notre maître et directeur de thèse.

Monsieur le professeur Ag TRAORE ADAMA

Monsieur le professeur, vous nous avez inspiré ce sujet de thèse et vous nous avez guidé tout au long de son élaboration. Votre rigueur dans le travail, dans la douceur et dans le sourire, votre amour dans le travail, votre compétence forcent l'admiration.

Vos immenses qualités intellectuelles, pédagogiques et humaines resteront gravées dans notre mémoire. Merci de votre compréhension, votre disponibilité tout au long de ce travail. Soyez rassurés de notre profonde reconnaissance et de notre profond attachement. Que Dieu vous bénisse.

A notre maître et co-directeur de thèse.

Monsieur le Dr OUEDRAODO LAURENT.

Maître assistant en santé publique.

Vous n'avez laissé aucune opposition quant à la co-direction de cette thèse .

Vos qualités humaines , votre sociabilité , votre humanisme , votre disponibilité , votre compréhension nous ont beaucoup impressionné .

Vos immenses qualités intellectuelles , pédagogiques votre expérience pratique font de vous un maître exemplaire.

Nous vous adressons notre sincère reconnaissance et nos remerciements .

Que Dieu vous bénisse

A notre maître et juge

Monsieur le Dr Nikiema . J.Baptiste

Maître assistant en pharmacognosie.

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant spontanément de siéger dans notre jury de thèse malgré vos multiples occupations. Vos connaissances scientifiques et vos multiples qualités humaines font de vous un maître respecté. Profonde reconnaissance . Que Dieu vous bénisse.

A notre maître et juge

Monsieur le Dr Sangare Lassana

Maître assistant de bactériologie et de vénéréologie

Vos immenses connaissances théoriques , votre grande expérience pratique , votre disponibilité et cette humilité font de vous un maître exemplaire. Nos sincères remerciements. Que Dieu vous bénisse.

A notre maître et juge

Dr Barro Fatou Assistante en dermatologie

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Votre douceur, votre simplicité, votre sourire permanent, force l'admiration.

Nos sincères remerciements. Que Dieu vous bénisse.

Remerciements

A Boureima (Bariyemba) Barry et famille

A maman Wenmenga

Pour tes prières , ton soutien moral , et pour ton affection .

Au Dr Compaoré Issaka responsable chargé des IST à l'OMS.

Pour ton soutien , tes encouragements , tes conseils . Que Dieu te bénisse

Au Dr Somda inspecteur pharmacien à IGSS.

Pour tes conseils et tes encouragements.

A son excellence Kafando Jean Baptiste médiateur du Faso

Au Dr Benaoua présidente de l'ordre national des pharmaciens du Burkina.

Aux Dr Kafando et Nakoulma enseignants d'hématologie à UFR/SDS.

Vous m'avez considéré comme votre petit frère . Merci pour vos soutiens sous toutes leurs formes Que Dieu vous bénisse .

A M^{me} Tiendrebeogo à la DSF.

A M^r Sawadogo Janvier, Ingénieur des Travaux Statistiques

A Ouedraogo Daouda dit papa

Au D^r Yameogo Alexis

Au D^r Bidiga responsable chargé des IST au SP/CNLS

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AC	: Anticorps .
ALAT	: <i>Alanine Amine Transferase</i>
ARV	: Antiretroviraux .
ASAT	: Aspartate Amine Transferase
ATB	: Antibiotique
BBP	: Benzyl Benzyl Pénicilline
BD	: Bacille de Ducreyi
BW	: Bordet- Wasserman .
BUB	: Bubon
CNLS	: Comité national de lutte contre le SIDA.
CAMEG	: Central d'Achat de Médicaments Essentiels Génériques .
CTA	: Centre de Traitement Ambulatoire .
CAP	: Conduite Attitude et Pratique .
Cp	: Comprimé
CPNNE	: Conjonctivite Purulente Nouveau Né
CT	: Chlamydia trachomatis
DP	: Douleurs pelviennes
FC	: Epreuve de Fixation de complément
FTA	: Fluorescence Treponemal Assy.
FTA Abs	: Fluorescence Treponemal Assy absorban.
GC 1	: Gonocoque Chlamydia kit numéro 1
HS	: Herpes Simplex
IST	: Infections Sexuellement Transmissibles
IM	: Intra Musculaire
LVG	: Lymphogranulomatose Vénérienne
MST	: Maladie Sexuellement Transmissible
NG	: Neisseria gonorrhoeae

OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PNLS	: Programme National de Lutte contre le SIDA.
PID	: Pelvic- Inflammatory Disease
PU	: Prélèvement urétral
RIA	: Radio immuno-Assay
RPR	: Réaction rapide de Reagine sur le Plasma .
SIDA	: Syndrome Immunodéficience Acquise
TPHA	: Treponema Pallidum Hemagglutination Assy
Tricho	: Trichomonas
TP	: Treponema pallidum pallidum
U c c	: Unité de changement de couleur
UG 1	: Ulcération Génitale kit numéro 1
VDRL	: Venereal Disease Research laboratory
VHB	: Virus de l'Hépatite B
VIH	: Virus Immunodéficience Humaine
Vagi 1	: kit vaginite kit numéro 1

Table des matières

INTRODUCTION.....	1
ENONCE DU PROBLEME -----	3

Première partie : GENERALITES

I Prise en charge des IST dans les officines pharmaceutiques privées.

1.1 Définition des MST, des termes et concepts MST, IST, ITG-----	6
1.2 Rappels sur les infections sexuellement transmissibles.....	7
1.2.1 IST avec écoulement.....	7
1.2.1.1 onococcies.....	7
1.2.1.2 Infections génitales à <i>Chlamydia trachomatis</i>	10
1.2.1.3 Infections génitales à Mycoplasme.....	13
1.2.1.4 Autres IST à écoulement : vaginites et urétrites à germes pyogène.....	14
1.2.1.4.1 Vaginites chez l'adulte.....	14
1.2.1.4.1.1 Candidose urogénitale.....	14
1.2.1.4.1.2 Tricomonase.....	15
1.2.1.4.1.3 Vaginose.....	16
1.2.1.4.2 Urétrites.....	17
1.2.2 IST avec ulcération.....	18
1.2.2.1 Syphilis vénérienne.....	18
1.2.2.2 Chancre mou ou chancrelle.....	22
1.2.2.3 Lymphogranulomatose vénérienne	25
1.2.2.4 Granulome inguinal ou donovanose.....	27
1.2.2.5 Herpès génital.....	29
1.2.3 Autres IST.....	31
1.2.3.1 Les IST tumorales :Condylome (papillomavirus).....	31
1.2.3.2 Les IST systémiques : Infection à virus à l'hépatite B.....	32

1.3 Interactions entre VIH et les autres IST.....	33
1.4.Traitement des IST(algorithme national 2002).....	35
1.5 Politique de la prise en charge des IST dans les pays en voie de .développement.....	39
1.6 Infections sexuellement transmissibles au BURKINA FASO.....	40

II - ROLE ET PLACE DE L'OFFICINE PHARMACEUTIQUE DANS LA PRISE EN CHARGE DES IST

2.1 Définition de l'officine pharmaceutique.....	41
2.2. Pharmacien d'officine.....	42
2.3. Activités du pharmacien d'officine.....	42
2.4. Vendeurs.....	45

Deuxième partie : NOTRE ETUDE

I Objectifs.....	45
II Matériel et méthode d'étude.....	47
2.1 Cadre de l'étude.....	47
2.2 Type d'étude.....	47
2.3 Populations d'étude.....	47
2.4 Echantillonnage.....	48
2.4.1 Critère d'inclusion.....	48
2.4.2 Critère d'exclusion.....	48
2.5.Déroulement de l'enquête	48
2.6 Variables de l'étude.....	49
2.7 Saisie et traitement de données.....	52
2.8 considération éthique	53
III Résultats de notre étude.....	54
3.1 Données générales.....	54
3.2 Connaissance des IST par les pharmaciens et étude de celles des vendeurs.....	56
3.3 Conduite Attitude Pratique(C.A.P)des pharmaciens et comportement des vendeurs à l'officine.....	63

3.4 Facteurs pouvant influencer la connaissance et CAP.....	67
3.5 Syndromes des IST et fréquentation des IST à l'officine.....	70
3.6. Disponibilité des médicaments.....	76
3.7 Engagement des pharmaciens.....	77
3.8 Les sollicitations.....	78
IV Commentaire et discussion	81
4.1 Limites et difficultés	81
4.2 Données générales.....	81
4.3. Connaissance des pharmaciens et étude de celles des vendeurs sur les IST.....	82
4.4 Connaissances, Attitudes et Pratique des pharmaciens et comportement de vendeurs face à un patient à l'officine	87
4.5. Fréquentation des officines pharmaceutique privées par les patients atteints d'IST.....	94
4.6. Disponibilité des médicaments dans les officines, grossistes.....	96
4.7 Engagement.....	98
4.8 Sollicitation.....	99
V. Conclusion.....	100
Recommandations et suggestions	101
Bibliographie.....	103
Annexe...	
Résumé ...	

I. INTRODUCTION

Les infections sexuellement transmissibles (IST), autrefois appelées maladies sexuellement transmissibles (MST) ou maladies vénériennes, sont des infections transmises, le plus souvent lors des rapports sexuels. Elles sont une des causes de mortalité et de morbidité les plus fréquentes dans le monde. Leur incidence et leur prévalence ne cessent d'augmenter avec des complications fréquentes et sévères: stérilité, grossesse extra utérine, infections néonatales etc. (9, 10,13,18).

Elles peuvent être causées par des bactéries, des parasites, des champignons, ou des virus.

Beaucoup d'infections sexuellement transmissibles, notamment celles qui sont bactériennes, parasitaires, mycosiques, sont guérissables par des médicaments.

L'infection à VIH qui est une des IST virales, constitue un problème majeur de santé publique.

Le SIDA figure au quatrième rang des maladies les plus meurtrières dans le monde et reste la première cause de décès en Afrique au sud du Sahara (57,62). Il est considéré comme un problème de sécurité et de développement pour la région africaine.

L'expansion de l'épidémie de l'infection à VIH dans les pays en développement en général et au Burkina Faso en particulier, repose sur l'existence d'un certain nombre de facteurs favorisant sa transmission, dont les infections sexuellement transmissibles (IST) ; aussi, une prise en charge correcte des IST réduirait le risque de transmission du VIH de 1 à 10 (55, 60).

Malheureusement, les infections sexuellement transmissibles sont trop fréquentes si bien que les centres spécialisés ne peuvent pas à eux seuls y faire face. De plus l'hôpital ou le centre de santé ne sont pas les premiers points où les malades se rendent pour se soigner des IST (12, 27, 57, 67). Ceci est expliqué par des raisons de qualité de prestation des services de santé, et par des raisons culturelles ou économiques (gêne, ignorance des conséquences des IST, inaccessibilité géographique, faiblesses de revenus etc.). Aussi, toutes ces situations conduisent les personnes atteintes d'IST à chercher d'autres voies de soins parmi lesquelles l'automédication et surtout le choix assisté d'un médicament à l'officine pharmaceutique (47). Dans le circuit de prise en charge des maladies en général, et des IST en particulier, le pharmacien d'officine a un grand rôle à jouer. En effet, il est le dernier rempart contre l'automédication, les fausses ordonnances, les erreurs de prescriptions. En plus des conseils, il informe, oriente, donne une éducation sanitaire, et assure le dépistage (65).

Etant donné cette place de choix de l'officine dans la prise en charge des IST, nous avons voulu étudier la contribution de l'officine pharmaceutique privée dans la prise en charge des IST au Burkina Faso. Nous avons également voulu analyser les relations que ces officines entretiennent avec les patients atteints d'IST.

Cette étude avait pour but de contribuer à l'amélioration de la prise en charge des IST au Burkina Faso, notamment par la prise en compte et la participation dynamique des pharmaciens d'officine dans la prise en charge des IST. Elle pourrait ainsi aider à la lutte contre les IST, à diminuer le nombre de complications et réduire la transmission du VIH/SIDA. Nous mettrons l'accent sur les IST classiques sauf le VIH/SIDA.

II. ENONCE DU PROBLEME

Les infections sexuellement transmissibles (IST) constituent un problème majeur de santé publique. En 1999 L'OMS a estimé à 340 millions le nombre de nouveaux cas d'IST curables dans le monde et ceci chez les hommes et les femmes de 15 à 49 ans (37, 66). L'impact de ces IST sur les ressources humaines et économiques des communautés est considérable.

Dans les pays en développement, particulièrement en Afrique, les IST figurent parmi les cinq premiers motifs de consultation (49). Chez les femmes en âge de procréer, ces IST, l'infection à VIH mise à part, sont la 2^{ème} cause de morbidité, de décès et source d'une mauvaise santé après les facteurs de risques d'ordre maternel. En Afrique et selon l'OMS, le taux de grossesse extra utérine est 3 fois supérieur à celui des pays industrialisés et reste une des causes importante de mortalité maternelle. Ce même organisme estime que les IST demeurent des causes majeures de l'infertilité.

Au Burkina Faso, pays économiquement pauvre, peu scolarisé, enclavé, traversé par plusieurs axes routiers, la prévalence des IST est élevée (17 - 20%) soit 19,3% à Ouagadougou (50).

La relation entre IST et VIH étant bien établie(64) : les IST peuvent augmenter de 2 à 9 fois le risque de transmission du VIH. C'est ce qui explique les efforts déployés dans la lutte contre les IST et le VIH/SIDA. Le monde compte 42 millions de personnes vivant avec le VIH dont 70% en Afrique ; l'infection à VIH et le SIDA sont devenus une pandémie, un problème mondial, un problème de développement. La prévalence du VIH au Burkina Faso est de 6,5% . Le nombre de cas de SIDA déclaré a doublé en moins de 4 ans.

Face à l'importance des IST/VIH au Burkina Faso, le gouvernement a pris des mesures pour lutter contre ces infections. Ce sont entre autres :

- L'orientation en 1987 de la politique en faveur d'une meilleure connaissance de l'endémie ;
- L'adoption de l'approche syndromique comme alternative de prise en charge des IST par l'utilisation des algorithmes en 1994 ;
- L'installation en 1995 du PNLS et la mise en œuvre de 3 plans d'intervention ;
- L'engagement politique, financier et matériel en 1998 ;
- La création en 2001 du conseil national de lutte contre les IST/VIH/SIDA dirigé par la présidence du FASO en lieu et place d'un comité national de lutte contre le SIDA(CNLS) ;
- L'adoption par le gouvernement en mai 2001 du document cadre, stratégique de lutte contre les IST/VIH/SIDA 2001-2005 par des axes stratégiques d'intervention.

Outre le gouvernement, plusieurs partenaires au développement interviennent dans la lutte contre les IST/VIH/SIDA.

Malgré ces efforts importants, on note une forte progression des incidences des IST/VIH/SIDA. Les réponses en matière de prise en charge ou d'autres, sont demeurées globalement limitées. Les services de santé ne sont pas fréquentés pour diverses raisons (pauvreté, mauvaises prestations des services de santé...) (27,67).

A ce propos, plusieurs études dans les pays voisins ont tenté d'identifier le circuit thérapeutique des patients victimes d'IST (2, 7, 25, 26, 40, 45). Les études ont montré que, malgré l'existence de laboratoires et de centres de soins pour les IST, il y a une sous utilisation du circuit institutionnel par les patients souffrant d'IST. Celles-ci ont révélé en outre que, les pharmaciens et les vendeurs en pharmacie pourraient jouer un rôle important dans la prise en charge des IST.

L'algorithme de prise en charge syndromique des IST permet une meilleur prise en charge des IST même au niveau périphérique. Il pourrait être envisagé dans les officines mais dans quelles conditions ?. Nous ne disposons d'aucune donnée sur cette majorité silencieuse des IST qui est probablement la cause au jeu d'effort des différents programmes.

C'est sous cet angle que nous avons voulu, dans le cas du Burkina Faso, explorer dans les conditions spécifiques actuelles, ce qui est fait au niveau des officines pour contribuer à la prise en charge des IST. Une telle exploration pourrait déboucher sur des pistes et des recommandations susceptibles d'améliorer la contribution de la prise en charge des IST au niveau de l'officine en vue de minimiser les complications des IST et la transmission du IST et du VIH.

Première partie : GENERALITES

GENERALITES

I PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

Qualifiées auparavant de « maladies honteuses » ensuite de « maladies vénériennes » de « venus » (Déesse de la Beauté et de l'amour dans la mythologie grecque) puis de maladies sociales, elles avaient pris l'appellation de « maladies sexuellement transmissibles » (15, 16). L'OMS recommande dorénavant de parler d'infections sexuellement transmissibles (IST) à la place de MST afin de prendre en compte des infections sexuelles qui ne sont pas encore des maladies sexuelles(66) a proprement parlé. En effet, on s'est rendu compte que beaucoup d'atteintes dues à des germes restent asymptomatiques mais comportent les mêmes risques que les cas symptomatiques.

1.1 Définition des termes et concepts.

- L'infection sexuellement transmissible est une affection contagieuse de causes multiples liées entre elles par le même mode de transmission : les rapports sexuels .
- infection du tractus génital désigne toute infection des organes génitaux (sexuellement et non sexuellement transmissible). Alors, beaucoup d'infections du tractus génital chez la femme ne sont pas des infections sexuellement transmissibles.

La liste ci-dessous reprend la majorité des agents responsables des IST et les maladies qui y sont associées.

Tableau I : Quelques germes responsables des IST

IST dues à des bactéries	
IST	Germes
Gonococcie	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>
Syphilis	<i>Tréponèma pallidum pallidum</i>
Chancre mou	<i>Hemophilus ducreyi</i>
Maladie de Nicolas et Favre	<i>Chlamydia trachomatis</i>
Chlamydiase	<i>Chlamydia trachomatis</i> (serotypes L1, L2, L3)
Mycoplasmosse	<i>Ureaplasmosse à urealyticum</i> , <i>Mycoplasma hominis</i> , et <i>M.génitalium</i>
Donovanose	<i>Klebsiella Calymmatobacterium granulomatis</i>
Vaginose	<i>Gardenerella Vaginalis</i> , <i>Bacteroides spp</i> , <i>Mobilincus spp</i> , <i>Mycoplasma hominis</i>
IST dues à des champignons	
Candidose	<i>Candida albicans</i>
IST dues à des parasites	
Gale	<i>Sarcoptes scabei hominis</i>
Phtiriase	<i>Phtirus inguinalis</i>
Trichomoniose	<i>Trichomonas vaginalis</i>
IST dues à des Virus	
SIDA	VIH1 et VIH 2
Herpès génital	<i>Herpes Virus simplex type II, HSV-1</i>
Condylome acuminé = végétations vénériennes = crête de coq	<i>Papillomavirus humains</i>
Hépatite virale	<i>Virus de l'hépatite virale B</i>

1.2 RAPPELS SUR LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

1.2.1 Infections sexuellement transmissibles avec écoulement.

1.2.1.1 Gonococcie

➤ Epidémiologie

C'est une maladie infectieuse, contagieuse, contractée à la suite de contact direct, le plus souvent par des rapports sexuels (46,72). Le mot

gonorrhée a été créé par Galien et signifiait <<écoulement ou semence>>. Le germe a été décrit par Albert Neisser en 1879(45). Le risque de contamination pour une femme après un seul rapport sexuel avec un homme infecté est estimé entre 60 et 90% (32). Pour un homme avec une partenaire infectée, il est de 20 à 50% (32).

Au Burkina Faso, la prévalence est élevée et est de 5 à 10,5%(36)

➤ Etiologie

L'agent causal est *Neisseria gonorrhoeae* : diplocoque à Gram négatif réniforme (en grains de café.)

➤ Principales manifestations.

Chez l'homme elles se manifestent par des urétrites, des pharyngites, des proctites, de ténesme, de douleur prurit anal.

Chez la femme, la maladie est asymptomatique. Les manifestations cliniques sont marquées par des pertes vaginales, la dysurie, la miction fréquente.

➤ Principales complications

Les complications sont :

- Chez l'homme les balanites, le rétrécissement urétral ; les prostatites et les vésiculites des épididymites ;
- Chez la femme des salpingites, maladies inflammatoires pelviennes ;
- Chez le nouveau- né : L'ophtalmie néonatale, vulvo-vaginite ;
- Chez la femme en grossesse ectopique: L'avortement septique, retard de croissance intra-utérine, rupture prématurée des poches des eaux et la stérilité secondaire.

➤ Diagnostic

- Prélèvement

Il doit être fait avant toute antibiothérapie de préférence le matin. Le site peut être : l'endocol, l'urètre, le rectum, le vagin, l'oropharynx.

- Le transport

Il faut faire un frottis en vue de l'examen microscopique avant d'ensemencer. Dans le cas contraire, faire l'écouvillonnage et le placer dans un milieu nutritif tel que le milieu Stuart ou de Amine ou de Transgrow ou Jembec. La température de conservation est de 20° à 25°c.

- Microscopique

La microscopie est réalisée sur un frottis fixé et coloré au bleu de méthylène ou au Gram. Les gonocoques apparaissent comme des diplocoques Gram-négatif à l'intérieur des polynucléaires. Chez les patients asymptomatiques des deux sexes, la sensibilité de la coloration de Gram est extrêmement faible et ne doit pas être considérée comme une épreuve de diagnostique.

- Culture

L'isolement de *N.gonorrhoeae* sur des milieux sélectifs tels que Modified Thayer-Martin (MTM) et Modified New-York City (MNC) auxquels on ajoute des éléments nutritifs (amines, purines...) et des antibiotiques. (vancomycine...).

- Confirmation et identification :

Elles se font par :

- la fermentation sucrée (32,51)
- la recherche d'enzymes spécifiques aux différents *Neisseria gonorrhoeae*
- l'immunologie en utilisant des anticorps monoclonaux.

- Elle repose sur les caractères morphologiques, culturels et biochimiques. Le gonocoque est un diplocoque Gram négatif : oxydase(+), catalase(+), Glucose(+), maltose(-).
- Il existe des galeries d'identifications des Neisseria dans le commerce.
 - Antibiogramme.

Il est obligatoire à cause de la fréquence des souches de plus en plus résistantes aux antibiotiques

Il existe des galeries d'ATB(API) pour les neisseria.

- L'identification présomptive par la coloration de Gram ou par la recherche de l'oxydase (50).
 - Méthode sérologique

Elle peut être utilisée pour la recherche des anti-corps antigonococciques dans le sérum mais cette méthode n'a pas d'intérêt diagnostique individuel et est coûteuse (52).

1.2.1.2 Infection génitale à *chlamydia* :

➤ Epidémiologie

C'est une affection cosmopolite. Elle est la plus fréquente au monde (46). Elle est la cause la plus répandue des cervicites chez la femme (72). Strictement humaine, elle se transmet par contact intime ou traumatique (coït ou l'accouchement) (32). Ce sont les jeunes de plus 15- 25 ans qui présentent plus de risques.

➤ Etiologie

L'infection est due à *Chlamydia trachomatis* qui est un des agents infectieux les plus redoutables pour la sphère uro-génitale (72). c'est une. Il existe plusieurs séro-types différents. Les infections uro-génitales et oculaires

(para trachome) sont provoquées par les serotypes D, E, F, G, H, I, J, K, M (32, 52). Les serotypes L1, L2 et L3 provoquent la LGV (32). Les infections à *Chlamydia* sont limitées à l'espèce humaine et ne sont transmises que par contact intime ou traumatique (coït ou à l'accouchement) (32).

➤ Principales manifestations.

Les manifestations cliniques sont : des urétrites (algie + écoulement urétral séro-purulent, perte urétrale matinale blanche collant les glandes aux sous vêtements), des épидидymites aiguës, des prostatites, des proctites, des pharyngites, des conjonctivites, une infection néonatale.

➤ Principales complications

Les complications sont : La fibrose, PID, les stérilités tubaires, les grossesses ectopiques, les épидидymites.

➤ Diagnostic

• Prélèvement :

Il faut faire attention à la nature de l'écouvillon qui peut être toxique pour le germe. (Les tiges en métal ou en plastique sont meilleures à celles en bois qui sont toxiques pour la culture). Les sites de prélèvement sont : l'urètre, le bubon l'œil, le rectum et le nasopharynx.

• Culture.

L'isolement de *C. trachomatis* dans les milieux tels que des cellules HeLa-229 et les cellules McCoy . Après aspiration pour éliminer le milieu d'isolement, et de coloration (5%) ou au May Grünwald Giemsa (52), on peut observer des inclusions brunes foncées typiques entourées d'halo au microscope.

- Méthode de recherche hors culture

- * Méthode directe par :

- Une coloration directe au Giemsa , montre des inclusions cytoplasmiques intracellulaires.
- L'immunofluorescence directe en utilisant des anticorps monoclonaux marqués à la fluorescéine dirigé contre l'épitope spécifique d'espèce des protéines majeures de membrane permet la visualisation des corps élémentaires typiques de C.trachomatis dans les prélèvement cliniques.

- * Méthodes immunoenzymatiques

-Méthode ELISA : Il existe dans le commerce qui utilise l'ELISA pour rechercher l'antigène chlamidien dans les prélèvement clinique .

- Méthode rapides : Elles permettent de rechercher directement l'antigène chlamidien dans les prélèvements cliniques.

- * Sondes d'acide nucléique et amplification de l'acide nucléique.

Des tests s'appuyant sur la reconnaissance de séquences d'ADN et d'ARN ont été mis au point.

- SEROLOGIE

Les anticorps dirigés contre C.trachomatis peuvent être décelés par diverses méthodes sérologiques :

- Fixation du complément. Un titre >1/16 témoigne une exposition récente ou passée à Chlamydia.

- Micro-immunofluorescence(MIF)

- ELISA

- Anticorps locaux

- Antibiogramme

Il se fait dans les laboratoires de référence pour la seroprévalence

1.2.1.3 Infections génitales à mycoplasme

➤ Epidémiologie

C'est une infection génitale qui est le plus souvent asymptomatique. Le nouveau-né est généralement colonisé lors de son passage par la filière génitale (32). Les adultes sont généralement contaminés lors de contacts sexuels.

➤ Etiologie

On distingue trois espèces : *Mycoplasme hominis*, *Uréaplasma urealyticum*, et *Mycoplasma genitalium*. (32, 52).

➤ Principales manifestations

Ce sont des infections génitales le plus souvent asymptomatiques (32). Lorsqu'elles sont symptomatiques elles se manifestent chez l'homme par les urétrites, des balanites, chez la femme par les cervicites essentiellement.

➤ Complications

IL s'agit des complications telles la stérilité, la prostatite, l'épididymite, l'avortement spontané, la fausse couche, le travail prématuré, le retard de croissance intra utérine, l'endométrite, les salpingites, les stérilité tubaire, et de lithiases rénales. (32)

➤ Diagnostic

- Prélèvement : Prélever le premier jet urinaire. Le transport des prélèvements s'effectue dans des milieux spéciaux (32, 52).
- La culture : La culture avec numération des germes est obligatoire. le seuil retenu est la présence de plus de 10^3 ucc par ml (ucc = unité de changement de couleur) (72).

1.2.1.4 Autres IST à écoulement : vaginites et urétrites à germes pyogènes

1.2.1.4.1 Vaginites chez l'adulte.

Les infections de la vulve et du vagin comptent parmi les problèmes médicaux les plus vécus dans le monde. Les plus fréquents sont les candidoses, la trichomonase et les vaginoses bactériennes (72).

1.2.1.4.1.1 Candidose urogénitale

➤ Epidémiologie

C'est une infection mycosique de la sphère génitale. Elle est favorisée par la grossesse, par la prise de contraceptifs oraux et d'antibiotiques à large spectre, par un état d'immunodéficience, ou par la modification quantitative des hormones de la reproduction associée à la période prémenstruelle (52, 72).

➤ Etiologie

Elle est causée par les levures du genre *Candida* dont le seul est incriminé dans les IST : *Candida albicans*.

➤ Principales manifestations

Les manifestations cliniques sont plus souvent des urétrites subaiguës, la vulvo-vaginite, des leucorrhées abondantes, blanchâtres d'aspect crémeux sans odeur, des sensations de brûlures de la vulve, un érythème des lèvres

➤ Diagnostic

- Prélèvement :

Il se fait par écouvillonnage.

- Microscopie directe

Un examen direct entre lame et lamelle, permet de noter la présence des levures ovalaires bourgeonnantes et aussi permet d'exclure la présence de *Trichomonas*.

Un frottis coloré au Gram montre des levures (Gram-positif) : des blastopores violets ovoïdes ou bourgeonnants, groupés ou isolés, parfois des filaments mycéliens.

- Culture

Elle se fait sur milieu de Sabouraud, et donne des colonies d'aspect blanchâtre, crémeux, mat, avec une odeur caractéristique

Le diagnostic présomptif à l'aide de test de filamentation sur sérum ou plasma humain, soit en utilisant une galerie API. Une identification au niveau de l'espèce est possible par les méthodes auxanographiques d'assimilation des glucides et des nitrates, ou de fermentation des glucides (72).

1.2.1.4.1.2 Trichomonase

- Etiologie

C'est une affection fréquente due à un protozoaire flagellé très mobile : le *Trichomonas vaginalis*.

- Principales manifestations

Chez la femme, elles donnent : leucorrhée grise, blanchâtre mousseuse, malodorante avec de nombreux polynucléaires neutrophiles, des prurits, des brûlures au niveau du sexe, de la dysurie. La transmission est le plus souvent sexuelle, et exceptionnellement indirecte par l'intermédiaire du linge. L'association d'une infection à *Candida albicans* n'est pas exclue.

➤ Diagnostic.

- Prélèvement

Il se fait sur prélèvement vaginal

- Examen microscopique

Il montre de nombreux polynucléaires et le trichomonas qui est mobile. C'est la principale méthode de diagnostic des *Trichomonases*.

- Culture

On utilise des milieux adaptés à isolement notamment ceux de Diamond, de Kupferberg (52).

- Autres méthodes

Elles sont :

- L'immunofluorescence
- Elisa
- Agglutination au latex par anticorps .

1.2.1.4.1.3 Vaginose

Elle est la cause probable la plus fréquente des pertes vaginales chez la femme en âge de procréer (52,72).

➤ Principales manifestations et étiologie

La vaginose est caractérisée par une légère augmentation d'un écoulement vaginal nauséabond, associé à une augmentation de la flore bactérienne normale du vagin avec la présence de diverses bactéries anareobies telles les *Bacteroides spp* et *Mobiliuncus spp.*, *Gardenerella vaginalis* ou *Mycoplasma hominis* (72).

➤ Diagnostic clinique.

Il repose sur au moins trois des trois caractéristiques suivantes :

- écoulement adhérent, homogène, blanc-gris
- le pH de sécrétions vaginales >4,5.
- La présence de <<clue cells>> (cellules pavimenteuses couvertes de coccobacilles) visibles à l'examen microscopique.

➤ Diagnostic au laboratoire

Il se base sur un frottis coloré au Gram qui montre des lactobacilles.

La culture est peu pratiquée.

1.2.1.4.2 Urétrites à germes pyogènes

➤ Epidémiologie

Les urétrites représentent 6 à 25 % des urétrites masculines. La transmission est la plupart sexuelle.

➤ Etiologie

Les germes les plus incriminés sont le streptocoque hémolytique du groupe B, ainsi que le *Staphylococcus aureus*, *Echerichia coli*.

➤ Manifestations

Elles sont : urétrites subaiguës et des infections néonatales.

➤ Diagnostic

Il repose sur un examen direct qui montre les germes et la présence de polynucléaires altérés. On peut aussi faire la coloration de Gram, la culture, l'identification plus antibiogramme.

1.2.2 Les infections sexuellement transmissibles avec ulcérations

Parmi les IST, les ulcérations génitales représentent une pathologie fréquemment observée dans les pays en développement (32). Il s'agit essentiellement : d'ulcération d'origine bactérienne non-tréponémique (*Calymmatobactérium granulomatis* :granulome inguinal, *Haemophilus ducreyi* :chancre mou, *Chlamydia trachomatis* :LVG) et treponémique (*Treponema pallidum pallidum*) (32). Le risque d'être infecté par le VIH est augmenté par toute IST à ulcération génitale (32).

1.2.2.1 Syphilis vénérienne

➤ Epidémiologie

C'est une maladie infectieuse contagieuse. Elle est transmise le plus souvent lors des rapports sexuels mais également par la mère à l'enfant (syphilis congénitale) et plus rarement par la voie sanguine. L'Afrique reste un foyer de contamination important avec un taux de seroprévalence qui varie entre 0,9 et 16,4% chez la femme enceinte (72).

➤ Etiologie

L'agent causal est le *Tréponème pâle* : une bactérie Gram négatif spiralée de la famille des spirochètes.

➤ Principales manifestations

Après une période d'incubation variant entre 9 et 90 jours (21 jours en moyenne), la maladie évolue en trois phases :

- La phase primaire : Elle est caractérisée par une ou plusieurs lésions appelées chancres. Le chancre est typique et siège au niveau des organes génitaux. Il est unique, indolore, de couleur rose, de contour régulier, à fond

propre, de consistance indurée ou cartonnée d'où l'appellation <<chancre dur>>. Il peut avoir d'autres localisations extra génitales (les lèvres, les doigts, l'oropharynx, ano-rectal ou autres). On trouve aussi des chancres atypiques qui peuvent être douloureux, ulcéreux (46). L'adénopathie satellite apparaît 4-7 jours après le chancre et est le plus souvent unilatéral. Ce sont des ganglions multiples, petits et durs, parfois centrés par un ganglion plus volumineux que les autres (le préfet de l'aine). Elle peut être mobile, indolore sans péri adénite. Cette adénopathie n'évolue jamais vers celle secondaire qui correspond à la dissémination des tréponèmes dans le sang. C'est une période d'extrême contagiosité. Elle est surtout dominée par des manifestations cutanéomuqueuses mais aussi par un syndrome pseudo grippal. Elle évolue en plusieurs poussées (ou floraisons) survenant tous les 2 ou 3 mois. On distingue :

La maculose syphilitique ou première floraison, caractérisée par un syndrome ganglionnaire (polyadénopathie), un syndrome cutanéomuqueux (roséole syphilitique), des localisations muqueuses à types d'angine, pharyngite, une alopécie typique, un syndrome général.

La papulose syphilitique (deuxième floraison) : Elle peut suivre la roséole ou survenir après une nouvelle période de latence caractérisée par l'apparition de papules particulières sur le visage, des régions entourant les orifices. Cette phase est caractérisée sur le plan biologique par une forte positivité de toutes les réactions sérologiques.

- La syphilis secondaire correspond à la dissémination des tréponèmes dans le sang
- La syphilis tertiaire : Non traitée, la syphilis secondaire évolue vers celle tertiaire. Elle se présente généralement sous trois (3) aspects :

. La gomme syphilitique caractérisée par une nécrose <<gommeuse>> siégeant le plus souvent au niveau du foie, des os, des testicules et de la peau .

. La syphilis cardio-vasculaire et méso-aortique caractérisée par un anévrisme, une insuffisance aortique, une angine de poitrine (45). On peut avoir d'autres manifestations telles des lésions viscérales, une atteinte nerveuse ou neurosyphilis.

➤ Diagnostic

- Prélèvement

Il faut faire un prélèvement des muqueuses ulcéreuses, de l'exsudat des sérosités (52), du sérum (32,75) .Le prélèvement idéal est la sérosité en l'absence d'hématie.

- Microscopie

- . La microscopie à fond noir

Les lésions primaires et secondaires de la syphilis peuvent être examinées au microscope à fond noir . Le *T. pallidum* apparaît en blanc, lumineux sur fond noir.

- . L'immunofluorescence directe (IFD)
ou indirecte (IFI).

La préparation séchée, fixée à l'acétone ou au méthanol, recouverte d'anti *T pallidum* et marquée à la fluorescéine, peut être observée au microscope à fluorescence. Elle permet de différencier le tréponème pâle d'autres spirochètes saprophytes.

La sensibilité et la spécificité sont supérieures à celles de la microscopie à fond noir.

- . Par coloration de Gram après

imprégnation argentique (Fontana tribondeau) : Le *T.pallidum pallidum* apparaît en blanc , lumineux sur fond un fond noir. L'identification du genre repose sur des caractéristiques typiques de morphologie, de taille et de mobilité.

- Sérologie

Pour réagir à l'agression tréponémique (antigène), l'organisme fabrique des anticorps. L'examen sérologique a pour but de détecter ces anticorps par la réaction antigène-anticorps. Pour avoir cette réaction, on utilise des antigènes non tréponémiques ou tréponémiques.

Les tests non tréponémiques (non spécifiques, anti-cardiolipidiques).

L'antigène utilisé est cardiolipine Ces tests sont : La VDRL(venereal diseases research laboratory), et le RPR. Ces tests sont positifs à la 4^{ème} semaine. Ils sont utilisés pour les diagnostics et pour le suivi de la réponse thérapeutique et pour le dépistage d'éventuelles réinfections. (32)

Il existe d'autres tests non tréponémiques qui sont. Le USR (unheated serum reagin) qui est une variante de VDRL et réalisée sur du serum non chauffé avec un antigène stabilisé. Le RPR (reagin screen test) et TRUST(toluidine red unheated serum test) qui sont des variantes de RPR. (52)

Les tests tréponémiques (détectant l'anticorps spécifique) : tests spécifiques :

- . Le TPI (l'antigène utilisé est le tréponème entier vivant). c'est un test d'inhibition du tréponème.

- . Le TPHA (treponema pallidum hémagglutination assay) utilise un ultrasonat de tréponème absorbé. C'est un test d'agglutination. Il est positif à la 5^{ème} semaine. Il est indiqué pour le diagnostic de confirmation et en complément du VDRL.

. Le FTA-abs (fluorescent treponemal antibody on absorbant) ou test d'immunofluorescence. Le tréponème mort est utilisé. Il est précoce (3^{ième} semaine). C'est un test de référence principal supplémentaire de TPI, pour confirmer le diagnostic et évaluer des stades tardifs (32)

. Le 19S-FTA-Abs-IgM (fraction 19S purifiée) est très précoce (2^{ième} semaine)

.Le test ELISA.

- Mise en évidence des IgM anti-tréponémiques dans le sérum.

C'est un résultat plus fiable dans le cas : de syphilis congénital, de syphilis primaire à son début ou tardif, elle est aussi utilisée pour confirmer la guérison chez les patients avant la séro-conversion(52).

◆ Résumé

En résumé, les tests IgM (IgM-TPHA,18S-FTA-Abs-Igm) se positivent dès la 2^{ième} semaine, le FTA-Abs la 3^{ien} 'semaine, le VDRL à la 4^{ième}semaine, le TPI et le TPHA à la 5^{ième} semaine.

Le VDRL associé TPHA, permet d'évaluer la phase d'une syphilis latente ou de surveiller l'évolution du traitement. Cette association répond : à la précocité au cours de la syphilis précoce, à la sensibilité au cours de la syphilis tardive, de la spécificité au cours de la syphilis sérologique. (75)

1.2.2.2 Chancre mou ou chancrelle

➤ Epidémiologie

Il est plus fréquent chez les hommes que chez les femmes (72). Il ne semble pas exister de porteurs de germes asymptomatiques. C'est un

problème médical doublé d'un autre de santé publique, couramment reçu dans de nombreux pays en développement (72). En Afrique, elle est fréquemment l'étiologie principale de la maladie d'ulcère génital et il représente environ 40 à 80% des IST ulcératives (72). Dans certains pays d'Afrique de l'ouest, l'herpès génital et la syphilis seraient plus fréquents (72).

➤ Etiologie

L'agent causal est *l'Haemophilus ducreyi* : bactérie Gram- négatif. non mobile

➤ Principales manifestations

Le chancre mou est une infection caractérisée par des ulcérations génitales et une lymphadénite inguinale unie ou bilatérale (72). L'incubation est de 4 à 10 jours. Les femmes pressentent des symptômes moins évidents tels des douleurs inguinales, des douleurs à la miction, de la dyspareunie, de l'écoulement vaginal. Le chancre mou apparaît sous forme d'une papule. L'ulcération est douloureuse, non indurée, à bord nettement creusé.

➤ Principales complications.

Elles sont principalement : La formation de cicatrices sur le prépuce ou sur d'autres parties du tractus génital.

Un processus phagédénique peut se développer avec des extensions sur les cuisses et la région pubienne. On peut aussi observer une gangrène, des hémorragies et une section de la verge.

➤ Diagnostic.

Le diagnostic de chancre mou repose sur l'isolement de *H.ducreyi* en culture. La sérologie sert à atteindre des objectifs épidémiologiques. Le

diagnostic au laboratoire consistera, pour bien faire, à pratiquer un diagnostic et un examen sur fond noir à la recherche d'une syphilis, une culture à la recherche de *H. ducreyi* et du virus de l'herpès. Cela, parce que plusieurs infections peuvent s'associer et donner une ulcération.

- Prélèvement

Il se fait par :

- grattage des berges de l'ulcération, du pus du chancre ou de l'adénopathie perforée. Il doit se faire à l'aide d'un écouvillon en coton ou en dacron (52).

- par prélèvement des aspirations de l'abcès. Il faut garder le prélèvement dans un récipient contenant du gaz carbonique et une température de 35°, jusqu'au moment de l'incubation finale.

- Microscopie et recherche hors culture

L'examen microscopique après coloration au Giemsa (32) ou au bleu de méthylène ou au Gram, montre de coccobacilles Gram négatif disposés en chaînes de bicyclette.

L'utilisation d'un anticorps monoclonal marqué à la fluorescéine et l'utilisation de deux anticorps monoclonaux par titrage radio-immunologique ont été utilisées pour la mise en évidence de *H. ducreyi*.

L'hybridation de l'ADN ou de l'amplification de l'ADN par le PCR donne une sensibilité et spécificité de 100% mais reste à démontrer

- Isolement et identification des germes

- Culture

Le germe a besoin d'un environnement saturé en humidité ainsi que de 5-10% du gaz carbonique. Il a besoin d'hémine et du facteur X. L'incubation se fait à 33 - 35° pendant 48h avant la culture, il faut conserver jusqu'à 5 jours

avant de la considérer négative. Après ensemencement et incubation on observe des colonies non mucoides, surélevées, granulaires de coloration jaune grisâtre, translucides ou opaques. Un frottis de ces colonies, colorées au Gram montre des coccobacilles Gram-négatif associés en chaînes courtes en amas. Certains bacilles apparaissent avec une coloration bipolaire.

- Confirmation des isolements par :

Le test de l'oxydase (oxydase positif)

Le test de réduction des nitrates en nitrites (72)

Le test d'exigence en hémine (facteur X)

Le test à la phosphatase alcaline (test positif)

Etude du métabolisme de carbohydrates (72)

Un diagnostic immunologique est réalisable au moyen d'antigène spécifique préparé à partir de *H. ducreyi*.

Sérologie :Elle est moins développée.

1.2..2.3 La lympho granulomatose vénérienne (maladie de Nicolas – Fabre)

➤ Epidémiologie

Elle est une maladie de distribution mondiale (32). Elle reste endémique dans certains pays d'Afrique, d'Asie, d'Amérique du SUD où elle est une cause majeure de morbidité. Elle est rencontrée le plus souvent chez les hommes que chez les femmes probablement parce que l'infection symptomatique est plus fréquente chez les hommes. (32)

➤ Etiologie

Elle est causée par le sérotypes L1, L2, L3 de *Chlamydia trachomatis*. (32,72).

➤ Manifestations

Cliniquement, elle se manifeste par une petite ulcération, solitaire, douloureuse, cicatrisant rapidement même sans traitement. Chez l'homme, elle se manifeste sous forme d'une adénite inguinale suppurée avec fistules multiples. Chez la femme, c'est une proctite chronique. Elle évolue en trois (3) stades successifs qui ne sont pas toujours retrouvés :

- le stade primaire : C'est le stade cutanéomuqueuse et transitoire.
- le stade secondaire : il est ganglionnaire.
- le stade tertiaire ou stade de complication : on observe des lésions destructrices de la fibrose et des troubles de drainage lymphatique, de rétrécissement de l'urètre, de l'éléphantiasis des organes génitaux externes, des épididymites, des balanites hémorragiques,

➤ Diagnostic

• Prélèvement

Il intéresse le pus ganglionnaire (stade secondaire) ou les ulcérations génitales (stade primaire). Il peut être fait aussi sur le liquide d'aspiration du bubon.

• Diagnostic bactériologique

Il repose sur la mise en évidence de *Chlamydia trachomatis* en culture cellulaire. Le milieu utilisé est Mc Coy ou HeLa 229.

• Sérologie

Elle se fait :

- Par la micro immunofluorescence indirecte ou directe . Elle détecte les serotypes L1, L2, L3. (32)
- Par la réaction de fixation de complément. En utilisant des antigènes communs à toutes les espèces de *Chlamydia*

Trachomatis mais seuls les titres supérieurs ou égaux à 1/64 sont considérés spécifiques pour le LVG.

- Par ELISA ou des dosages radio-immunologiques.
- L'intradermoréaction de Frei.

1.2.2.4. Granulome inguinal ou donovanose

➤ Epidémiologie

C'est une maladie légèrement contagieuse, chronique d'évolution lente, constituant une ulcération au niveau de la peau, des muqueuses et des vaisseaux lymphatiques des voies génitales et de la zone péri anale (72). Elle affecte essentiellement les individus de race noire, dans de multiples foyers en zone intertropicale (72). La tranche d'âge la plus touchée se situe entre 20 et 40 ans dans la période dite de maturité (72). En zone d'endémie, les prostituées sont volontiers atteintes mais pas obligatoirement contaminantes. La diminution d'immunité est un facteur favorisant (72).

• Etiologie

L'agent causal est le *Calymmbacterium granulomatis* ou corps de donovan : c'est un bacille Gram négatif intracellulaire.

➤ Principales manifestations

L'incubation varie de quelques jours à plusieurs mois. Le début est caractérisé par un papule ou un nodule évoluant en un placard ulcéro-granuleuse (72). Les lésions peuvent être multiples parfois confluentes. Elle peut évoluer vers une mutilation en l'absence de traitement. Les ganglions lymphatiques inguinaux peuvent être atteints. Les atteintes cervicales ou endovaginales peuvent prendre l'aspect d'un cancer mais la consistance fait la différence. L'association donovanose et syphilis est fréquente (32).

➤ Diagnostic

Le diagnostic au laboratoire s'appuie sur l'observation des corps de donovan dans les frottis faits à partir des lésions cliniques et colorées.

- Prélèvement :

Il se fait soit par grattage des lésions ulcero-végétantes ou soit par prélèvement d'un morceau du tissu granuleuse propre.

- Microscopie

Un frottis est coloré au May Grünwald-Giemsa, soit avec le colorant de Donovan. Après avoir lavé le frottis coloré, recouvrir avec de l'eau 2 à 3 minutes et sécher. Au microscope, on observe des coccobacilles dans les vacuoles cytoplasmiques. Les bactéries colorées ont l'aspect d'une épingle fermée (52).

- L'histopathologie

Elle se fait sur une biopsie et montre le corps de Donovan.

- Culture

Elle se fait dans la vésicule vitelline d'œuf de poule embryonné

- L'immunologie

Elle est réalisée : soit par la méthode de fixation de complément dans le sérum du patient soit par l'immunofluorescence indirecte pour la mise en évidence des anticorps sériques.

1.2.2.5 L'herpès génital

➤ Epidémiologie

Décrit pour la première fois en 1730, la description détaillée de l'herpès génital a été faite au 19^{ème} siècle. C'est une maladie virale strictement humaine. Elle est la seconde IST ulcéralive la plus importante retrouvée en Afrique (32). Elle est plus fréquente que la gonococcie et peut être considérée comme la première IST constatée chez les jeunes (32). Elle est transmise par contact direct lors de l'activité sexuelle ou par des rapports oro-génitaux.

➤ Etiologie

Elle est causée par un virus à ADN : l'herpès simplex virus (HSV). Il existe deux (2) sérotypes : HSV1 responsable de la primo-infection et HSV2 responsable de l'herpès génital. Le HSV1 transmis par contacts salivaires et les rapports oro-génitaux .

➤ Principales manifestations

Le diagnostic de l'herpès repose essentiellement sur la clinique : Les lésions sont caractéristiques d'abord sous forme de pustules et en lésions ulcérées ouvertes qui finalement forment une croûte. D'abord des vésicules groupés en bouquet qui peuvent évoluer vers des pustules.

La manifestation est fonction de l'épisode de la maladie :

- La primo-infection : L'incubation dure de 3 à 7 jours, après suivent des lésions typiques :
 - . Des papules érythémateuses qui évoluent vers des vésicules à la base indurée puis des ulcérations.
 - . Des douleurs, des écoulements vaginaux ou urétraux et des ganglions inguinaux douloureux des dysuries.
 - . La guérison spontanée en 4 à 6 semaines.

- L'herpès récurrente : le virus persiste dans la cellule nerveuse. On observe des vésicules groupées sur une base érythémateuse qui vont éclater en laissant des érosions (32). Cette ulcération s'accompagne en général d'une adénopathie inguinale sensible, douloureuse.

➤ Complications.

Elles peuvent être :

- des signes méningés au cours du premier accès.
- une radiculo-myélopathie peut compliquer une proctite herpétique (32)
- des manifestations urinaires lors de la primo-infection.
- des atteintes nerveuses.

➤ Diagnostic

Le diagnostic au laboratoire n'est pas indispensable mais peut servir à poser le diagnostic différentiel pour préciser une infection chez la femme enceinte, à fin de grossesse et chez le nouveau-né.

- Prélèvement

Les sites de prélèvement sont : la peau, les muqueuses, le sang, le liquide céphalorachidien (51)

- La culture

Les milieux de culture sont : Les fibroblastes humains comme la souche MRC-5, la cellule de Vero et la cellule rénale de jeune Hamster et de lapin. Il faut examiner chaque jour à l'aide d'un microscope stéréoscopique pendant sept (7) jours. Ceci pour rechercher un effet cytopatogène (cellules allongées,

bien séparées, qui deviennent arrondies, plus nombreuses et prennent un aspect granulaire).

- Autres méthodes

Elles sont : l'immunofluorescence, l'immunoperoxydase, le titrage immunologique et l'hybridation de l'ADN , PCR ...

- Sérologie

Elle est réalisée pour titrer les anticorps monoclonaux. Anti HSV1 et antiHSV2 (32, 51). On peut aussi faire la recherche des IgM spécifiques au cours de la primo-infection (72).

1.2.3 Autres IST

1.2.3.1 IST tumorales : Les condylomes acuminés ou végétation vénériennes ou crête de coq (papillomavirus)

➤ Epidémiologie

Les infections génitales à *papillomavirus virus humains* sont fréquentes (32,72).

➤ Etiologie

Les agents mis en cause sont des papillomavirus. Il existe environ 70 types de HPV et 14 types sont une localisation génitale spécifique. Tous les types de HPV génitaux sont susceptibles de produire des papillomes. Les plus fréquents observés au niveau des organes génitaux sont HPV-6, le HPV-11 et HPV-16. (32,72).

➤ Manifestations

Les manifestations cliniques sont : Les lésions de pédiculées roses ou rouges, indolores parfois confluent en « chou-fleur » (72).

➤ Diagnostic

La clinique suffit à diagnostiquer les condylomes ano-génitaux (72). Néanmoins, on peut faire l'identification par la technique d'hybridation (52, 72), ou des biopsies.

1.2.3.2 Les infections Sexuellement Transmissibles systémiques : Infection à virus de l'hépatite

L'hépatite B est la plus grave des hépatites. Elle est due au virus de l'hépatite B qui appartient à la famille de l'Hepadnaviridae. (virus à l'ADN). Elle est de distribution mondiale. Au Burkina Faso, les prévalences en 1987 étaient : 13,4% chez les prostituées ; 25,5% chez les prisonniers ; 27,2% chez les personnes atteintes des infections sexuellement transmissibles (24).

Elle est transmise, comme le VIH, par des liquides biologiques de l'organisme, par le sang, et par voie sexuelle.

➤ Manifestations

Les manifestations sont : des hépatites aiguës, des hépatites chroniques, de cirrhoses, des hépatomes (32).

➤ Diagnostic

• Prélèvement :

Prélever du sang (sérum) ou des biopsies.

• Diagnostiques biochimiques non spécifiques :

C'est le dosage des ASAT, des ALAT, de la bilirubine conjuguées, hypergama globulinémie

- Diagnostic spécifique

C'est la mise en évidence dans le sérum des différents antigènes du virus du VHB et des anticorps correspondants.

La mise en évidence sur des biopsies hépatiques des antigènes Hbe, HBc, HBs, par immunofluorescence est également utilisée mais moins courante (24).

1.3 INTERACTION ENTRE VIH ET AUTRES IST

- Différents modes d'interaction ont été évoqués :
 1. Les IST facilitent la transmission du VIH. (32)
 2. L'infection à VIH et l'immunodéficience qu' elle entraîne peuvent modifier l'histoire naturelle ,le diagnostic et la réponse au traitement des autres IST. (32)
 3. Les IST pourraient influencer l'histoire naturelle de l'infection à VIH en accélérant par exemple la progression de l'infection HIV vers le SIDA déclaré (32).

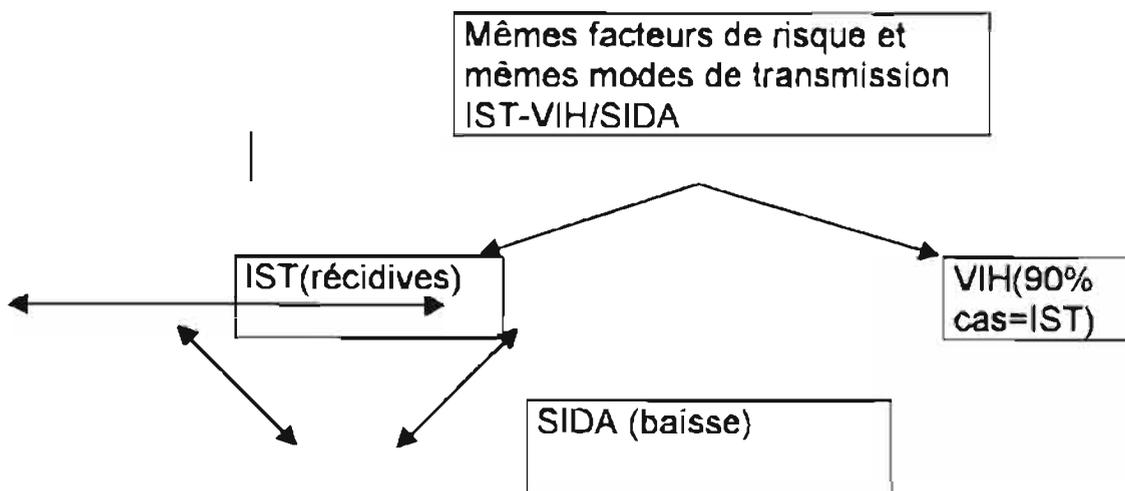


Figure I relations entre VIH et SIDA

- Des études ont montré que les ulcères génitaux sont des facteurs de risque très significativement associés à la séroconversion VIH

chez les femmes (32). Les IST ulcéraives multiplient 10 à 30 le risque d'avoir de sida.

- L'infection à VIH pourrait modifier l'incidence et la fréquence des rechutes des IST. Elle pourrait également modifier l'expression clinique et l'histoire naturelle des IST entraînant l'apparition des complications plus fréquentes et plus évolutives, la modification des performances des tests diagnostiques de laboratoires et enfin une diminution de la réponse au traitement standard.
- Les IST et VIH ont les mêmes modes de contamination :
 - sexuel (90%),
 - sanguine par la transfusion (*tréponème* et le VIH), VIH B.
- La transmission de la mère à l'enfant au cours de la grossesse (*tréponème*, VIH), au cours de l'accouchement (*gonocoque*, *herpès*, *tréponème*, VIH, *H.ducreyi*, au cours de l'allaitement (*tréponème*, VIH, *H.ducreyi*)
 - Les IST et les VIH/SIDA ont le mêmes facteurs de risques.
 - Ils ont les mêmes populations à risque.
 - Une récente étude

menée en Tanzanie a montré qu'une prise en charge adéquate des IST au niveau des soins de santé primaire, diminuait l'incidence de l'infection à VIH de près de 40 % (55,60) en réduisant la durée et la prévalence des IST

symptomatiques dans la population. Les services IST sont des points de contact importants pour les personnes à hauts risques de SIDA.

1.4. TRAITEMENT DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

Nous donnerons le traitement selon l'algorithme national révisé de Septembre 2002 Burkina Faso (37).

Un kit est un lot de médicament composé de molécules différentes, dirigé contre un ou plusieurs germes donnés.

1.4.1 Végétations Vénériennes

Ce sont des excroissances cutanéomuqueuses **sur** les organes génitaux et/ou les régions anales

Conduite à tenir

Eduquer, conseiller, promouvoir l'utilisation des préservatifs, le dépistage volontaire du VIH. Rechercher les partenaires et référer à un centre spécialisé.

1.4.2 Bubon inguinal

C'est une tuméfaction au niveau de l'aile ou des ganglions inguinaux.

Conduite à tenir

- Kit Bub : Doxycycline Cp 100mg 1cp x 2/jx14 jours + ciprofloxacine 500 mg 1cp x 2/j x 3jrs
- Si femme enceinte ou allaitante : Erythromycine CP 500mg, 1cp x 4jours x 14jours

1.4.3 Gonflement douloureux du scrotum

C'est une tuméfaction douloureuse des bourses.

Conduite à tenir

- Kit GC1 : Ciprofloxacine 500 mg 1cp PU (prise unique) + doxycycline 100 mg 1cp x 2/j x 7jours.
- Kit GC2 : Si partenaire sexuelle allaitante ou enceinte : ceftriaxone 250 mg en IM PU + érythromycine 500mg 1cp x 4/j x 7jours.

1.4.4 Conjonctivite purulente du nouveau-né

Ce sont des yeux rouges avec des sécrétions purulentes et collantes chez un nouveau-né (enfant de moins d'un mois).

Conduite à tenir

- Kit CPNNE : ceftriaxone 50mg/kg en IM PU (ne pas dépasser 125 mg + Erythromycine 125 mg suspension 50mg/kg/j en 4 prises x 7 jrs)
- Kit GC2 : ceftriaxone 250 mg en IM PU + érythromycine 500mg 1cp x 4/j x 7jr.
- Kit GC1 : Ciprofloxacine 500 mg 1cp PU (prise unique) + doxycycline 100 mg 1cp x 2/j x 7jrs

1.4.5 Ecoulement urétral chez l'homme

C'est une sécrétion anormale provenant de l'urètre, accompagnée ou non de prurits, de dysurie ou de brûlures mictionnelles.

Conduite à tenir

- Kit GC1 : Ciprofloxacine 500 mg 1cp PU (prise unique) + doxycycline 100 mg 1cp x 2/j x 7jrs
- Kit GC2 : Si partenaire sexuelle allaitante ou enceinte :

- Kit GC2 :ceftriaxone 250 mg en IM PU + érythromycine 500mg 1cp x 4/j x 7jr.
- Métronidazole 500 mg 4cp en PU (prise unique)

1.4.6 Ulcération génitale

C'est toute plaie au niveau des organes génitaux de l'homme ou de la femme

Conduite à tenir

- Kit UG1 : BBP 2,4 M IM Unique + ciprofloxacine 500 mg 1cp x 2/j x 3jrs + polyvidone iodée solution à 10% 1 application x 2 jrs jusqu'à cicatrisation
- Kit UG2 : si femme enceinte ou allaitante : érythromycine 500 mg 1cp x 4jrs x 14 jrs + polyvidone iodée.

1.4.7 Ecoulement vaginal

C'est une sécrétions anormale provenant du vagin ou du col de l'utérus.

Conduite à tenir

- Kit Vag 1 : métronidazole 500mg 4cp gynécologiques PU + Myconazole : 1 ovule /j x 3 jrs
- Kit Vag 2 : Femme enceinte au premier trimestre ou allaitante : metronidazole 500mg CP gynécologique le matin 1 cp/jr x 10 jrs j+ Myconazole : 1 ovule /j x 3 jrs
- Kit GC1 : Ciprofloxacine 500 mg 1cp PU (prise unique) + doxycycline 100 mg 1cp x 2/j x 7jrs

- Kit GC2 : Si femme allaitante ou enceinte :ceftriaxone 250mg IM PU + érythromycine 500 1cp x 4/j x 7jrs

1.4.8 Douleurs pelviennes chez la femme

C'est une manifestation douloureuse du bas ventre de la femme.

Conduite à tenir

- Kit DP : Ciprofloxacine 500 mg 2cp PU + Doxycycline 100mg 1cp x 2jrs x 14 jrs + metronidazole 500mg 1cp x 2/j x 14 jrs.
- Kit GC1 : Ciprofloxacine 500 mg 1cp PU (prise unique) + doxycycline 100 mg 1cp x 2/j x 7jrs.

1.5. LA POLITIQUE DE LA PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES DANS LES PAYS EN DEVELOPPEMENT.

Les relations avérées entre les infections sexuellement transmissibles classiques et le VIH/SIDA, ont conduit l'OMS/ONU/SIDA à faire du traitement des infections sexuellement transmissibles une priorité dans la prévention de la transmission du VIH. (61)

La prévalence toujours élevée des infections sexuellement transmissibles, particulièrement dans certains pays en développement, plaide en faveur d'un élargissement à la base des activités de lutte contre les IST/VIH/SIDA dans le cadre des services de santé généraux (49). L'approche réaliste consiste à augmenter la contribution des services de soins de santé primaire à la prévention et à la lutte contre les IST (54).

Les moyens de diagnostic au niveau des services de soins primaires sont limités ou inexistant. De plus, même dans les centres de santé reliés à des laboratoires mieux équipés, les délais dans les communications des résultats et des limites propres aux techniques utilisées pour la détection des IST, peuvent retarder l'accès au traitement par les malades.

L'approche étiologique est coûteuse et demande du temps nécessaire, des ressources spéciales.

L'approche clinique peut facilement se tromper en diagnostiquant certaines IST ou ne pas faire le diagnostic des infections mixtes.

Toutes ces raisons ont amené l'OMS à recommander l'approche syndromique comme alternative de la prise en charge des IST. Cette prise en charge syndromique permet aux patients de recevoir un traitement immédiat, ce qui brise rapidement la chaîne d'infection en économisant les frais de laboratoire.

L'approche syndromique a pour but d'identifier un syndrome et de les traiter conformément aux recommandations décrites dans les algorithmes nationaux.

1.6 INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES AU BURKINA FASO

Les infections sexuellement transmissibles (IST) représentent une cause importante de morbidité et de mortalité au Burkina Faso (67). L'hôpital ou le centre de santé n'est pas le premier point où les malades se rendent pour soigner les IST (16). Les IST sont considérées comme prioritaires dans le cadre du système national d'information sanitaire(37). La lutte contre celles-ci apparaît comme une stratégie efficace de prévention de l'infection à VIH (27,44,67). Le mode de transmission du VIH le plus important est la voie sexuelle (85 % (27). Une prise en charge correcte des IST réduirait le risque de transmission du VIH à 10 (35, 54, 56).

La prévalence et l'incidence des IST sont élevées (37, 44, 50, 67). Citons quelques prévalences des IST (67) :

- Trichomonase (14 %)
- Vaginose bactérienne (13 %)
- Ulcérations génitale (10,8 %)
- Syphilis récente (3,6 %)
- Infection chlamydienne (3,1 %) (38).

Dans le contexte socio-sanitaire du Burkina Faso, les laboratoires n'existent pas à tous les niveaux du système des soins.

Les services de santé urbains ont une capacité réduite d'établir des diagnostics des IST sur une base rationnelle avec comme conséquence une moindre efficacité de leur prise en charge thérapeutique (71).

L'approche étiologique est coûteuse, demande du temps nécessaire et des ressources spéciales. L'approche clinique peut être défailante.

L'approche syndromique de la prise en charge des IST a été retenue comme alternative pour la prise en charge des IST au Burkina Faso depuis 1992(36,44). Elle s'appuie sur les algorithmes nationaux .

Il existe trois (3) laboratoires de référence au Burkina : le laboratoire national universitaire Yalgado Ouedraogo, le laboratoire national universitaire Sourou Sanou de Bobo et le laboratoire du centre MURAZ à Bobo. Notons que ces laboratoires ne sont pas bien équipés (30)

Voici quelques raisons qui poussent les patients atteints d'IST à venir à l'officine directement pour exposer leurs problèmes (27) :

- l'échec du traitement dans les centres de santé
- l'échec et/ou l'aggravation du traitement avec les médicaments de la rue particulièrement avec le « toupaye »(la tetracycline)
- la non confidentialité et les mauvaises prestations dans les services de santé
- la non disponibilité des spécialistes dans le domaine
- les raisons économiques (faible revenu).

II .ROLE , PLACE DE L'OFFICINE PHARMACEUTIQUE DANS LA PRISE EN CHARGE DES IST

2.1 DEFINITION DE L'OFFICINE PHARMACEUTIQUE

Selon le code de santé du Burkina Faso, en son article 159, l'officine est « l'établissement affecté à l'exécution des ordonnances magistrales, à la préparation des médicaments inscrits aux pharmacopées reconnues par le Burkina Faso et des médicaments spécialisés de l'officine, ainsi qu'à la vente

au détail des produits...». (6). L'officine est donc une maison de santé caractérisée par son accessibilité à ses consultants considérés comme « des malades en quête de médicaments nécessités par leur état ou de conseils en matière de santé que de simples clients >> (47).

L'officine ne peut rester ouverte en l'absence de son titulaire que si celui-ci s'est fait régulièrement remplacer (6).

L'officine pharmaceutique est l'un des maillons importants de distribution et de dispensation des médicaments, activité complémentaire, nécessaire à l'offre des soins de santé. L'officine qui peut être implantée en milieu rural comme en milieu urbain, cohabite avec toutes les structures de soins possibles. Elle est donc amenée à satisfaire aux prescriptions de tous ordre.

2.2. Le pharmacien d'officine

Il doit avoir un diplôme d'état de pharmacien ou d'un certificat reconnu jugé équivalent par le gouvernement du Burkina Faso.

L'officine pharmaceutique ne peut être que la propriété d'un ou de plusieurs pharmaciens.

Le pharmacien d'officine, selon l'OMS, réunit et tient à jouer un rôle dans les informations sur tous les médicaments. Il les met à la disposition des professionnels de santé et s'en sert au besoin pour donner des conseils et des explications au grand public dont sa clientèle.

2.3 Activités du pharmacien d'officine

Le pharmacien d'officine naturellement a pour mission :

- la gestion des stocks des médicaments
- l'exécution des ordonnances médicales
- Il joue un rôle dans la pratique de la pharmacie clinique : en établissant l'anamnèse pharmacologique, en vérifiant la prescription,

les doses, la voie d'administration et les précautions à respecter. Dans certains pays, il surveille la réponse thérapeutique (65).

- Le contrôle de l'utilisation des médicaments : La participation au contrôle de l'utilisation des médicaments dans le cadre par exemple de projet de recherche pratique, et au plan d'analyse des prescriptions médicales aux fins de pharmacovigilance.
- La préparation des médicaments magistraux et/ou officinaux
 - L'information, l'éducation, les conseils à la population
 - Il doit assurer l'assurance qualité.

Le médicament étant un des éléments importants de la prise en charge thérapeutique des malades, le pharmacien d'officine a donc un rôle important à jouer dans la conduite et la réussite du traitement des malades en général. A cet effet, le pharmacien d'officine se doit lui même recevoir les patients se présentant à l'officine et d'exécuter l'ordonnance médicale : procéder à une analyse critique de l'ordonnance, contrôler l'authenticité et la régulation technique de l'ordonnance.

Il assure des responsabilités civiles, pénales, et disciplinaires. A cet effet, il est tenu de signaler au besoin les erreurs de prescription, les mauvaises associations, les interactions, la posologie, le mode d'administration des médicaments aux prescripteurs.

Il doit donner aux patients des conseils sur l'administration des médicaments, des conseils d'hygiène et diététiques, notifier les effets secondaires, les modes de prise des médicaments.

Le pharmacien d'officine joue un rôle d'informateur, d'éducateur, de communicateur. Un tel rôle est joué dans la discrétion et le secret

- 2- un traitement efficace.
- 3- une information et des conseils pour la réduction des risques.
- 4- des conseils sur l'observance du traitement.
- 5- des préservatifs masculins et féminins
- 6- une incitation à avertir les partenaires sexuels
- 7- un suivi clinique si nécessaire.

Les points 3,4,5 et 6 peuvent et doivent être résolus par les pharmaciens en particulier ceux d'officine(57)

2.4 Vendeurs

Ils sont les préposés du pharmacien. Ils doivent exécuter scrupuleusement les décisions du pharmacien. Ils n'ont aucune décision dans l'officine et ne doivent pas recevoir des patients ni les conseiller.

I OBJECTIFS

Objectif général

Contribuer à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des IST et VIH/SIDA au niveau des officines.

Objectifs spécifiques

- 1- Déterminer le nombre des personnes atteintes d'infections sexuellement transmissibles venant demander des conseils à l'officine.
- 2- Identifier les préoccupations des personnes vivant avec le VIH et SIDA reçus pour conseils.
- 3 - Vérifier les connaissances des pharmaciens étudier celles des vendeurs d'officine en matière de prise en charge des IST .
- 4 - Décrire les conduites, les attitudes , les pratiques (CAP) en matière de prise charge des IST par des pharmaciens à l' officine.
- 5- Mesurez le degré d'implication du pharmacien d'officine dans la lutte contre le VIH/SIDA
- 6- Vérifier la disponibilité des médicaments retenus dans l'algorithme du Burkina Faso pour la prise en charge syndromique des IST.
- 7- Formuler des propositions pour l'amélioration de la qualité de la prise en charge des IST/VIH/SIDA au niveau de l'officine. pharmaceutique.

II. MATERIEL ET METHODE D'ETUDE.

2.1. Cadre de l'étude

La province du Kadiogo couvre une superficie de 1169 km². Ouagadougou la capitale du pays, compte plus d'un million d'habitants. Cette population est majoritairement jeune, sexuellement active (15 à 49 ans). C'est une ville de convergence pour les jeunes sans emploi des autres provinces. Elle est cosmopolite avec une multitude de bars, de buvettes, de maquis, de zones connues de prostitution.

L'épidémie des IST dans la province du Kadiogo en général et dans la ville de Ouagadougou en particulier, est connue à travers les travaux de thèse de doctorat en médecine, des enquêtes de prévalence des IST, de recherches. La prévalence des IST à Ouagadougou est élevée 19,3 (34,35,41).

Ouagadougou compte plus de quatre vingt officines pharmaceutiques privées. Le revenu de la majorité de la population est faible. Cette raison ajoutée à d'autres poussent les gens à pratiquer l'automédication ou à aller directement à l'officine pour leurs problèmes de santé.

2.2 Type d'étude

Nous avons effectué une étude descriptive du type transversale.

2.3 Population d'étude

Elle était constituée :

- des pharmaciens titulaires des officines de la ville de Ouagadougou
- les pharmaciens assistants
- les pharmaciens remplaçants

- des agents vendeurs
- des grossistes répartiteurs de médicaments.

2.4 Echantillonnage d'étude

Il s'agissait d'une étude exhaustive

2.4.1 Critères d'Inclusion

Etaient éligibles dans l'étude, toutes les officines pharmaceutiques privées ouvertes avant le début de notre étude en juillet 2002, et dont les noms figurent dans la liste officielle de la région ordinaire de Ouagadougou de l'année 2002. (cf. annexes 2)

2.4.2 Critères d'exclusion

Ont été exclus de l'étude :

- Toutes officines non fonctionnelles pendant l'étude.
- L'officine et le grossiste qui ont refusé de participer à l'étude.
- Les vendeurs stagiaires ayant moins de six mois de stage à l'officine.

2.5 Déroulement de l'enquête et technique d'échantillonnage

Nous avons nous-même effectué l'enquête qui était exhaustive. Aussi, toutes les officines et leur personnel inclus dans l'étude ont subi l'enquête. Nous avons réalisé une interview par questionnaire écrit adressé au pharmacien et à son personnel.

Nous avons aussi administré :

- des fiches de notification des cas d'IST signalées à l'officine ;
- des fiches de disponibilité des médicaments de l'algorithme 1998 contre les IST ;

Une autorisation d'enquête a été formulée par notre encadreur de recherche et adressée au ministre de la santé d'une part, à la présidente de l'ordre des pharmaciens du Burkina d'autre part.(cf. annexe 2).

Une lettre contenant : l'autorisation de la présidente de l'ordre a été envoyée à chaque pharmacien responsable d'officine pour le prévenir de notre passage. Nous nous sommes déplacé, et avons utilisé le téléphone pour négocier les rendez-vous avec les pharmaciens.

L'enquête s'est déroulée du 1^{er} juillet au 10 septembre 2002

2.6 Les variables de l'étude et définition opérationnelle

2.6.1 Estimation des personnes atteintes d'IST venant à l'officine.

-Estimation de nombres des patients atteints d'IST reçus par semaine, par mois et par an.

2.6.2 Les préoccupations des personnes vivant avec le VIH.

- Les raisons de visite de ces patients à l'officine données par le pharmacien.

2.6.3 Connaissance des pharmaciens sur les IST.

- La définition des IST ;
- Définition complète pour un pharmacien = infection sexuellement transmissible en notant la différence entre IST et MST ;
- Définition incomplète pour un pharmacien = maladie sexuellement transmissible, sans remarquer l'évolution des MST en IST ;
- Les germes responsables des IST ;
- Les classes de médicaments proposés aux patients ;
- Les manifestations cliniques des IST rencontrées ;
- La connaissance des algorithmes nationaux.

2.6.4 Etude des connaissances des vendeurs sur les IST.

Nous avons retenu les éléments suivants pour étudier la connaissance des vendeurs en matière d'IST.

- Les syndromes des IST connus ;
- Le mode de contamination des IST ;
- Le moyen de prévention des IST ;
- Les sources d'information sur des IST ;
- La définition des IST ;

* Définition complète pour un vendeur = infection sexuellement ou maladies contactée lors des rapports sexuels, ou par le sexe ;

* Définition incomplète pour un vendeur = maladie sexuellement transmissibles ou autres réponses (réponse non conforme : infection urinaire ; infection due au lait).

2.6.5 Disponibilité des médicaments.

Elle a été explorée grâce à des fiche de disponibilité des médicaments de l'algorithme qui était toujours en vigueur pendant notre étude.

2.6.6 Conduite attitude et pratique du pharmacien.

Pour comprendre les conduites les attitudes et les pratiques du pharmacien, nous nous sommes basé sur :

- Le lieu de réception : lieu ou il reçoit des patients atteints d'IST,
- Les grandes directives de l'interrogatoire du pharmacien devant une IST,
- La conduite à tenir du pharmacien,
- Le suivi des patients.

2.6.7 Autres variables

2.6.7.1 Caractéristiques relative à la confidentialité.

Dans les officines nous avons apprécié les éléments suivants :

- la salle : c'est le compartiment que compte l'officine ;
- la zone de confidentialité : espace mis à l'écart pour recevoir les patients qui viennent exposer leurs problèmes de santé afin d'avoir des conseils ;

2.6.7.2 Quelques éléments de fonctionnement de l'officine

- Existence d'ordonnancier : registre codé et paraphé pour relever le contenu des ordonnances ;
- Existence d'un pharmacien assistant/remplaçant ;

2.6.7.3 Caractéristiques des pharmaciens et des vendeurs.

Nous avons retenu comme caractéristiques du pharmacien et du vendeur:

- le sexe ;
- le nombre d'années d'expérience : nombre d'années dans la fonction de pharmacien d'officine.

2.6.7.4 Variables pouvant influencer les conduites à tenir

Pour comprendre une éventuelle influence de conduite à tenir et attitude, nous avons en outre étudié les variables suivantes.

- Le sexe,
- Le moment de visite des patients,
- Le nombre d'années d'expérience.

2.6.7.5 Variables pouvant influencer la fréquentation des patients à l'officine

En outre, nous avons retenu les variables suivantes pour comprendre une éventuelle influence des patients à l'officine :

- la situation géographique et la fréquentation de l'officine par les patients, IST,
- la fréquentation de l'officine par des sidéens et existence d'ARV dans l'officine,
- la relation entre sexe du patient reçu et sexe du pharmacien,
- la relation entre recevoir des patients VIH/SIDA et sexe du pharmacien.
- L'existence de médicaments sous forme de kit contre les IST dans les officines,
- La personne chargée des commandes de médicaments à l'officine,
- L'existence des ARV dans les officines privées.

2.6.7.6 engagement du pharmacien.

Les variables suivantes ont été retenues :

- Les types et formes d'engagement

2.6.7.7 Sollicitations des pharmaciens et des vendeurs.

- besoins en formation sur les IST
- besoin en information sur les IST
- la personne ou l'institution qui doit assurer la formation des pharmaciens sur les IST.

2.7 Saisie et traitement des données

Toutes les données ont été saisies, traitées et analysées sur ordinateur dans le laboratoire d'hématologie/ immunologie de l'UFR/SDS avec le logiciel EPI-INFO version 6.04 . Pour les comparaisons, nous avons utilisé le test statistique de Khi 2 au seuil alpha = 5%

2.8. ETHIQUE PROFESSIONNELLE

Tout pharmacien doit respecter le secret professionnel et aussi établir la confiance entre lui et les malades (6). Il doit instaurer ou garder un équilibre entre ses responsabilités envers le malade individuel, puis celles envers les tiers que leur malade peut mettre en danger et enfin celles envers la collectivité dans le cadre de la santé publique (46).

La question d'éthique fondamentale revient dans les questions particulières relatives au contrôle, à la surveillance, aux rapports, à la recherche des contacts, à la confidentialité, à l'information des tiers potentiellement en danger, à la répression des comportements irresponsables et dangereux, au counseling, à l'activité sexuelle, à l'infertilité, à la reproduction (46). Le pharmacien doit donc prodiguer des conseils à tout patient souffrant d'IST afin de l'aider à réaliser les changements de comportement sexuel en vue de réduire le risque de contracter une IST. Pour ce faire, il doit :

- savoir écouter,
- pouvoir comprendre,
- savoir respecter la confidentialité et la dignité du patient,
- savoir aider à prendre des décisions ou à résoudre le problème (72).

Le patient atteint d'IST a le droit de demander des conseils sur les médicaments et le mode de vie au pharmacien. Ce patient a le droit d'être écouté là où il sentira pour bien s'exprimer et dire son secret. Il doit être reçu seulement par le pharmacien et non par les vendeurs.

III RESULTATS

3.1 Données générales

3.1.1 Caractéristiques démographiques , échantillonnage et situation des officines

Ouagadougou comptait 79 officines fonctionnelles au moment de notre enquête. Nous avons pu enquêter dans 78 officines sur les 79.

Dans les 78 officines nous avons pu obtenir l'avis de :

- 73 pharmaciens titulaires de l'officine
- 7 pharmaciens assistants
- 221 vendeurs

Deux (2) pharmaciens ont accepté répondre avec les pharmaciens assistants.

3.1.1.1 Situation géographique et caractéristique de l'officine.

➤ Situation géographique des officines.

Nous avons situé les officines : en périphérie, au centre ville, à coté de l'hôpital et à coté du marché. Les officines situées à la périphérie étaient nombreuses comme l'indique la figure 2.

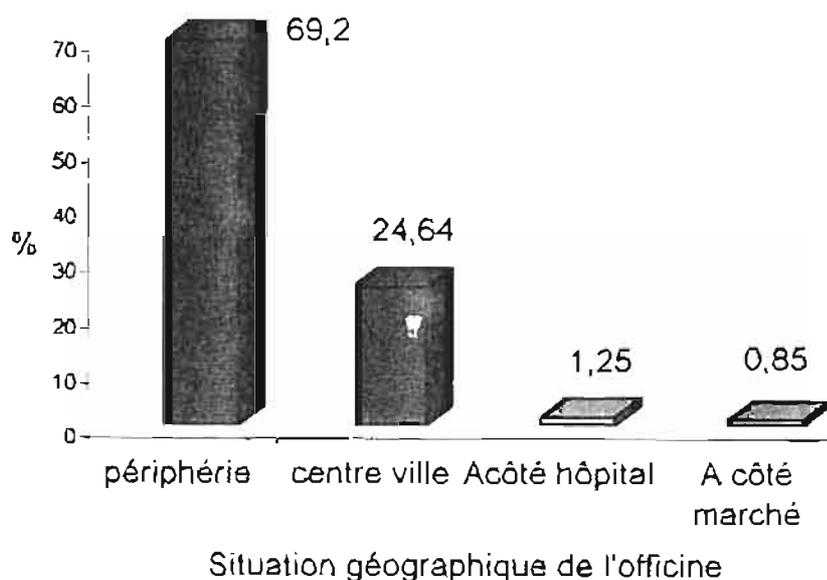


Figure 2 : Répartition géographique des 78 officines (en pourcentage)

➤ Le nombre de salles

Trente et deux (32) officines (soit 40% des officines) n'avaient pas plus de 1 à 4 salles. Ces salles sont étroites, ne comportant pas souvent de zone de confidentialité. 36,25% n'avaient que 5 à 8 salles et 3,75% 9 à 13 salles, 20% n'ont pas répondu.

➤ Le nombre d'années d'ouverture de l'officine

31,25% d'officines avaient moins de 5 ans d'ouverture

➤ L'existence de l'ordonnancier dans les officines

Seize (16) pharmaciens (soit 20% des pharmaciens) n'avaient pas d'ordonnancier dans leur officine. 56 pharmaciens (soit 70%) en avaient. 8 pharmaciens (soit 10%) n'ont pas répondu à la question. Les 70% qui l'avaient, ne l'utilisaient pas, sauf dans certaines officines où les stagiaires l'utilisaient pour des exercices.

3.1.1.2 Caractéristiques des pharmaciens

➤ Le sexe

Dans 78 officines enquêtées, la répartition était : 42 hommes pharmaciens titulaires et assistants (soit 52,5%) et 38 femmes pharmaciens titulaires d'une officine et assistantes (soit 47,5%).

➤ Le nombre d'années d'expérience.

31,25% des pharmaciens avaient moins de 5 ans d'expérience à l'officine. La moyenne d'année d'expérience était de 7.5 ans.

3.1.1.3 Caractéristiques des vendeurs.

Les vendeurs étaient ceux qui exécuter les ordres du pharmacien, qui avaient eu une formation d'au moins six mois de stage à l'officine. Un n'y avait aucun préparateur en pharmacie.

➤ Le sexe.

Les 221 vendeurs interrogés étaient composés de 84 vendeurs (soit 38%) et 137 vendeuses (soit 62%).

➤ Le nombre d'années d'expérience

130 vendeurs (soit 58,82%) avaient moins de 5 ans d'expérience à l'officine.

- 48 (soit 21,72%) avaient entre 6 à 10 ans d'expérience.
- 25 (soit 11,31%)avaient entre 11 à 15 ans d'expérience.
- 2 (soit 0,9%) avaient entre 16 à 20 ans d'expérience.

3.2 Connaissance des pharmaciens et étude de celles des vendeurs sur les IST.

3.2.1 Connaissance des pharmaciens en IST

➤ Définition des IST.

9% des pharmaciens ont pu donner une définition complète ; 67% des pharmaciens ont donné une définition incomplète de l'IST : c'est à dire qu'une IST est une maladie sexuellement transmissible, sans nous donner la différence entre IST et MST. 24% ont refusé de répondre à la question. comme l'indique la figure 3 .

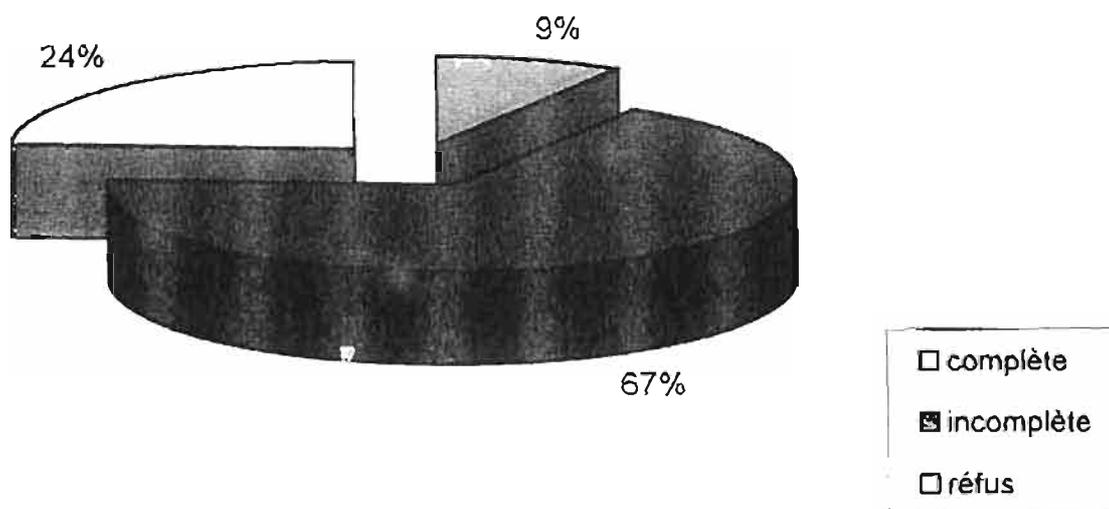


Figure 3 : Répartition des pharmaciens selon la nature de la définition

➤ Germes responsables des IST selon les pharmaciens.

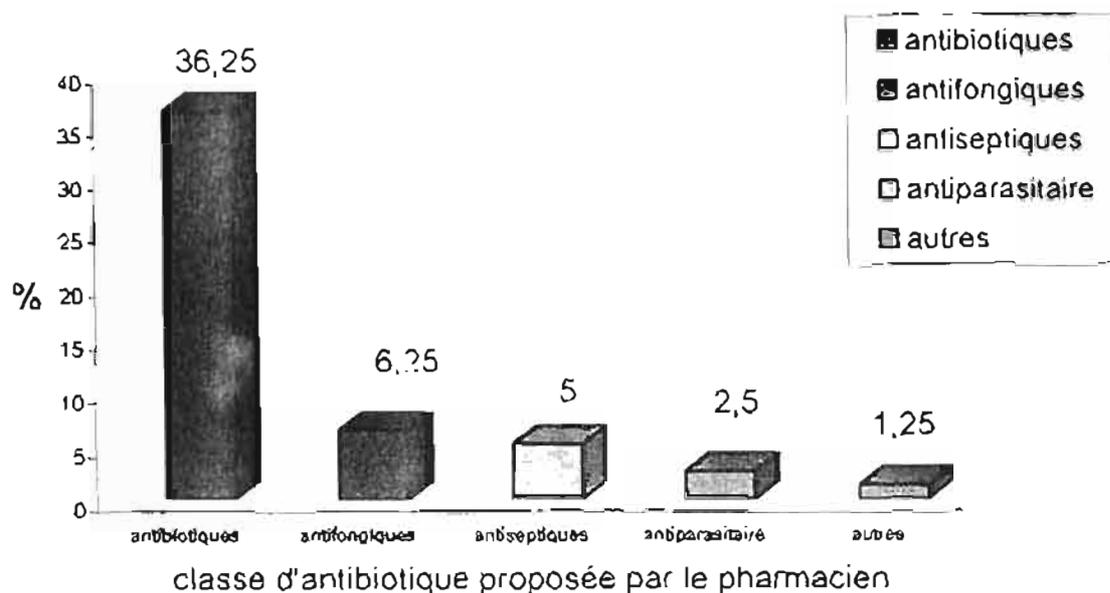
En ce qui concerne les agents pathologiques responsables des IST, 77% des répondants ont cité des bactéries, 13% les parasites, et 10% les champignons et virus

➤ Résistance actuelle des germes responsables d'IST

Par rapport à la résistance actuelle des germes responsables des IST aux médicaments, 45 pharmaciens (soit 56,25%) n'avaient aucune information ; seulement 18 pharmaciens (soit 22,5%) ont déclaré avoir eu des informations sur ce phénomène tandis que 17 pharmaciens (soit 21,25%) n'ont donné aucune réponse.

➤ Classes des médicaments proposés par les pharmaciens .

Les classes de médicaments proposées par le pharmacien devant un patient atteint d'IST. Les réponses sont données par la figure 4.



Autres = anti-inflammatoires

Figure 4 : Les classes des médicaments proposés par les pharmaciens (en pourcentage).

➤ Connaissance des algorithmes nationaux

Concernant les algorithmes nationaux de prise en charge syndromique des IST, 17 pharmaciens en étaient informés et parmi eux 2 seulement avaient le document

➤ Connaissances sur le VIH/SIDA.

66 pharmaciens (soit 82,5% des pharmaciens interrogés) déclarent avoir été informés sur le VIH/SIDA, mais aucun n'a accepté se prononcer sur le mode de transmission des infections sexuellement transmissibles et le VIH/SIDA.

3.2.2 Etude des Connaissance des vendeurs sur les IST.

➤ Definition des IST.

158 vendeurs (soit 71,5%) ont donné une définition incomplète comme le montre la Figure 5.

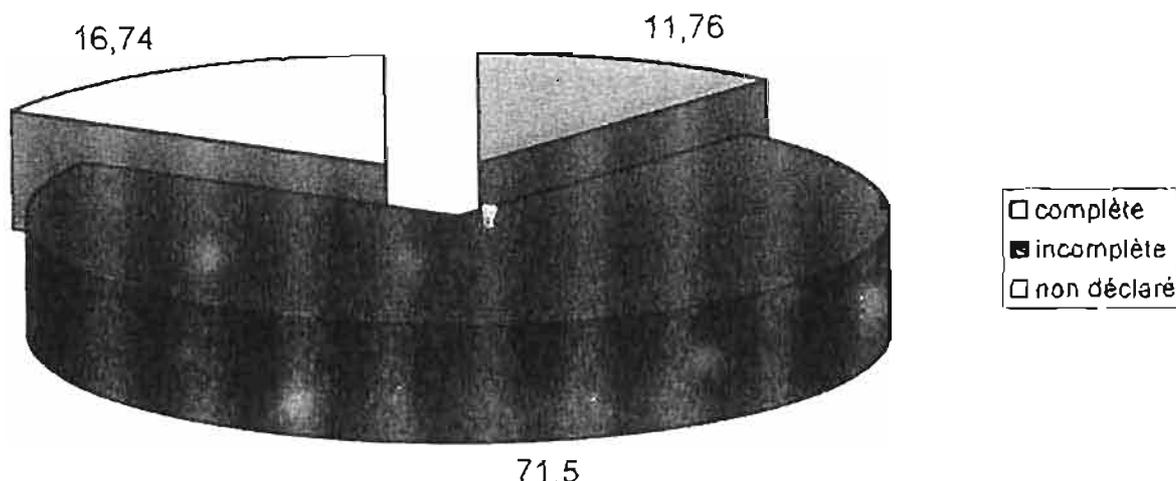


Figure 5 : Répartition des 221 vendeurs selon la définition d'infection sexuellement Transmissible (en pourcentage)

Une définition donnée par les vendeurs est dites complètes ou incomplètes si

- Définition complète = infection sexuellement ou maladies contractée lors des rapports sexuels, ou par le sexe.
- Définition incomplète = Autres réponses = réponse non conforme : infection, urinaire, infection due au lait, infection trouvée partout...

➤ Manifestations citées par les vendeurs comme des IST.

Beaucoup de pathologies qui ne sont pas des IST (exemple : bilharziose, dermatoses, zona, nausées, hépatite, infection urinaire, démangeaisons, problème de vagin) ont été citées comme telles par les vendeurs (cf. annexe 2).

➤ Mode de contamination des IST.

Le mode de contamination des IST a été sexuel selon la majorité des vendeurs comme le montre la figure 6.

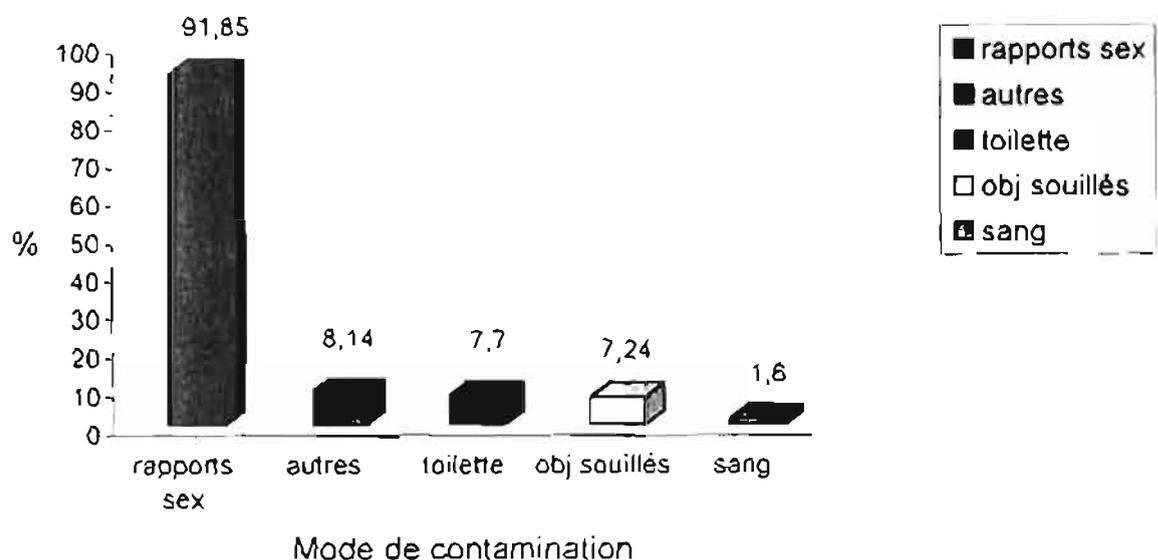


Figure 6 : Le mode de contamination des IST selon les 221 vendeurs (en pourcentage).

Autres = eau, règles douloureuses, bouche, natation, manque d'hygiène

➤ Moyens de prévention des IST proposés par les vendeurs

154 vendeurs (soit 69,70% des vendeurs) préconisaient les préservatifs comme moyen de prévention des IST. La figure 7 donne les modes de prévention cités par ces derniers.

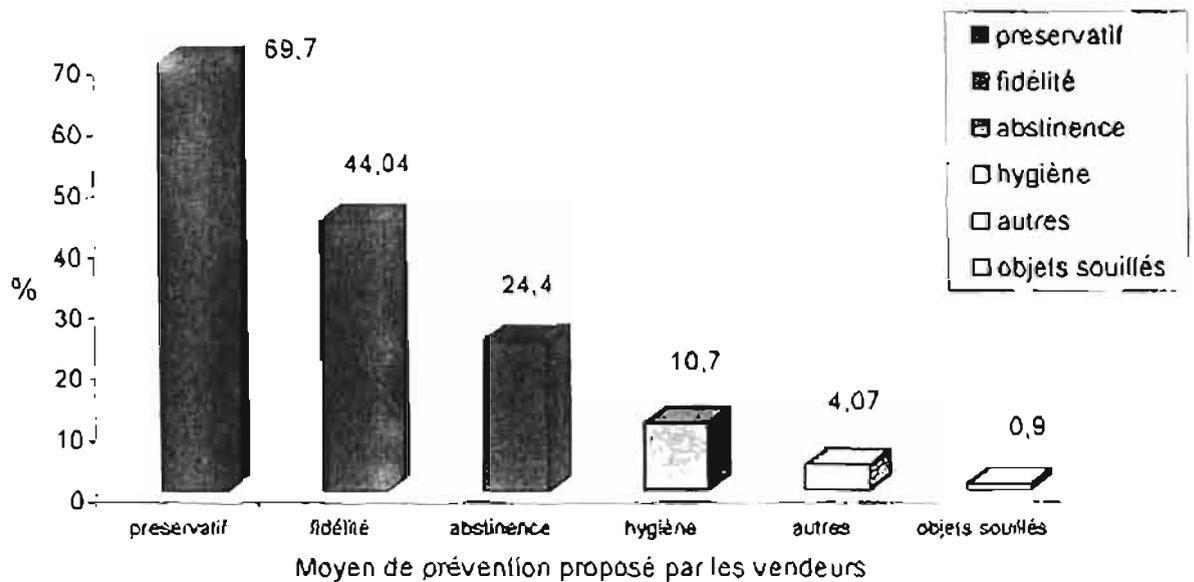


Figure 7 : Mode de prévention proposé par les vendeurs (en pourcentage)

Autres = pas possible, sensibilisation, faire des examens réguliers.

➤ Relation entre IST et VIH/SIDA selon des vendeurs

La majorité des vendeurs connaissait la relation entre IST et VIH/SIDA. Cependant bon nombre confondaient certaines pathologies avec le VIH/SIDA et avaient une mauvaise notion des IST /VIH/SIDA comme le montre le tableau II.

Tableau II : répartition des vendeurs selon la relation qui existe entre IST et VIH/SIDA.

Relation entre VIH/SIDA et IST selon les vendeurs	Effectifs	%
Les IST augmentent le risque de transmission du VIH/SIDA	5	2,26
Les IST peuvent se convertir en SIDA	2	0,91
L'hépatite permet la transmission du SIDA	1	0,45
Les IST et le SIDA se transmettent par la même voie	33	14,93
Le SIDA est une IST	15	6,79
Le zona est un SIDA	1	0,45
Non déclaré	164	74,21
Total	221	100

➤ Sources d'information des vendeurs sur les IST/VIH/SIDA.

142 vendeurs (soit 64,25%) n'étaient informés des IST/VIH/SIDA que par les médias. La figure 8 donne les sources d'information des vendeurs

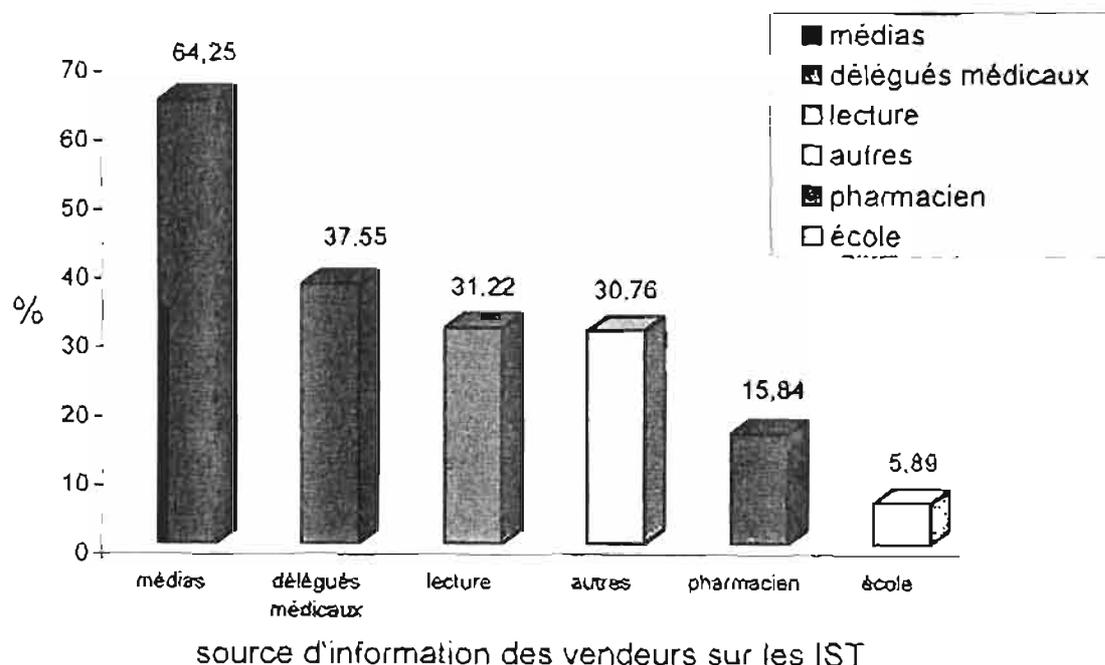


Figure 8 : Source d'information des vendeurs

3.3 Conduite, Attitude et Pratique des pharmaciens et comportements des vendeurs.

1.6.1 Conduites, Attitudes et Pratiques du pharmacien devant un patient atteint d'IST

➤ Lieu de réception du patient par le pharmacien.

20 pharmaciens (soit 25%) recevaient les patients dans leur bureau

8 pharmaciens (soit 10%) recevaient les patients dans un autre lieu (téléphone, à l'écart).

52 pharmaciens (soit 65%), recevaient les patients atteints IST au comptoir comme le fait voir la figure 9.

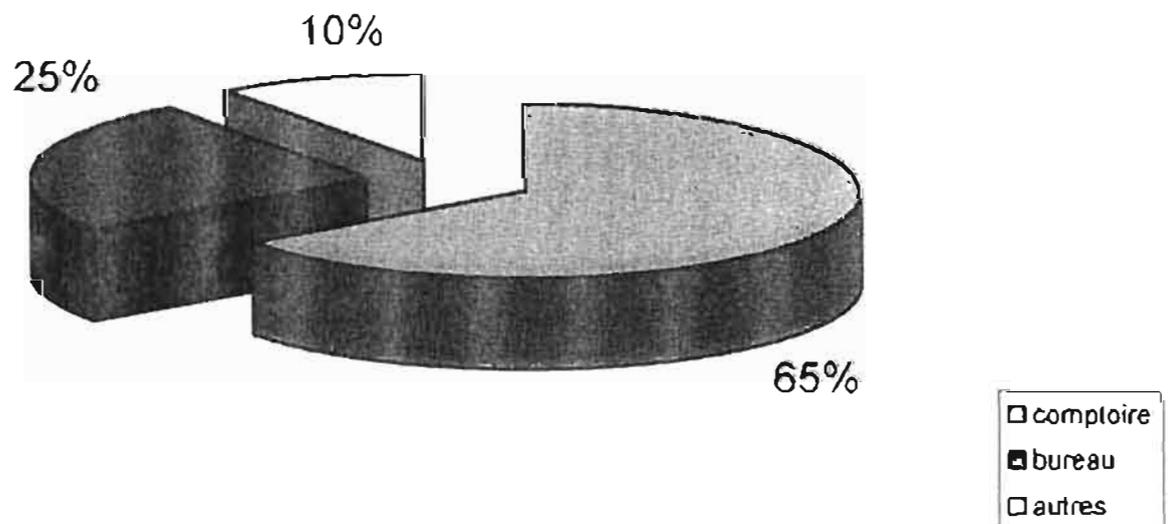


Figure 9 : Lieu de réception des patients par les pharmaciens

➤ Grandes directives de l'interrogatoire du pharmacien devant un patient atteint d'IST.

Après réception, il passait à l'interrogatoire.

Quant à l'interrogatoire, 8 éléments composaient le questionnaire des pharmaciens comme le montre le tableau III.

Tableau III : répartition des 80 pharmaciens selon les grandes directives de leur interrogatoire devant un patient atteint d'infection sexuellement transmissible.

Les directives de l'interrogatoire devant un patient atteint d'IST par le pharmacien	Effectifs	Pourcentage
Histoire de la maladie	43	53,75
Les antécédents	3	3,75
La durée de la maladie	8	10
Les symptômes de la maladie	61	76,25
Les médicaments déjà pris	11	13,75
Le mode de vie du patient	15	18,75
La localisation de la maladie	5	6,25
Conseiller des examens biologiques	4	5

➤ Attitudes du pharmacien.

Après l'interrogation, trois attitudes étaient observées devant un patient atteint d'IST de façon générale :

- conseiller un médicament (50%)
- référer à un centre médical, (10%)
- conseiller un examen biologique. (7%)
- Non déclarés =33%

Mais selon les syndromes, c'est dans le cas d'écoulement vaginal que les pharmaciens (73,75%) conseillaient un médicament. Ils conseillaient plus les examens biologiques dans le même cas. Ils réfèrent plus dans le cas d'ulcération génitale comme le montre le tableau IV.

Tableau IV: Conduite à tenir des 80 pharmaciens en fonction du syndrome d'IST

Conduite à tenir	<u>Syndromes</u>									
	E.V		E.U		U.G		D.P		Prurits génitaux	
	eff	%	Eff	%	eff	%	eff	%	eff	%
Conseiller un médicament	59	73,75	44	55	16	20	22	27,5	29	36,25
Conseiller un examen biologique	10	12,5	8	10	6	7,5	7	8,75	3	3,75
Référer à un centre médical	13	16,25	12	15	33	41,25	16	20	10	1,25

- E V : écoulement vaginal
- E U : écoulement urétral
- U G : ulcération génitale
- D P : douleur pelvienne
- Prurits : des prurits au niveau des organes génitaux
- eff : effectif

➤ Autre attitude du pharmacien : suivi des patients.

36 pharmaciens (soit 45% des pharmaciens), suivaient les patients après conseil à l'officine.

➤ Attitudes et conduite à tenir du pharmacien devant les patients atteints du SIDA qui se présentent à l'officine

55 pharmaciens (soit 98,25% des pharmaciens) qui recevaient des patients atteints du SIDA ne les traitaient pas.

Un pharmacien suivait les patients vivant avec le VIH en collaboration avec les cliniciens.

39 pharmaciens (soit 69,64% des pharmaciens) qui recevaient des patients atteints du SIDA, recevaient également des ordonnances prescrits des ARV.

3.3.2 Comportements des vendeurs.

Nous avons remarqués que les vendeurs recevaient des patients atteints d'IST et même les donnaient des médicaments.

➤ Lieu de réception des patients par les vendeurs

214 vendeurs (soit 96,83%) recevaient les patients atteints d'IST au comptoir.

23 vendeurs (soit 10,40%) recevaient les patients dans autres lieux (en dehors de l'officine, ou au téléphone).

➤ Attitudes principales des vendeurs.

Le vendeur après réception, adoptait des attitudes devant le patient atteint d'IST.

* La majorité des vendeurs s'appuyaient sur 4 éléments pour diagnostiquer les IST :

- Les comportements du patient (9,95% des vendeurs)
- Les signes physiques du patient (22,17% des vendeurs)
- Les symptômes des IST (4,52% des vendeurs)
- Les explications des patients (78,73% des vendeurs)

* Après diagnostic, le vendeur proposait des médicaments aux patients atteints d'IST

199 vendeurs (soit 90% des vendeurs) proposaient des médicaments aux patients atteints d'IST se présentant à l'officine.

La figure 8 suivante donne le pourcentage des classes de médicaments proposées par les vendeurs. Les antibactériens sont les plus proposés comme le montre la figure 10.

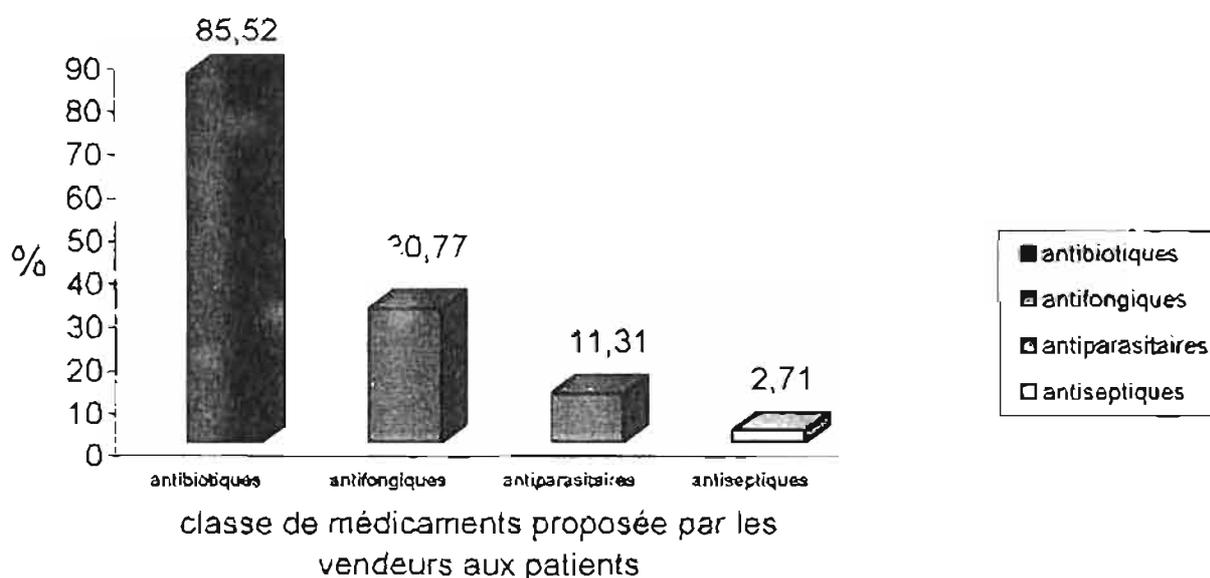


Figure 10: Les classes des médicaments proposés par les vendeurs aux patients.

* La deuxième attitude du vendeur était référer le patient à un centre médical

* La troisième attitude était de referer le patient à son pharmacien

➤ Autres attitudes du vendeur devant un patient atteint d'IST

* Conseils et modes de prévention proposés par le vendeurs.

90% des vendeurs conseillaient les patients vis à vis de leurs partenaires sexuels et leur recommandaient de se traiter à deux.

77,38% des vendeurs délivraient des préservatifs avec conseils. comme mode de prévention .

7.7% sensibilisaient les patients.

* Suivi des patients par les vendeurs

81 vendeurs (soit 36,65% des vendeurs) suivaient les patients après proposition de médicament .

3.4 Facteur pouvant influencer la connaissance et C.A.T

3.4 1 Facteurs pouvant influencer la connaissance

➤ Nombre d'années d'expérience à l'officine

Le croisement entre la nature de la définition et le nombre d'années d'expérience nous a montré que 47,97% des vendeurs qui avaient moins de 4 ans d'expérience à l'officine avaient répondu complètement à la définition des IST.

3.4.2 Facteurs pouvant influencer la conduite l'attitude et la pratique.

➤ Sexe du pharmacien

Le tableau V suivant donne la répartition des patients d'IST reçus en fonction du sexe du pharmacien.

Tableau V : Les patients IST reçus en fonction du sexe du pharmacien.

Sexe des pharmaciens	Reçoit des patients D'IST (pharmacien)		
	Oui	Non	Total
Masculin	34	4	38
Féminin	37	3	40
Total	71	7	78

Le test de KHI2 = 0,22 p = 0,64

- Il n'existe pas une relation significative entre le sexe du pharmacien et les patients IST reçus (les pharmaciens de sexe masculin recevaient presque autant de patients IST que ceux de sexe féminin).

- Notons qu'il existe pas de relation entre sexe du pharmacien et sexe du patient atteint d'IST se présentant à l'officine. (Le croisement donne un p non significatif)

➤ formation du personnel de l'officine.

70 pharmaciens (soit 89,74% des pharmaciens) ne formaient par leur personnel en matière d'IST

➤ Ordonnance contenant des ARV

Il existe une relation statistique entre les patients atteints du SIDA reçus et les ordonnances qui contenaient des ARV. En effet, 81,1% des patients reçus avaient des ordonnances contenant des ARV comme le montre le tableau VI.

Tableau VI : Ordonnance reçue par les pharmaciens en fonction des personnes vivant avec le VIH.

Recevoir des patients atteints du SIDA	Recevoir des ordonnances contenant des ARV		
	Oui	Non	Total
Oui	37	17	54
Non	5	19	24
Total	42	36	78

Les test de KHI2 = 15,2 p = 0,000096

77,35% des pharmaciens ont déclaré que les patients atteints du SIDA se présentaient à l'officine pour avoir des conseils. Seuls 15,09% des pharmaciens ont déclaré qu'ils venaient pour honorer leur ordonnance .

➤ Lieu de réception des patients.

Dans les officines, 62,74% des personnes qui recevaient des patients IST étaient des vendeurs et le lieu de réception était le comptoir dans les 96,01% des cas

* En tenant compte du lieu préféré par le patient atteint d'IST, nous pouvons dire que les femmes souffrantes d'IST ont plus honte que les hommes (les femmes avaient 3 lieux préférées contre un (1) pour les hommes. En plus 53,66% de ceux qui appelaient les vendeurs à l'écart étaient des femmes) comme le tableau VII.

Tableau VIII : Répartition selon le sexe du patient et le lieu de réception préféré par le patient pour exposer son problème

Sexe des patients reçus	Lieu préféré par le patient pour exposer son problème			Total
	écart	dehors	téléphone	
Masculin	95	0	0	95
Féminin	110	5	3	118
Total	205	5	3	213

➤ Sexe du vendeur

Il existe une relation entre le sexe du vendeur et le sexe du patient qu'il recevait. Le test est significatif. En effet, 62,13% des patients de sexe masculin sont reçus par des vendeurs de même sexe et 81,35% des patientes IST sont reçues par des vendeuses comme le montre le croisement.

Tableau VIII Relation entre sexe du patient et sexe du vendeur qui le reçoit

Sexe des vendeurs	Sexe des patients reçus		
	masculin	féminin	total
Masculin	64	22	86
Féminin	39	96	135
Total	103	118	221

Khi 2 =43,76 p = 0,0000000

➤ Nombre d'années d'expérience des vendeurs à l'officine

Les vendeurs moins expérimentés (0 à 4 ans) réfèrent plus des patients IST aux centres médicaux que ne le faisaient les plus expérimentés. En effet, 55,44% de ceux qui réfèrent avaient moins de quatre ans d'expérience comme l'indique le tableau IX.

Tableau IX: Répartition des référés en fonction de nombre d'années d'expérience du vendeur à l'officine.

Année d'expérience	Référé		Total
	Oui	Non	
0-4 ans	56	1	57
5- 9 ans	23	1	24
10-14 ans	12	1	13
15 – 19	5	0	5
20-24 ans	4	0	4
25 et plus	1	0	1
Total	101	3	104

3.5 Syndromes des IST fréquemment rencontrés à l'officine et fréquentation des patients atteints des IST à l'officine.

3.5.1 Fréquentation des IST dans les officines selon le pharmacien

➤ Fréquentation des patients IST à l'officine

73 pharmaciens (soit 91,25%) ont déclaré recevoir des patients atteints d'IST

➤ Syndromes d'IST rencontrés à l'officine selon le pharmacien.

Les pharmaciens ont déclaré recevoir fréquemment des patients souffrant d'écoulement urétral, puis moins fréquemment ceux souffrant d'écoulement vaginal et enfin rarement ceux souffrant de douleurs pelviennes comme le montre la figure 11.

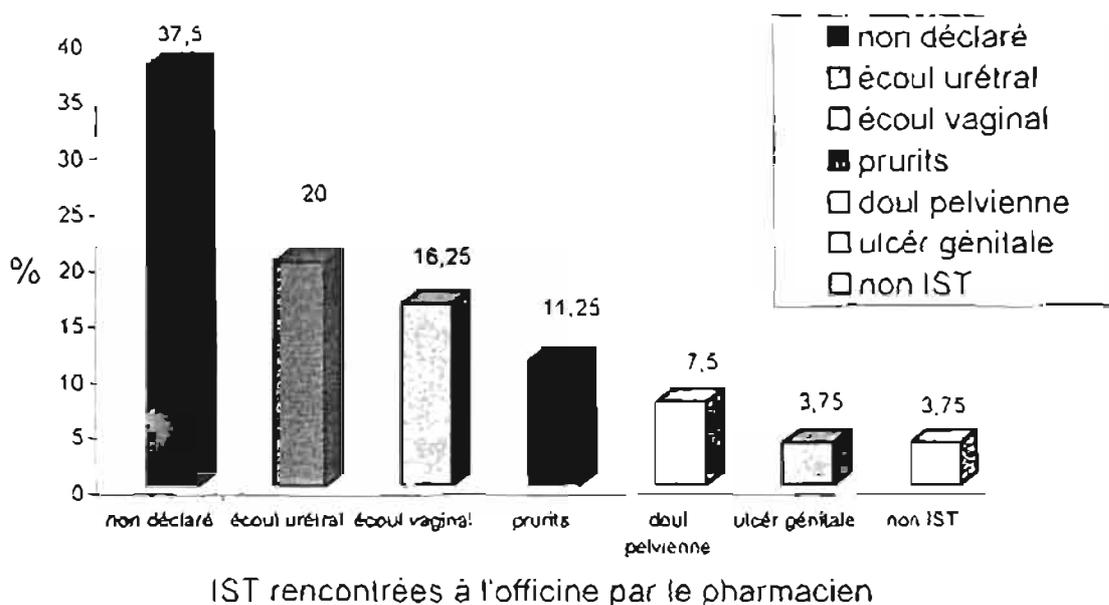


Figure 11: Les IST les plus rencontrées par les pharmaciens à l'officine.
Non IST = miction difficile, infection urinaire.

➤ Estimation selon les pharmaciens.

34 pharmaciens (soit 42,5%) ont accepté estimer le nombre de cas d'IST reçu à l'officine

• Par jour

7 pharmaciens (soit 20,59% des pharmaciens qui ont accepté estimer le nombre de cas d'IST) ont déclaré avoir par jour des cas d'IST avec une moyenne de 2 cas par jour.

- Par semaine

8 pharmaciens (soit 23,53%) ont déclaré recevoir en moyenne 4 patients par semaine.

- Par mois

9 pharmaciens (soit 55,88%) ont déclaré recevoir en moyenne 8 patients par mois

- Fréquentation des personnes vivant avec le VIH dans les officines selon le pharmacien .

Sur les 80 pharmaciens interrogés, 56 (soit 70%) ont déclaré recevoir des patients atteints du SIDA.

35 pharmaciens (soit 87,80% de ceux qui ont accepté répondre à la provenance des ordonnances contenant des ARV), affirmaient que ces dernières ne provenaient pas des prescripteurs qualifiés pour les prescrire .

3.5.2 Fréquentation des IST à l'officine selon les vendeurs .

- Fréquentation des cas d'IST à l'officine selon les vendeurs

220 des 221 (soit 99,5% des vendeurs) ont déclaré recevoir des patients atteints d'IST.

- Syndromes rencontrés selon les vendeurs.

Les prurits aux niveau des organes génitaux, les douleurs pelviennes, les écoulements vaginaux étaient les plus rencontrés à l'officine par les vendeurs comme le montre la figure 12.

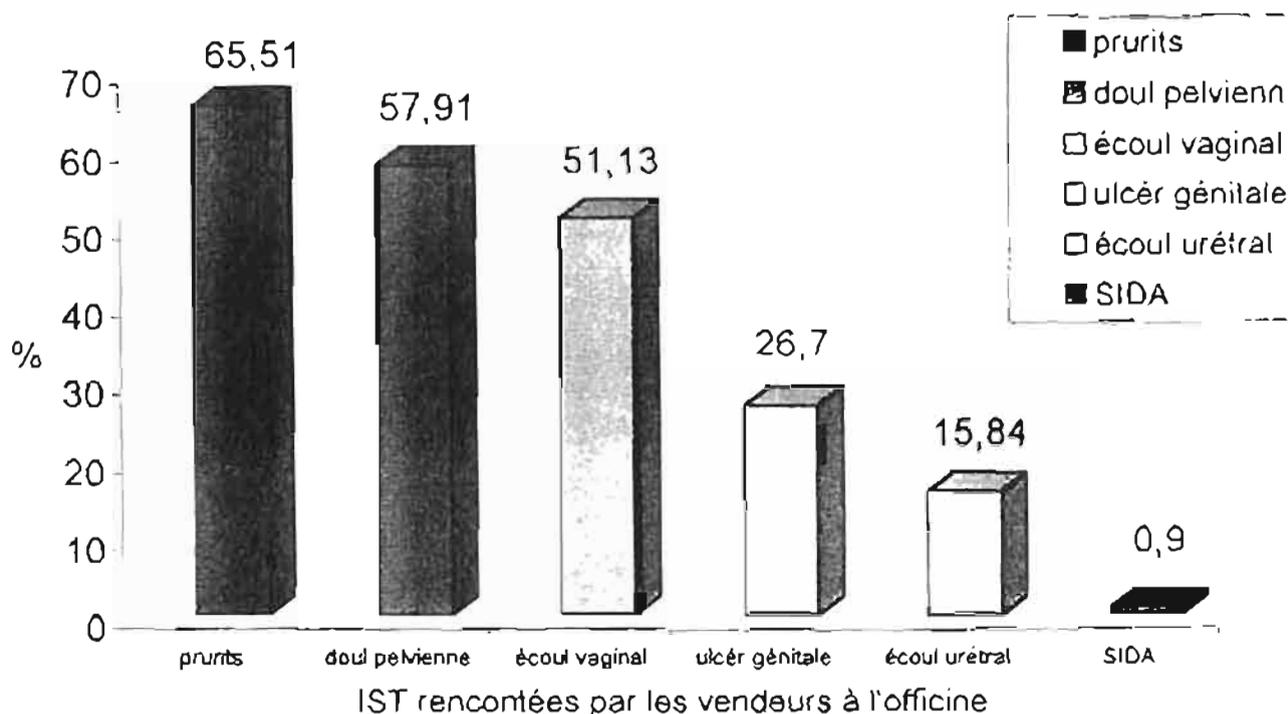


Figure 12: Les IST rencontrées à l'officine par les vendeurs (en pourcentage.)

➤ Estimation par les vendeurs.

207 vendeurs soit 93,67% des vendeurs ont accepté estimer le nombre de patients IST reçus :

- Par jour

38 vendeurs (soit 18,35% de ceux qui ont accepté estimer), ont accepté estimer le nombre de cas d'IST reçus par jour à une moyenne de 2 patients par jour.

- Par semaine

85 vendeurs (soit 41,07%) ont accepté estimer le nombre de patients d'IST reçus par semaine à une moyenne de 3 patients par semaine.

- Par mois

84 vendeurs (soit 40,06%) ont accepté estimer le nombre de patients IST reçus par mois à une moyenne de 3 patients par mois.

3.5.3 Facteurs pouvant influencer la fréquentation des patients IST

➤ Sexe du pharmacien

Les résultats montrent qu'il existe une relation entre le sexe du pharmacien et le sexe du patient qui a été reçu : Les pharmaciens du sexe masculin recevaient plus les patients de sexe masculin que de sexe féminin contrairement aux pharmaciens de sexe féminin. Nous avons observé que dans le cas du SIDA, cette relation entre le sexe du pharmacien et le sexe du patient qu'il recevait, n'existait pas($p = 0,7$ non significatif).

Néanmoins, le pharmacien de sexe féminin recevait plus de personnes vivant avec le VIH que ne le faisait celui de sexe masculin.

➤ Sexe du patient IST reçu , sexe du vendeur

selon les pharmaciens le sexe le plus reçu était le sexe masculin.

Selon les vendeurs, le sexe féminin était plus reçu (52,95% des vendeurs)

Il existe une relation entre le sexe du vendeur et les patients souffrant de douleurs pelviennes reçus comme le montre le tableau X.

Tableau X: relation entre déclarer avoir des douleurs pelviennes et sexe du vendeur qui les recevait.

	Déclarent avoir des douleurs pelviennes		
	Oui	non	Total
Sexe des vendeurs			
Masculin	90	12	102
Féminin	111	5	116
Total	201	17	218

Le test de KHI2 = 4,19 $p = 0,40$: les vendeuses reçoivent plus des patientes souffrantes de douleurs pelviennes (55,22% de ceux qui recevaient ces patients étaient des femmes). Le test est significatif

➤ Lieu de réception.

Selon 81% des vendeurs, les patients souffrants d'IST préféraient être écoutés à l'écart .

➤ Situation géographique de l'officine.

Les officines situées à la périphérie recevaient plus de patients de sexe masculin souffrant d'IST que ceux de sexe féminin souffrants d' IST. Par contre, les officines situées au centre ville, et à côté du marché étaient fréquentées par autant de femmes que d'hommes souffrants d'IST.

70,59% des officines fréquentées par les patients IST étaient situées à la périphérie de la ville.

➤ Moment de fréquentation des patients IST

Selon 51,28 % des pharmaciens, les patients aimaient venir le matin. Par contre, les vendeurs recevaient des patients souffrant d'IST à tout moment de la journée, comme le montre la figure 13 .

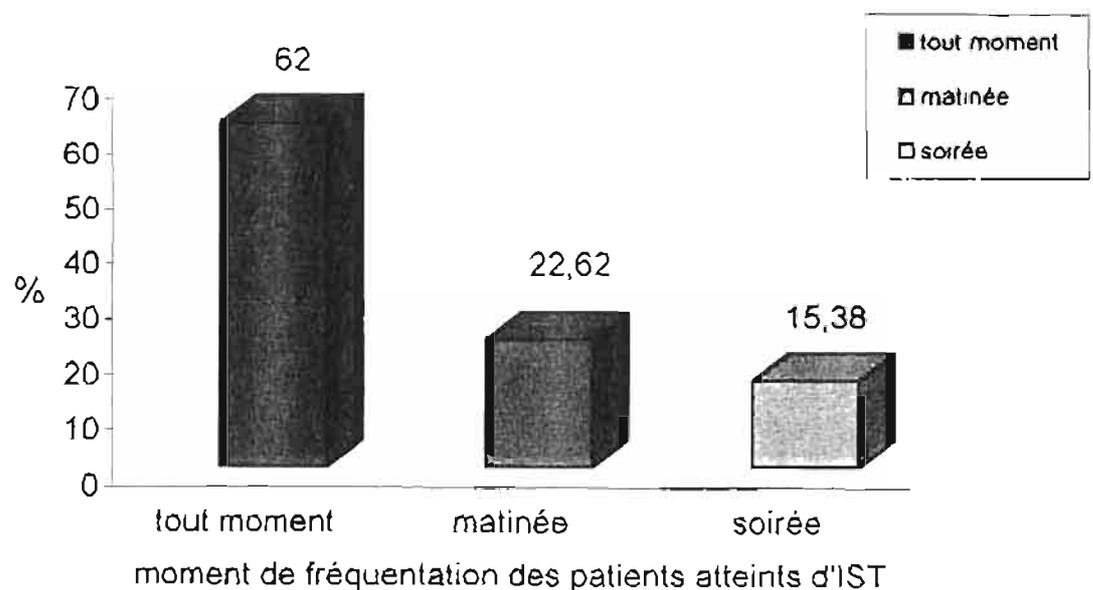


Figure13: Les moments de fréquentation des patients selon les vendeurs

3.6. Disponibilité des médicaments anti-IST.

3.6.1 Disponibilité des médicaments dans les officines privées.

10,25% des médicaments de l'algorithme n'ont jamais existé dans les 15 officines qui ont accepté remplir la fiche de disponibilité. 82,05% de ces médicaments étaient en rupture pendant notre période d'étude. En réalité, 7,70% des médicaments de l'algorithme 1998 qui étaient en vigueur au moment de notre enquête, existaient dans les 15 officines pendant notre enquête.

11 pharmaciens (soit 14,10%), disposaient des ARV dans leur officines

3.6.2 Disponibilité des médicaments chez les grossistes répartiteurs de médicaments.

Ouagadougou comptait trois (3) grossistes répartiteurs privés et 2 grossistes de génériques au moment de notre enquête.

Deux 2 grossistes répartiteurs ont accepté de nous donner l'état des médicaments de l'algorithme contre les IST du mois de juillet au mois de septembre 2002 .

Un (1) grossiste a donné l'état des mois de juillet et août 2002, sans donner celui de septembre à cause de problèmes d'informatique.

Un (1) grossiste générique a refusé de donner l'état des médicaments de l'algorithme contre les IST.

23,85% des médicaments de l'algorithme n'existaient pas chez les grossistes de la place ayant répondu à la question pendant notre enquête .

3.6.3 Disponibilité des ARV dans les officines privées

85,45% des pharmaciens qui recevaient des patients atteints de sida n'ont pas d'ARV dans leurs officines comme le montre le tableau XI.

Tableau XI : Répartition des pharmaciens selon qu'ils ont des ARV dans leur officine et acceptent recevoir des patients VIH/SIDA.

	Avoir des médicaments contre le SIDA(ARV)		
	Oui	Non	Total
Recevoir des patients SIDA			
Oui	8	47	55
Non	3	22	25
Total	11	69	80

3.6.4 Commandes des médicaments

73 pharmaciens (soit 93,59%) s'approvisionnaient au niveau national.

3 pharmaciens (soit 3,85%), s'approvisionnaient au niveau national et à l'étranger.

2 pharmaciens (soit 2,56%) ont refusé de répondre à la question.

Ce sont les magasiniers qui commandaient les médicaments dans la majorité des officines .

3.7 Engagement du pharmacien dans la lutte contre les IST/VIH/SIDA.

54 pharmaciens (soit 98,18% des pharmaciens) qui recevaient des patients atteints du IST et VIH/SIDA se sont engagés à aider à la lutte contre le VIH/SIDA.

Type et forme d'engagement du pharmacien.

77 pharmaciens(soit 96,25%) se sont engagés à aider à la lutte contre le VIH/SIDA(suppression de la marge bénéficiaire, réduction de la marge bénéficiaire, engagement professionnel).

47 pharmaciens (soit 58,75%) accepteraient recevoir des patients atteints du SIDA s'ils bénéficiaient d'une formation psychosociale.

La majorité des pharmaciens se sont engagés le plus à la réduction de la marge bénéficiaire sur les médicaments, et particulièrement sur les ARV.

56 pharmaciens (soit 70%) sont d'accord pour une réduction des prix des médicaments en général, particulièrement pour ceux contre les IST et contre les maladies opportunistes.

3.8. Les sollicitations des pharmaciens et des vendeurs.

3.8.1 Les sollicitations des pharmaciens.

➤ Formation des informations sur des IST.

46 pharmaciens (soit 57.5%), préféreraient une formation sous forme de séminaire accompagnée de documents d'information sur les IST.

78 pharmaciens (soit 97,5%) sollicitent une formation sur les IST/VIH/SIDA.

53,5% des pharmaciens sollicitent des informations sur les nouvelles molécules, l'évolution des IST, les protocoles thérapeutiques nationaux.

➤ Dans le domaine du VIH/SIDA.

65 pharmaciens (soit 81,25% des pharmaciens) souhaiteraient avoir complètement le monopole pour commercialiser les ARV.

65 pharmaciens (soit 81,25%) aimeraient avoir la possibilité de délivrer les ARV aux mêmes avantages que la CAMEG.

68 pharmaciens (soit 85,9%) souhaiteraient une dispersion du monopole de la CAMEG en matière de délivrance des ARV.

➤ Celui qui doit assurer la formation .

39 pharmaciens (soit 48,75%) souhaiteraient que l'ETAT (particulièrement le ministère de la santé et CNLS) s'occupe de la formation des pharmaciens en matière d'IST comme le tableau XII le suggère.

Tableau XII : répartition des pharmaciens selon celui qui doit assurer le coût du recyclage en matière d'infection sexuellement transmissible

Celui qui doit assurer le coût du recyclage ou de la formation des pharmaciens	Effectifs	Pourcentage
Etat (ministère de la santé, CNLS)	39	48,75
Pharmaciens	23	28,75
Grossistes répartiteurs de médicaments	4	5
L'ordre des pharmaciens	4	5
ONG , association	5	6,25
Non déclaré	5	6,25
Total	80	100

➤ Raisons de visite des patients selon les pharmaciens.

48,75% des pharmaciens ont déclaré que les patients atteints du SIDA se présenteraient à l' officine pour avoir un secours financier .

3.8.2 les sollicitations des vendeurs.

206 vendeurs (soit 93,21%) solliciteraient une formation sur les IST/VIH/SIDA comme le montre la figure 14.

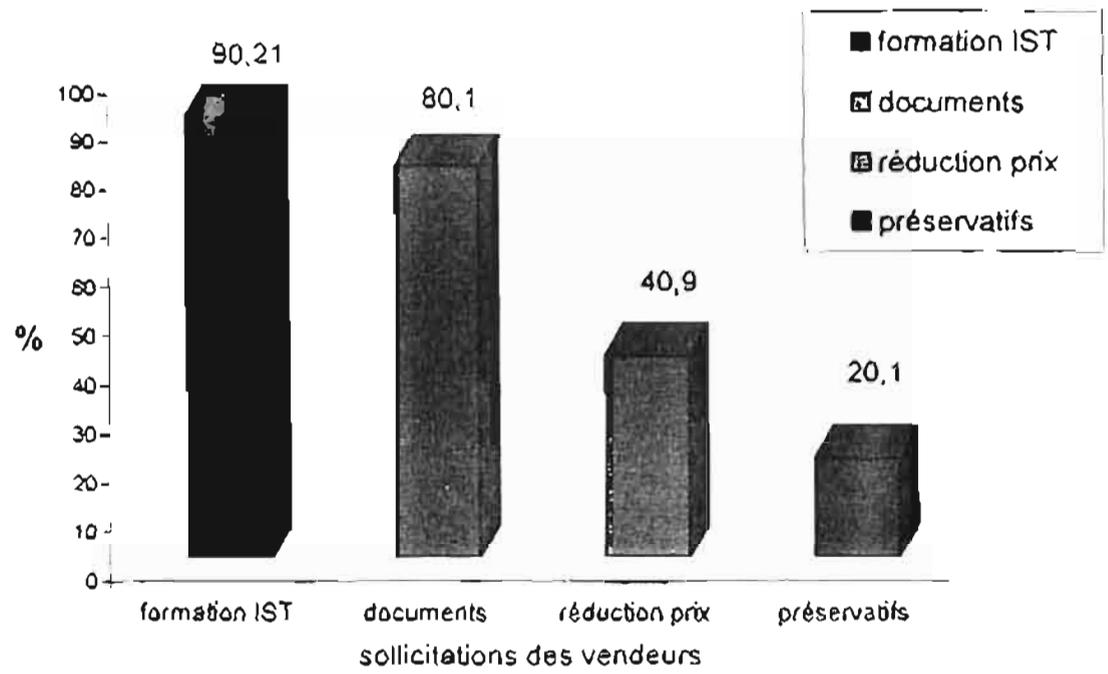


Figure 14 : Les sollicitations des vendeurs en pourcentage.

IV. COMMENTAIRE ET DISCUSSIONS

4.1. Limites et contraintes de l'étude

Notre étude a voulu faire le point des connaissances, des comportements et attitudes des pharmaciens et comportements des vendeurs devant un patient atteint d'IST. Nous avons voulu par la fiche de notification faire le point, évaluer l'ampleur des IST dans nos officines pharmaceutiques.

Les instruments et la méthode que nous avons utilisés ont été confrontés aux limites et contraintes multiples dont :

- le refus de remplir la fiche de notification et celle de disponibilité des médicaments de l'algorithme national,
- le refus de répondre à certaines questions,
- l'estimation par les vendeurs qui travaillaient en équipe et par période c'est à dire qui n'étaient pas constamment à l'officine.
- la méfiance dans la réponse des questions.

Ces limites et contraintes font que nous pensons que certains de nos résultats tels l'estimation, la disponibilité des médicaments dans les officines, peuvent être en dessous des réalités.

Malgré ces limites, nous pensons que nos résultats reflètent fidèlement la réalité de la contribution de la prise en charge des IST dans les officines pharmaceutiques privées de la ville de Ouagadougou.

4.2. Données générales .

Notre étude a montré que dans les officines, les patients ne sont pas reçus par les personnes compétentes pour la plupart des cas.

L'étude a montré qu'il n'existe pas de zone de confidentialité dans les officines pharmaceutiques. Il ressort de ces données générales, que les officines ne répondent pas aux normes exigées car elles ont des salles étroites sans un espace de confidentialité. Ce constat avait été fait par Kaboré en 1999 au Burkina Faso (23).

L'étude a montré que les documents de délivrance tels que les ordonnanciers ne sont pas utilisés comme l'avait déjà noté NAO en 1999 au Burkina Faso (47).

Ce constat s'expliquerait par le manque de rigueur des deux ordres que sont celui des pharmaciens et celui des médecins, à appliquer les règlements sur les actes de leurs membres.

Les résultats montrent que 31,25% des pharmaciens avaient moins de 5 ans d'expérience à l'officine avec une moyenne d'année de 7,5 ans. Cela correspond au nombre d'années d'ouverture des officines. Ce qui veut dire que beaucoup de pharmaciens, ainsi que leur personnel sont jeunes dans leur fonction. Aussi, une politique de contribution des officines dans la prise en charge des IST est à instaurée. C'est à ce prix que l'inexpérience sera surmontée.

Nous avons trouvé une moyenne d'années d'expérience de 7,5ans . Celle-ci est supérieure à celle trouvée par NAO en 1999 qui était de 7 ans. Malgré cette augmentation du nombre d'année expérience, les pratiques des pharmaciens n'ont pas changé par rapport à celles décrites par NAO (47). Ce qui veut dire que le fait de durer dans son corps, ne change pas les habitudes. Le pharmacien lui-même devra recevoir les patients dans son bureau pour remédier à l'inexistence de zone de confidentialité .

4.3 Connaissance des pharmaciens et étude de celles des vendeurs sur les IST

4.3.1 Connaissance des pharmaciens sur les IST.

➤ Définition des IST.

Notre étude a montré une insuffisance de connaissance même au niveau de la définition des IST. Nous pensons que la sous information des pharmaciens (la non information sur l'évolution de la notion de MST en IST) viendrait du fait, que d'une part, le pharmacien ne s'intéresse plus à la formation post universitaire et à la formation continue et que, d'autre part, les

limites des structures de lutte contre les IST/VIH/SIDA à ventiler les informations récentes à tout agent de santé sont établies.

Un recyclage impératif des pharmaciens comblerait cette insuffisance. Aussi la création d'une cellule d'information au sein de structures de prise en charge des IST est nécessaire pour ventiler les nouvelles informations à tous les agents de santé, le pharmacien d'officine y compris.

➤ Germes responsables des IST

Notre étude a montré que sur le plan étiologique et sur celui de la prescription, les connaissances de nos pharmaciens sont conformes à la littérature. Les quatre germes responsables des IST cités par les pharmaciens (bactéries, parasites, champignons et virus), se trouvent dans la littérature (32,46) et dans les algorithmes (36,37). Cependant 77% citaient comme premier germe, les bactériens. Nous pensons qu'ils reçoivent plus des IST d'origine bactérienne d'autant plus qu'ils recevaient plus de patients souffrant d'écoulement urétral(dont le germe est pour la plus part bactérien) et qu' aussi ils proposaient plus des antibiotiques pour le traitement des IST.

➤ Manifestations d'IST rencontrées.

Les IST rencontrées à l'officine et citées par les pharmaciens sont identiques à ceux des algorithmes nationaux. Cependant quelques uns citent des manifestations telles des prurits, mictions difficiles, infections urinaires comme des IST. Cette confusion des syndromes s'expliquerait par l'ancienneté de certains pharmaciens, qui ont quitté les bancs il y a longtemps et qui ne se forment plus. Cela n'est pas sans poser la nécessité de formation et de recyclage continu pour les pharmaciens d'officine .

Les écoulements urétraux sont les plus cités par les pharmaciens et cela se comprend par le fait que la majorité des pharmaciens étant du sexe masculin, recevrait plus de patients hommes souffrants d'IST.

➤ Résistance actuelle des germes.

Les résultats de notre étude montrent que les pharmaciens ne sont pas imprégnés de la résistance actuelle des germes. Cette sous information ne permet pas aux pharmaciens de savoir que certains médicaments qui n'étaient pas résistants, le sont actuellement. Il s'impose alors la nécessité de construction des centres d'IST de référence qui feraient les recherches et les publieraient pour tous les agents de la santé.

Ces centres auraient des services cliniques, des laboratoires et des services de prise en charge psychologique et seraient ouverts à tout moment. Les patients y bénéficieraient des consultations et d'examen gratuits.

➤ Médicaments proposés

Les classes étiologiques que les pharmaciens ont proposés dans les traitements des IST, appartiennent aux classes étiologiques des algorithmes (37,38) mais ne suivent pas le même schéma que ces algorithmes. Ceci montre que les pharmaciens d'officines ont une connaissance de base en matière d'IST mais qu'il va falloir uniformiser pour une meilleure contribution de prise en charge des IST. Les pharmaciens d'officine s'en tiendront à leur rôle de conseils et de délivrance des médicaments

➤ Connaissance des algorithmes

Les algorithmes ne sont pas connus par les pharmaciens. Ce qui atteste la sous information de ceux-ci sur les principes nationaux de prise en charge des IST. Cela pourrait être dû à une défaillance administrative. A cet effet, le code de déontologie des pharmaciens du Burkina en son titre II, chapitre V, article 37, stipule que les pharmaciens doivent s'efforcer de maintenir des relations confiantes avec les autorités administratives (6). Pour ce faire, un effort doit être fait des deux (2) côtés pour rétablir des relations saines entre pharmaciens d'officine et administration.

➤ Informations sur le VIH.

Bien que la majorité des pharmaciens (82,5%) soit informée du VIH/SIDA, ceux-ci sollicitent une formation dans ce domaine. Ces informations sont superficielles et ne permettent pas aux pharmaciens de jouer leur rôle de conseil des personnes vivant avec le VIH/SIDA sur la pharmacologie des ARV, sur les effets secondaires des ARV. Il y a aussi le fait que la prévention et la prise en charge psychologique des patients atteints du SIDA sont également mal cernés par eux.

4.3.2. Etude des connaissances des vendeurs

➤ Définition et IST rencontrées à l'officine .

Les vendeurs enquêtés montrent une méconnaissance des IST. Cette connaissance limitée des vendeurs en matière d'IST s'expliquerait par le fait qu'ils n'ont pas eu de formation de base sur les IST. En effet, les vendeurs à l'officine sont des profanes dans le domaine de la santé et particulièrement dans le cas des IST/VIH/SIDA : Ils ne sont pas formés par leur pharmacien . Ce même constat a d'ailleurs été fait par NAO en 1999 au Burkina (47) de façon générale .

Nos résultats ont montré que 63,34% des vendeurs connaissent le SIDA comme une IST. Clotilde chez les prestataires Burkinabé en 1996 avait trouvé moins (14).

Beaucoup de vendeurs ont cité des pathologies qui ne sont pas des IST telles sur la bilharziose, la coqueluche, le zona, les nausées etc. (cf. annexe 2). Cela montre les connaissances limitées des vendeurs qui ne peuvent pas par conséquent prendre en charge des IST ; dans cette situation, il y aura des échecs thérapeutiques avec des conséquences néfastes.

Etant donné cela, il faut que les vendeurs se limitent à l'exécution des ordres du pharmacien et que toute personne venant pour conseil soit reçue par celui-ci.

➤ Mode de contamination et moyens de prévention des IST.

La connaissance du mode de contamination, des portes d'entrée des germes responsables des IST, et des moyens de prévention des IST, est nécessaire pour une information et des conseils sur la réduction des risques qu'en court un patient atteint d'IST.

L'étude a montré que le mode de contamination était sexuel selon 91,85% des vendeurs et le moyen de prévention était le préservatif (69,70% des vendeurs). Ce mode de prévention leur a été véhiculé par les médias, et la publicité. Ils peuvent, par la sensibilisation jouer un rôle dans la prévention des IST à l'officine.

➤ Sources d'information

Pour jouer un rôle d'éducateur, d'informateur, de communicateur, il faut être bien informé. Une sous information ou des informations erronées conduiront à un échec de prévention des IST et ce de par les conseils inadéquats et par un faux diagnostic des IST etc. Donc un échec de la prise en charge avec des conséquences néfastes. Une bonne source d'information permettra de donner des conseils sûrs, d'éduquer, de prévenir et donc de diminuer la prévalence des IST.

Il ressort de notre étude que 64,25% des vendeurs n'étaient informés des IST que par les media et 15,84% par leur pharmacien. Cette information donnée par les médias est incomplète et parfois mal transmise ou modifiée. Elle n'est donc pas suffisante pour que quelqu'un qui n'a que ces informations prenne en charge des IST. Une information vraie sur la préventions et le mode de contamination des IST, pourra leur être donnée à l'occasion des modules de formation sur les IST organisée et planifiée dans le cadre d'une meilleure sensibilisation des IST.

Notre étude a montré que chez les vendeurs, la connaissance sur les IST n'est pas liée à la durée d'expérience à l'officine. Ceci s'expliquerait par le fait que les moins expérimentés qui n'ont pas 5 ans viennent probablement des

lycées où les programmes d'IST sont intégrés aux matières d'enseignement. Un renforcement de ce programme aura, d'une part, un impact dans la société et particulièrement dans le milieu jeune, et, d'autre part, réduira la transmission ISTVIH/SIDA.

Notre étude a montré également que 37,55% des vendeurs sont informés des IST par les délégués médicaux. Ce même constat qu'avait fait NAO en 1999 montrait que 67,3% des vendeurs étaient informés de façon générale par les délégués médicaux au Burkina FASO (47). Mohamed Sylla au Mali trouvait 76% (45). L'information des délégués n'étant pas toujours complète, vu sa visée commerciale, et vu son intéressement à un produit de laboratoire, doit être prise avec réserve.

Les deux principales sources d'information des vendeurs (média et délégués) n'étant pas fiables et sûres, cette insuffisance sera comblée par les pharmaciens ou par les spécialistes lors des modules de formation sur les IST par les spécialistes.

4.4 Conduites, Attitudes, Pratiques des pharmaciens et comportement des vendeurs à l'officine face aux patients atteints d'IST

4.4.1 Conduite, Attitudes et Pratiques du pharmacien.

- Lieu de réception des patients atteints d'IST et la personne qui les reçoit à l'officine.

L'étude a révélé que dans 65% des officines, le lieu de réception était le comptoir. Il était en général étroit, sans un espace de communication et de confidentialité. Ce qui dénote de la non conformité à la réglementation de l'espace dans les officines pharmaceutiques privées (6). Ce lieu de réception n'est pas celui préféré par les patients, vu qu'ils ont honte.

Aussi, faut-il que dans les conditions d'ouverture des officines, il existe obligatoirement cette zone de confidentialité et que le patient soit reçu par le pharmacien.

Nous avons enquêté dans 78 officines dont 7 sont pourvus d'assistants. Ce nombre d'assistant est peu élevé, d'autant plus que les pharmaciens ne sont pas sur place parfois dans leur officine et qu'en leur absence, il n'y a pas quelqu'un de compétent pour conseiller les patients. L'obligation d'avoir un assistant pharmacien avec certain chiffre d'affaire conformément à la réglementation (6) pourra remédier à cela.

Nos résultats ont montré que les patients IST étaient reçus dans les officines par les vendeurs (62,74% des personnes qui recevaient des patients), au comptoir (96,01% des lieux de réception).

Ce non respect de la réglementation n'assure pas une bonne prise en charge des IST, car les vendeurs n'ayant pas de connaissances suffisantes, ne peuvent pas par exemple assurer la prise en charge psychologique des IST : volet important de la prise en charge des IST (67,68). En effet, il n'est pas inutile de rappeler que souvent les IST peuvent avoir des répercussions fâcheuses sur le psychisme des patients par manque d'information et surtout suite à des informations erronées.

Dans les officines, le pharmacien est la personne qui recevait moins les patients IST. Cette substitution des fonctions du pharmacien a été déjà constatée par NAO en 1999 au Burkina Faso (6), et par Mohamed Sylla au Mali.

➤ Attitudes, Pratiques du pharmacien face aux IST/VIH/SIDA.

En se référant à la littérature (46), les résultats de notre étude ont révélé que les pharmaciens avaient dans leur interrogatoire 82% des éléments de l'interrogatoire devant les patients. Malheureusement ce ne sont pas eux qui reçoivent les patients IST.

Notre étude a montré que la majorité (76,25% des pharmaciens) s'appuyait sur les symptômes et l'histoire de la maladie pour : soit conseiller un médicament, soit référer au centre de santé, soit suggérer un examen biologique. Ils conseillaient plus des médicaments dans le cas d'écoulement vaginal (73,75% des pharmaciens). De même, Ils suggéraient plus l'examen biologique dans le même cas. Ils réfèrent plus dans le cas d'ulcération génitale. Ceci montre que les pharmaciens prêtent une attention particulière à ces deux infections. Il sont conscients de la complexité de la prise en charge des ces deux IST qui peuvent être causées par des germes différents et variés et qui ont des complications graves.

➤ Suivi des patients IST

45% des pharmaciens suivaient des patients après les conseils à l'officine .

Ce suivi consistait à dire aux patients de revenir après pour qu'ils voient l'évolution de la maladie. Nous pensons que ce suivi est insuffisant et que des centres spécialisés de prise en charge des IST doivent être créés et/ou doivent être connus pour que les pharmaciens orientent les patients pour une meilleure prise en charge des IST.

Les centres de santé amélioreront la qualité de leur prestation et/ou transféreront les patients vers les centres spécialisés.

➤ Formation du personnel.

89,74% des pharmaciens ne formaient par leur personnel. Ce même constat avait été fait par NAO en 1999 au Burkina Faso (47). Ce manque de formation du personnel ne permet pas à celui-ci d'être à jour des informations de première main sur la santé. La formation continue des pharmaciens et des vendeurs doit être coordonnée et planifiée.

➤ Conduite à tenir des pharmaciens face aux personnes atteintes du SIDA venant à l'officine.

88,1% des pharmaciens qui accueillait des patients atteints de SIDA, recevaient des ordonnances contenant des ARV. Alors que 85,45% des pharmaciens qui recevaient des patients sidéens n'avaient pas d'ARV dans leur officine. Il en découle, d'une part, que ce ne sont pas les structures de prise en charge des IST mises en place par l'ETAT qui reçoivent tous les sidéens, d'autre part, que la décentralisation de la CAMEG ou l'extension de sa politique pour une accessibilité des ARV sont à revoir. Aussi un élargissement de la politique de prise en charge de ces patients aux autres structures privées fréquentées par ces patients telles les officines pharmaceutiques, s'avère nécessaire : Les pharmaciens pourront, orienter les patients IST vers les centres spécialisés, les informer sur les IST.

68,51% des pharmacies qui s'entretenaient avec des patients atteints du SIDA, recevaient en même temps des ordonnances contenant des ARV qui ne venaient pas forcément du CTA. Ceci met à nu les limites et les insuffisances des centres de prise en charge des IST/VIH/SIDA mises par l'ETAT ainsi que les limites de la politique d'accès aux ARV. Ceci s'expliquerait par :

- La centralisation du CTA et de la CAMEG
- La non prise en compte de nos valeurs culturelles dans cette prise en charge de ces patients infectés.

Notre étude a en outre révélé que les pharmaciens qui recevaient les patients atteints du SIDA ne les traitaient pas mais leur donnaient des conseils psychologiques, hygiéno-diététiques et de prévention. On comprend dès lors la nécessité d'organiser au niveau central des formations psychologiques et de définir la conduite à tenir à l'intention des pharmaciens.

4.4.2 Comportement des vendeurs face à un patient atteint d'IST.

- Lieu de réception des patients, attitudes des vendeurs devant des patients IST.

Les vendeurs recevaient plus de patients à l'officine et au comptoir.

Notre étude a révélé que les vendeurs (78,73%) s'appuyaient sur les explications des patients pour conseiller un médicament ou pour référer à un centre de santé. Ils référaient peu les patients à leur pharmacien. Les vendeurs recevaient les patients car ils outre passaient en fait leur compétence et leur rôle. Ils s'appuyaient sur les explications vu qu'ils n'ont pas d'autres supports de diagnostic. L'explication du patient ne pouvant servir à diagnostiquer correctement l'IST, cela constitue une raison de plus pour que les vendeurs ne soient pas capable de prendre en charge les IST.

Cette prise en charge par les vendeurs s'expliquerait par le manque de politique de contribution de prise en charge des IST dans les officines, par la non disponibilité ou l'absence du pharmacien à l'officine. Pourtant toute personne demandant conseil doit être reçue par le pharmacien, seul compétent pour les conseils et la délivrance des médicaments. Cette attitude des pharmaciens est contraire au code de déontologie, particulièrement dans son livre III, au titre II ,chapitre II, article 13 et 169, et à son titre III chapitre1, section 5, article 71-72 (6)

Les conduites, attitudes, pratiques de nos vendeurs (écouter, conseiller un produit, référer) sont les mêmes que celles des vendeurs de la Côte d'Ivoire. Cependant elles s'écartent totalement de celles des vendeurs du Mali qui suivent, proposent des médicaments une première fois , une deuxième fois et une troisième fois.

Ce constat permet de dire que les règles de la déontologie ne sont pas totalement bafouées par les pharmaciens d'officines. Ils sont conscients de leurs responsabilités et ne laissent pas leurs personnels poser certains actes.

L'étude a montré que ce sont les moins expérimentés dans leur fonction de vendeurs (< 4 ans) qui réfèrent plus que ne le faisaient ceux qui avaient plus d'années d'expérience. Ce qui voudrait dire que les vendeurs qui ont duré dans leur corps ont tendance plus à traiter les patients IST que les nouveaux ne le font .

Notre étude a fait constater que ni les pharmaciens ni les vendeurs ne réfèrent les patients IST au service de dermatologie ou de gynécologie. La raison d'une telle attitude proviendrait soit du manque de centre spécialisé de prise en charge des IST, soit du manque d'information sur ces services spécialisés de prise en charge des IST par le pharmacien et les vendeurs. Etant donné que les centres de santé ont une prise en charge insatisfaisante (64), on assiste à un double échec de prise en charge des IST. Ceci pourrait expliquer l'intérêt de la création des centres spécialisés de prise en charge en IST et/ou l'information de tout agent de santé sur leur existence. En effet, la création des centres spécialisés pour la prise en charge des IST dans certains pays a montré une diminution de l'incidence et la prévalence du VIH et SIDA. C'est le cas des pays comme :

- la Côte d'IVOIRE avec le laboratoire national des références pour les MST (7), et la clinique confiance (28),
- Madagascar avec le dispensaire spécialisé d'Antananarivo(20),
- le Cameroun avec le centre antivénérien des armées à Yaoundé (34).

Aussi, les avantages de la création d'une unité d'IST nous ont été prouvés par SIMON.F et collaborateurs (68)

Notre étude a fait également ressortir que les vendeurs proposaient des traitements aux patients atteints d'IST. C'est le même constat qu'ont fait: Mohamed Sylla au Mali (46), et BAKO en Côte d'Ivoire (7), Louis. J.P au Cameroun (34), Ben Hamida A en Tunisie (9).

➤ Conseils des patients et la relation vendeurs patients.

Nos résultats ont attesté que 36,65% des vendeurs suivaient des patients après les conseils à l'officine.

Ce suivi consistait à observer l'évolution de la maladie, à identifier les effets secondaires des médicaments. Au regard des rôles du pharmacien, celui-ci se justifie dans le cadre de la pharmaco-toxico-vigilance. Ainsi, en considérant ces faits, le vendeur qui manque de connaissances de base ne peut faire correctement le travail et cette situation est à revoir.

Nos résultats(36,65%) sont inférieurs à ceux de Mohamed Sylla au Mali qui avait trouvé que 70% des vendeurs au Mali suivaient leur patients (45).

Nos résultats nous ont renseigné que 90% des vendeurs conseillaient les patients atteints d'IST vis- à- vis de leurs partenaires sexuels, les invitant à se traiter à deux (57,92% des vendeurs), à utiliser des préservatifs (77,38% des vendeurs). Dans le cadre de la prévention, ces conduites à tenir sont positives et aident à réussir le traitement des IST. Elles sont à encourager. A cet effet, on pourra former les vendeurs sur la prévention des IST, sur les techniques de prévention, sur le mode de transmission.

L'étude a montré aussi qu'il existe une relation entre le sexe du vendeur et le sexe du patient atteint d'IST qui se présente à l'officine pour des conseils. Cette situation de fait implique la nécessité d'une équipe mixte de vendeurs dans les officines.

4.5 Fréquentation des officines pharmaceutiques privées par les patients atteints d'IST .

4.5.1 La notification des cas d'IST à l'officine

L'étude ayant prouvé qu'il existait des cas d'IST à l'officine, elle montre du coup les insuffisances et les limites des cas de notification au niveau national. La conséquence en est que les chiffres donnés par les centres médicaux sont en dessous des réalités.

4.5.2. Fréquentation des officines IST et situation géographique des officines.

Notre étude a fait constater que les officines situées à la périphérie recevaient plus de patients souffrant d'IST que celles situées au centre ville. Aussi, celles de la périphérie étaient fréquentées plus par les patients de sexe masculin que ceux du sexe féminin, tandis que celles du centre ville sont autant fréquentées par les femmes que par les hommes. Ceci pourrait être expliqué par le niveau social, culturel et religieux des populations en périphérie par rapport à celui de celles du centre ville.

4.5.3 Fréquentation des officines par les patients atteints d'IST selon les pharmaciens.

➤ Fréquentation des IST à l'officine

73 pharmaciens soit 91,25% ont affirmé être visités par des patients atteints d'IST. Cette fréquentation est régulière, périodique selon les estimations de 34 pharmaciens.

Ceci n'est pas sans recommander la nécessité d'une mise en place d'une politique de contribution de prise en charge des IST au niveau officinal.

➤ Moment de visite des patients

Les pharmaciens recevaient plus les patients atteints d'IST le matin. Ce moment choisi par les pharmaciens peut être expliqué par 2 façons: soit les patients choisissaient l'officine comme un centre de consultation, soit c'est le moment où on peut trouver le pharmacien. Cette deuxième hypothèse, sans annuler la première, semble tenir car les vendeurs, quant à eux, recevaient des patients à tout moment.

➤ Fréquentation des officines par les personnes vivant avec les VIH.

Notre étude a aussi prouvé que 70% des pharmaciens recevaient des patients atteints du SIDA dans leur officine. Ces patients (atteints du SIDA) n'avaient pas de moment préféré pour rencontrer le pharmacien .

La raison en serait les limites et les insuffisances des structures disponibles de prise en charge du SIDA

4.5.4. Fréquentation des officines par les patients atteints d'IST selon les vendeurs.

➤ Fréquentation des patients IST

220 vendeurs (soit 99,5% des vendeurs) ont répondu recevoir des patients atteints d'IST. Cette fréquentation des patients atteints d'IST est régulier, périodique selon l'estimation des vendeurs.

Les estimations de nos vendeurs par semaine (3 cas /semaine), sont inférieures à celles du Mali (12 cas/semaine) (45).

Ce résultat confirme une fois de plus la fréquentation des officines par des patients atteints d'IST.

➤ Syndromes d'IST les plus rencontrés à l'officine

Les syndromes IST les plus rencontrés par les vendeurs étaient par ordre d'importance: les prurits, les douleurs pelviennes, l'écoulement vaginal. Mohamed Sylla au Mali avait trouvé que l'écoulement urétral était le premier syndrome reçu par les vendeurs, suivi de l'écoulement vaginal). Ces résultats se comprendraient par le fait que les patients atteints d'IST ont honte et s'adressent au sexe semblable pour expliquer leur problème d'IST. Ainsi, notre étude a révélé que ce sont des vendeuses qui sont plus nombreuses dans les officines privées et recevaient plus de patientes ; Les résultats de la Cote d'Ivoire et du Mali montrent le contraire car le nombre des vendeurs est plus important dans leur cas (7) ; Exemple : en Cote d'Ivoire, BAKO avait trouvé que c'était le sexe masculin qui fréquentait plus les officines (7).

4.6 Disponibilité des médicaments contre les IST.

Le médicament est la pierre angulaire du traitement des IST. Sa non disponibilité peut entraîner des complications, la prolongation de la chaîne de transmission des infections.

L'inefficacité des médicaments entraîne des résistances aux germes. Donc l'efficacité et la disponibilité des médicaments sont des conditions nécessaires pour réussir la prise en charge secondaire des IST afin de soigner des malades, de rompre la chaîne de transmission des infections.

4.6.1 La disponibilité des médicaments contre les IST dans les officines

La fiche de disponibilité des médicaments contre les IST a été refusée par 80,63% des pharmaciens. Cette non collaboration des pharmaciens est contraire au code de déontologie (6) . Elle ne permet ni de connaître la disponibilité des médicaments contre les IST, ni de pouvoir évaluer les politiques de prise en charge des IST au niveau national, encore moins de proposer une politique sur les médicaments contre les IST. Aussi, la non

disponibilité des médicaments, (pièce angulaire du traitement des IST) ne favorise pas la bonne prise en charge des IST.

7,70% des médicaments de l'algorithme seulement étaient disponibles dans les 15 officines qui ont accepté remplir la fiche y afférente. Ce faible pourcentage d'existence des médicaments de l'algorithme dans les officines pourrait s'expliquer par plusieurs raisons :

- La subvention des médicaments dans les dépôts publics mais malgré tout cela les patients viennent à l'officine.

- l'algorithme national est vieux(1998) et peut contenir des médicaments qui ont été retirés du marché, ou des molécules reconnues maintenant toxiques etc.(exemple la kanamycine retirée du marché Burkinabé figure toujours dans la liste des médicaments du dernier algorithme de 1998)

- les prescripteurs ne connaissent pas bien ou refusent l'algorithme, ou ne prescrivent pas les médicaments de l'algorithme.

- les pharmaciens ignorent l'existence de l'algorithme et les médicaments qui y sont et par conséquent ne les commandent pas.

- les délégués médicaux influencent les prescripteurs avec des nouvelles molécules qui ne sont pas dans l'algorithme.

Une seule officine a des kits des médicaments contre les IST. Voilà qui traduit la sous information, ou la non application par les pharmaciens d'officine, des grandes décisions sanitaires.

Même si le nombre des officines (qui ont accepté remplir la fiche de disponibilité des médicaments de l'algorithme) n'est pas représentatif, ce résultat (7,7%) est inférieur au résultat du Mali qui montre qu'au moins plus de 90% des médicaments recommandés par le PNLS existent dans les officines pharmaceutiques (45) .

4.6.2 La disponibilité des médicaments chez les grossistes.

23,80% des médicaments de l'algorithme n'existaient pas chez les grossistes qui ont accepté répondre à la question sur la disponibilité des médicaments de l'algorithme contre les IST.

Le manque des médicaments de l'algorithme contre les IST chez les grossistes s'expliquerait par l'absence de commande de ces médicaments par les officines. Cette situation viendrait du fait que ceux-là ne sont pas demandés par les prescripteurs. L'application des algorithmes nationaux au niveau des centres de santé est par conséquent à renforcer.

Le refus d'un des grossistes de répondre à la question sur la disponibilité ,nous autorise à douter de sa politique de grossiste et si c'est le cas, cela constituerait une violation du monopole du pharmacien d'officine. (6)

4.7 Engagement du pharmacien dans la lutte contre le VIH/SIDA

96,25% des pharmaciens s'engagent à aider à la lutte contre le VIH/SIDA. La majorité serait prête à réduire voire à supprimer leur marge bénéficiaire.

58,75% des pharmaciens accepteraient recevoir des patients atteints du SIDA s'ils bénéficient d'une formation psychosociale. Cet engagement trouve son sens d'autant plus que les sidéens sont parfois agités, déprimés et qu'il faut les moraliser parfois, ou jouer sur la psychologie pour les calmer avant de passer aux conseils ou à une explication quelconque.

Notons que les engagements ne sont pas homogènes. Mais comme il existe un ordre des pharmaciens, qui peut porter la responsabilité de ces engagements, les autorités peuvent leur donner la chance et la liberté de les mettre en pratique .

4.8 Sollicitations des pharmaciens et des vendeurs

➤ Les pharmaciens :

- Solliciteraient des informations sur les nouvelles molécules contre l'IST, l'évolution des IST, la conduite à tenir, la sémiologie des IST
- Réclameraient des formations sous forme d'ateliers, de réunions débats, suivies de projections vidéo, de séminaires pourvoyant en documents sur les IST.
- Souhaiteraient que le monopole de la CAMEG en matière de délivrance des ARV soit élargi à toutes les officines. Ceci est justifié par des visites de plus en plus fréquentes des patients atteints de SIDA se présentant à l'officine avec des ordonnances contenant des ARV.

➤ Les vendeurs

Ils solliciteraient plus de formation sur les IST.

Les informations et les formations ainsi que les recyclages pour les pharmaciens et les vendeurs trouvent leur raison d'être en ce sens que le niveau de connaissance en matière d'IST de ceux-ci est faible alors même qu'ils reçoivent des patients atteints d'IST et du VIH/SIDA. On comprend alors que 97,5% sollicitent une formation sur le VIH/SIDA .

V. CONCLUSION

Notre étude, nous a permis de connaître qu'il y a une fréquentation des patients souffrants d'infections sexuellement transmissibles, dans les officines privées de Ouagadougou. Ces patients sont reçus pour la plupart par des vendeurs au comptoir. Le pharmacien est la personne qui reçoit moins des personnes atteintes d'IST. La majorité des vendeurs proposent des traitements aux patients à partir de l'explication de ces derniers. Peu de vendeurs réfèrent des patients aux centres médicaux. Ils ont de connaissances limitées sur les IST et ne sont informés des IST/VIH/SIDA que par leurs amis et les médias. Ce qui donne parfois à ceux-ci des idées fausses sur les IST. Cependant ils ont un niveau acceptable sur la prévention des IST.

L'étude nous a aussi permis de savoir qu'il existe des cas de fréquentations des officines par les personnes infectées par le VIH/SIDA. Ces personnes viennent pour des conseils ; pour être écoutées, pour demander des secours financiers, pour honorer leur ordonnance. Elles ne sont pas traitées à l'officine . Peu d'officines qui reçoivent des personnes vivant avec le VIH possèdent des ARV . Les officines qui veulent satisfaire leurs patients, vont chercher ces ARV à la CAMEG à la demande des patients.

En outre elle nous a permis de révéler que les médicaments de l'algorithme ne sont ni prioritaires ni beaucoup délivrés dans les officines car ils y sont en rupture, et qu'il n'existe pratiquement pas de KITS de médicaments contre les IST dans les officines.

Nous avons aussi mis en évidence la relation qui existe entre le sexe du patient qui se présente à l'officine pour des conseils et celui du vendeur .

L'étude a contribué à connaître s'engagent verbalement du pharmacien à aider à la lutte contre les IST/VIH/SIDA par la réduction de leur marge bénéficiaire ou par la suppression de celle-ci.

Elle a permis de connaître les préoccupations des personnes vivant avec le VIH et les sollicitations des pharmaciens, tout comme les vendeurs.

Recommandations et suggestions

A u SP/CNLS

La création d'unités centrales des infections sexuellement transmissibles. Ces centres seront surtout situés dans les zones de prostitution, à côté des marchés et ouvertes 24 heures sur 24. Ces unités centrales auront des laboratoires de recherche et de contrôle des IST. Leurs prestations seront gratuites.

Au ministère de la santé

- Que les informations, les décisions importantes, les principes de prise en charge des IST/VIH soient ventilés à tout agent de santé, y compris le pharmacien, par les structures de lutte contre les IST/VIH/SIDA mises en place par l'ETAT.

- Le renforcement de l'application de l'algorithme dans les centres de santé.

- Le renforcement des trois laboratoires de référence en équipement matériel et humain.

- L'implication officielle des pharmaciens d'officine dans la contribution de la prise en charge des IST .

- Qu'il y ait une décentralisation des structures de prise en charge des IST/VIH/SIDA mise en place par l'ETAT telles que le CTA et la CAMEG.

La diffusion large des algorithmes au niveau des tous les centres de santé

A l'ordre des pharmaciens du Burkina Faso.

-Que les pharmaciens ainsi que les vendeurs soient recyclés et formés sur les IST /VIH/SIDA.

Qu'une formation continue puisse être mise en place et maintenue au profit des pharmaciens.

Aux pharmaciens

- Nous recommandons que les pharmaciens fassent un effort de recherche d'informations, de collaboration avec ces structures. Nous souhaitons aussi qu'il y ait une collaboration entre le pharmacien d'officine et le prescripteur.

- Que les pharmaciens adhèrent à de telles études .
Que l'équipe de vendeurs soit mixte.

BIBLIOGRAPHIE

1-ABIGAIL H, SALIM A K, KATHERINE F Et Al.

Syndrome packets and health worker training improve sexually transmitted disease case management in rural south Africa : randomised controlled trial. in AIDS 2000 ; 14 : 2769 – 79

2-ADDO – A TUAH J,

STD aménagement training for pharmacists. in the Ghana pharmaceutical Journal March/June 1999 ; 30 – 3

3-ADU – SAR KODI Y, STEINER MJ, ATTAFAUAH J, TWEEDYK.

Syndromic management of urethral discharge in pharmacies. in sex transm inf 2000 ; 76 : 439 – 442.

4- AHRTAG Et ENDA.

VIH/MST et planification familiale. action contre le sida 1994 ; 21 : 2-7.

5- ANKE BOURGEOIS , DANIEL H , GERMAINE DIBANGA , ET COL.

Elaboration et évaluation d'algorithme de dépistage des MST chez la femme enceinte à Libreville , Gabon. Cahier de santé 1996 ; 6 : 115-128

6- ASSEMBLEE DES DEPUTES DU PEUPLE.

Loi n° 23/94/ADP portant code de la santé publique. ADP Burkina Faso : 130 p

7- BAKO R, SANON S, KANE F.

Etude du conseil dans le traitement des maladies sexuellement transmissibles en officine privées Côte d'Ivoire. 1994 : 47 p.

8- BANZA B, GABRIEL SANGLI, YARO S ET COL.

Etude multisite sur les jeunes de Bobo-Dioulasso BF 2000. Rapport d'exécution de l'enquête de terrain. 2000. 130 p.

9- BEN HAMIDA A, KECHRID A, SAADALLAH N ET COLLABORATEURS.

Incidence et prise en charge des urétrites chez l'homme dans le district de Tunisie. Rev épidem et santé publique 1999 ; 47 : 397 – 402.

10- BOURGEADE A, MOUQUET B, CATHEBRAS P.

Maladies sexuellement transmissibles et stérilités en Afrique Noire. Med Trop 1987 ; 21p

11- BOURGEOIS A, HENZEL D, DIBANGA G ET COL.

Elaboration et évaluation d'algorithmes de dépistage des MST chez la femme enceinte à Libreville, Gabon. Cahier santé 1996 ; 6 : 115 - 41

12- CAZENAVE JC, BREDY Y, BAQUILLON G, BARNAUD .

Conduite à tenir face aux maladies sexuellement transmises déclarées chez la femme en Afrique tropicale. Med trop 1987 ;3,47 :231-45 ;265-78.

13- CISSE CT, CISSE ML, MOREIRA IV ET COL.

Maladies sexuellement transmissibles et stérilité féminine au CHU de Dakar : prise en charge et moyens de prévention. Dans contracept fertil sex. 1997 ; 25 (1) : 58 – 63

14- CLOTILDE TRAORE.

Etude de la capacité des services de santé à prendre en charge les maladies sexuellement transmissibles dans la ville de Ouagadougou BF. Thèse médecine Ouagadougou 1996 ; n°5 87 p

15- COMPAORE MOÏSE.

Urétrite aiguës masculines en milieu urbain de Ouagadougou. Etiologies pathologies associées et traitement. Thèse de médecine ESSA n°5. 1989. 86 p + annexes

16- DAMIBA A EM.

Les maladies sexuellement transmises problème de santé publique au BF
thèse médecine ESSA n° 1. 1984-1985. 130 p.

17- DISEKER RA, PETERMAN TA, KAMB ML ET AL.

STD in the United states : cross sectional and cohort analyses. in sex transm
inf 2000 ; 76 : 474 – 9

18- FIEVET JP, COURBON X, CAZENAVE JC, BARNAUD P.

Rétrécissement urétral en Afrique. Complication urologique des maladies
sexuellement transmissibles chez l'homme en Afrique. Med Trop 1987 ; 47 :
265 – 72

19- FOURN L, EBOUM BF, MASSOUGBODJI MET COLLABORATEURS.

Comportement des Etudiants infirmiers et sage femmes vis-à-vis de la
sexualité et de la prévention des maladies sexuellement transmissibles à
Cotonou Cahier santé 1997 ; 7 : 165 – 8.

20- GLEIZE L, RANDRIAMANGA R, RATSIMBAZAFY N, ET COLLABORATEURS.

Prise en charge des maladies sexuellement transmissibles par l'approche
syndromique et le dépistage VIH volontaire dans un dispensaire spécialisé
d'Antananarivo (Madagascar). Dans Arch In s^t Pasteur Madagascar 2000 ; 66
(182) : 46 – 9.

21- GROSS KURTH H, MWIJARUBI E, TODD J ET AL.

Operational performance of an STD control programme in Mwanza region,
Tanzania. in sex transm inf 2000 ; 76 : 426 – 36

22- GUY LR, DJOKOUEHI D, BAKA-YAO A ET COL.

La lute contre les maladies sexuellement transmissibles en Côte d'Ivoire :
Quelles stratégies face au VIH/Sida. Dans cahier santé 2000 ; 10 : 287 – 92.

23 - KABORÉ YOLANDE .E.

Evaluation de la réglementation pharmaceutique au Burkina faso. Etat de mise en œuvre des dispositions dans les officines privées de ouagadougou. Thèse de doctorat en pharmacie. 1999. 87 p

24 – KAFANDO ELEONORE.M.P.O

Etude biochimique de l'évolution des marqueurs hépatiques chez l'adulte noir burkinabé atteint d'hépatite B aiguë comparativement à des sujets sains. Thèse de médecine n°8. 1995. 104 pages

25- KAMENGA C, SAWADOGO Y, ZOUZOUA C, SECK K.

Analyse situationnelle des soins et prise en charge du VIH/Sida et des infections sexuellement transmissibles au Togo. Togo. Family health international. 2001 : 31 p.

26- KAMENGA C, SAWADOGO Y, SECK K.

Analyse situationnelle des soins et prise en charge du VIH/Sida et des infections sexuellement transmissibles au Cameroun. Family Health international. 2001 : 40 p

27 - KAMENGA C, SAWADOGO Y, ZOUZOUA C, SECK K.

Analyse situationnelle des soins et prise en charge du VIH/SIDA et des infections sexuellement transmissibles au Burkina Faso. 2001. 37 p.

28- KANE FADEL

Santé et soins des prostituées à Abidjan. Cote D'Ivoire 1994. 48 p

29- LANKOUANDE S , CARTRAYE J , COMPAORE P I .

Etude de la prévalence des maladies sexuellement transmissibles et infection à VIH au Burkina faso . 1995. 15 p.

30- LANKOUANDE S , KANE F, TRAORE A, ET COLLABORATEURS.

Cartographie MST au Burkina faso . Ouagadougou , Bobo dioulasso ,Banfora, dans le cadre du projet migrant programme de lutte cotre le SIDA du CCISD/ACDI.1995.32 p.

31 - LATIF A.

Recommandation pour la prise en charge des maladies sexuellement transmissibles. Action contre le sida 1992 ; 13 : 6- 7 .

32- LIBERTE. M .H ,VANWAEYENBERGH.

Les aspects récents des maladies sexuellement transmissibles. Edition Nauwelarerts et Frisson- roche. 1993. 631 p.

33 - LOPEZ – ZETINA J, FORD W, WEBER M, ET COL.

Credictors of syphilis seroreactivity and prevalence HIV among street recruited injection drug in los Angeles County; 1994 – 6. in sex transm inf 2000 ; 76 : 462 – 9.

34 - LOUIS JP, MIGLIANI R, TREBUCQ A ET COLLABORATEURS.

Prise en charge des maladies sexuellement transmissibles au Cameroun, en milieu urbain, en 1992. ann. soc belge Médecine Trop 1993 ; 73 : 267 – 78.

35 - MILLOGO D J.

Contribution à la rationalisation des prescriptions médicamenteuses dan la province du Kadiogo enquête sur les ordonnances dans les officines de la ville de Ouagadougou. Thèse de médecine FSS .1989.100 p.

36- MINISTERE DE LA SANTE.

Algorithme national de prise en charge des maladies sexuellement transmissibles (MST) 1998.30 p.

37- MINISTERE DE LA SANTE.

Algorithme national de prise en charge des maladies sexuellement transmissibles (MST) décembre 2001. 23 p

38- MINISTERE DE LA SANTE.

CNLS/SP. Initiative d'accès aux médicaments antiretroviraux du Burkina Faso : plan d'action. 2001. 26 p.

39- MINISTERE DE LA SANTE,

Direction provinciale de la santé du Houet. Actes de l'atelier sur la prise en charge des sujets infectés par le VIH et des patients atteints de MST. 1994. 91 p.

40 - MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE.

Appuis à la lutte contre les MST de la région de Saint – Louis enquête sur les circuits thérapeutiques des patients MST. Sénégal. Programme national de lutte contre les MST/Sida. 1995 : 17 p

41- MINISTERE DE LA SANTE.

PNLS, plan à moyen terme. 1990 – 1992. 116 p.

42- MINISTRE DE L'ECONOMIE ET DU PLAN, PPLS.

Enquête de connaissance attitude pratique sur la planification familiale ,le SIDA ,les maladies sexuellement transmissibles et l'éducation à la vie familiale, rapport de synthèse. 1996. 12 p

43- MINISTERE DE LA SANTE.

Guide pour la prise en charge médicale et psychosociale des personnes vivant avec le VIH/SIDA. projet de santé publique . GTZ.DED. 81 p

44 Ministère De La Santé

politique et stratégie de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles .CNLS/SP. 1998. 18 p.

45 - MOHAMED SYLLA.

Rapport d'enquête sur la prise en charge des MST dans les officines pharmaceutiques privées de Bamako.1998.44 p.

46- MORISET .R, PECHERE. J. C.

Reconnaître , comprendre et traiter les maladies sexuellement transmissibles . 519 p.

47- NAO NEDIE.

Etude des actes pharmaceutiques au Burkina Faso :Evaluation dans les officines privées de Ouagadougou. Thèse pharmacie Ouagadougou.1999.98 p

48- OUANGO J G, BERE F , KONE F ,SAKANDE B.

Problématique du SIDA et des maladies sexuellement transmissibles en milieu rural et semi-urbaine : attitude , comportement et pratique .1996.32 p

49 - OMS.

Aspects sociaux et sanitaires des maladies transmises par voie sexuelle, principe de lutte. Cahier de santé publique n° 65. Genève 1976. 59 p

50- OMS.

Bureau régional pour l'Afrique. Lutte contre les maladies sexuellement transmissibles : stratégie régionale 1998 – 2002. 11 p.

51- OMS.

Bureau régional de l'Afrique. Stratégie de lutte contre le VIH/SIDA dans la région africaine, cadre de mise en œuvre. 2001. 20 p.

52- OMS

Diagnostic au laboratoire des maladies sexuellement transmissibles. Genève 2000.133 p.

53- OMS.

Fiches modèles OMS d'information à l'usage des prescripteurs Médicaments utilisés dans les maladies sexuellement transmissibles et l'infection à VIH. Genève 1996. 109 p.

54- OMS.

Prise en charge des patients atteints de maladies sexuellement transmissibles. Série de rapports techniques 810. Genève : OMS, 1991: 110 p

55 - OMS/ONUSIDA

Principes directeurs applicables à la surveillance des infections sexuellement transmissibles. 1999. 40 p.

56 - OMS.

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida Le point sur l'épidémie de sida 2001. 29 p.

57 - OMS.

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONU SIDA) OMS. Les maladies sexuellement transmissibles : politiques et principe de prévention et des soins. 1997. 47 p

58 - OMS.

Programme commun des nations unies sur le VIH/Sida (ONUSIDA). Principes directeurs applicables à la surveillance des infections sexuellement transmissibles. 1999. 40 p.

59 - OMS.

Programme de lutte contre le sida. Rapport de consultation sur les maladies sexuellement transmises (MST) en tant que facteurs de risques pour la transmission du VIH. Genève, 4 – 6 Janvier 1989. 37p.

60 - OMS.

Programme mondial de lutte contre le sida. Rapport de la consultation sur les maladies sexuellement transmissibles comme facteurs de risques pour la transmission du VIH. Genève 4 – 6 Janvier 1989. 9 p.

61 - OMS.

Lutte contre les maladies sexuellement transmissibles. Stratégie régionale 1998-2000. 11 p

62 - OMS/ONUSIDA.

Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA. Décembre 2002 .232 pages.

63 - OMS.

Lutte contre les maladies sexuellement transmissibles : stratégie régionale 1998-2002 .11pages.

64 - OMS.

Rapport de la consultation sur les maladies sexuellement comme facteurs de risques pour la transmission du VIH. Genève , 4-6 janvier 1989.11 pages.

65- OMS

Rôle du pharmacien dans le système de santé. Genève .1990.27 pages.

66 - OMS

Global prevalence and incidence of selected curables sexually transmitted, infections overview and estimates edt. W h o Geneva 2001; 42 p

67 - PALLANGYO R .J.

Traiter l'infection VIH comme une maladie sexuellement transmissible. Action contre le sida 1990 ; 5 : 1-7

68- PRESIDENCE DU FASO.

Rapport final d'évaluation de la prise en charge des cas d'infections sexuellement transmissibles au Burkina-Faso :indicateurs de prévention n°6 et n°7.23 p

69 - SEKKAT A.

La prise en charge des MST : c'est la maîtrise de la chaîne épidémiologique. Dans cahier sexol clin 19994 ; 20 (121) : 27 – 28

70 - SIMON F, SOKOL.K , NAMSENMO A , HAWKINS R.

Prise en charge en consultation hospitalière des patient atteints de maladies sexuellement transmissibles. med . trop.1994,54 : 82 - 87.

71 - SONDO B, TESTA J, TRAORE C ET COL

Capacité de diagnostic des maladies sexuellement transmissibles par les structures de santé de la ville de Ouagadougou. Revue épidem et santé publ 1999 ; 47 : 323 – 328.

72 - THIERNON SEYDOU.

Les médicaments du marché parallèle pour le traitement des maladies sexuellement transmissibles à Dakar: enquête épidémiologie et contrôle physico-chimique. Thèse pharmacie Dakar .1997.120 pages

73 - UNAID.

The status and trends of the HIV/AIDS Epidemics in the world. 2000 : 31 p

74 - UNICEF.

Rapport de consultation du 4 mars au 5 avril 1993 pour l'elaboration d'un projet de lutte contre les MST chez les jeunes filles de 10-19 ans au Burkina Faso .1993. 80 p

75 - WIDY – WIRSKI.

Les maladies transmises par voie sexuelle (MTS) Guide à l'usage des agents de santé. .OMS. ICP/OVV/002 .30 p

76 - YADA AA.

Rapport de consultation du 4 mars au 5 Avril 1993 pour élaboration d'un projet de lutte contre les MST chez les jeunes filles de 10 – 19 ans au BF. 1993. 80 p

77 - YAMEOGO A.

Facteurs de risque du SIDA à Ouagadougou , étude cas témoin à hôpital Yalgado Ouedraogo .thèse de médecine .ESSA.1990.87p

Annexes

ANNEXE 1

QUESTIONNAIRE ADRESSE AU PHARMACIEN ET/OU SON REPLAÇANT OU ASSISTANT

A IDENTIFICATION DE L'OFFICINE

N° de la fiche.....
situation géographique :
a) Périphérie de la ville b) Centre ville
c) à côté de l'hôpital d) à côté du marché
e) autre lieu
spécifique.....
date
Province.....
district sanitaire.....
secteur.....
année d'ouverture

B RENSEIGNEMENT SUR LE PHARMACIEN ET/OU SON REPLAÇANT OU ASSISTANT

Au pharmacien titulaire
1. Sexe : a) M b) F
2. a) Qualification..... b) N° et date d'inscription à
l'ordre.....
3. Nombre d'année d'expérience (fonctionnement de corps du pharmacien
d'officine)
4. Avez-vous un ordonnancier ? OUI Non
5. Avez-vous un assistant (remplaçant). Si oui continuer 6 Si non aller en C
Au pharmacien remplaçant et/ou assistant
6. Sexe a) M b) F
7. Qualification : Docteur 7a1) si oui n° et date inscription
l'ordre.....
7a2) si non : passer à Etudiant > 5°
année
8. < 4° année 7a4) Autres
(préciser).....
9. Nombre d'années expérience (de fonctionnement dans ce corps)

**C QUESTIONNAIRE ADRESSE AU PHARMACIEN ET/OU
SON REMPLAÇANT OU ASSISTANT**

1. Heures d'ouverture de l'officine : 1.a) matin 1.b) soir
2. heures de fermeture de l'officine : 2.a) matin 2.b) soir
3. période de garde 3.a) matin 3.b) soir
4. Nombre de salles de l'officine
5. Connaissez-vous l'algorithme ou ordinogramme ou guide thérapeutique des IST
- a) Oui b) Non c) Si Oui en avez-vous ?
- d) Que pensez-vous de cet algorithme des IST?.....
- approuvez-vous cet algorithme ? a) oui b) non
6. Recevez-vous des patients atteints d'IST pour conseil ou pendant la délivrance des produits ? a) Oui b) Non
- 6a.1) Si oui continuer. Si non aller en 6 a14 et 6a.2
- 6a.1.1) quel est le sexe le plus fréquemment reçu 6a.1.1.1) F
- 6a.1.1.2) M
- 6a.1.2) A quelle période de la journée les recevez-vous plus ?
- 6a.1.2.1) Matinée a.1.2.2) soiré a.1.2.3) nuit a.1.2.4) pendant la garde
- 6a.1.2.5) Autres périodes préciser.....
- 6a.1.3) Combien estimez-vous le nombre de malades souffrant d'IST venant vous voir :
- a.1.3.1) jour a.1.3.2) semaine a.1.3.3) mois
- 6a.1.4) Où recevez-vous les patients atteints d'IST voulant vous voir ?
- 6a.1.4.1) au comptoir 6a.4.1) Oui 6a.4.2) Non
- 6a.1.4.3) Autres lieux préciser.....
- 6a.2) Si non où orientez-vous vos patients atteints d'IST?
- 6a.2.1) Chez un médecin a.2.2) à l'hôpital
- 6a.2.3) Autres préciser.....
- 6a.2.4) Quel ATB vous les conseillez
- 6a.1.5) Qui reçoit les patients atteints d'IST dans votre officine ?
- a) Pharmacien b) Vendeurs
- c) Autres préciser :.....
7. A votre absence qui reçoit les patients atteints d'IST pour les conseils des IST ?
- a) remplaçant b) assistant c) vendeurs
- d) autres préciser.....
8. Votre personnel propose t-il des traitements aux malades ?

D- CONNAISSANCE SUR LES IST ADRESSE AUX PHARMACIEN/RÉEMPLACANT/ASSISTANT

1) Donnez la définition d'IST ?

.....
.....

2) Quel sont les germes responsables des IST ?

.....
.....

3) Quelles sont les manifestations des IST ?

.....
.....

Citer les plus fréquemment rencontrées

.....
.....

4) Etes-vous informés de la résistance actuelle des germe ?

a) Oui b) non

5) Le CNLS/IST a retenu les manifestations suivantes (les plus relevées au Burkina Faso)

écoulement vaginal, écoulement urétral, ulcération génitale, douleur pelvienne

5.a) *Quels médicaments conseillez-vous pour ces manifestations : au moins*

(3) médicaments

5.a.1) écoulement vaginal,

.....
5.a.2) écoulement urétral,

.....
5.a.3) ulcération génitale,

5.a.4) douleur

pelvienne.....

5.a.5) Prurits au niveau des organes

génétaux.....

5.b) *Quelles classes thérapeutiques retenir pour ces manifestations ?*

5.b.1) écoulement vaginal,

.....
5.b.2) écoulement urétral,

.....
5.b.3) ulcération génitale,

5.b.4) douleur

pelvienne.....

5c) Les quelles de 5 sont les fréquemment rencontrées les classer par ordre

.....
.....

6) Les conseils que vous donnez à vos patients atteints d'IST sont-ils suivis de délivrance de produit ?

**G- CONNAISSANCE SUR LE CIRCUIT
APPROVISIONNEMENT ET DISTRIBUTION.**

1) Quelles sont vos principaux types de structure d'approvisionnement des médicaments anti IST (particulièrement ci-dessous cités) ?

- a) grossiste nationaux privés (Laborex...
 - b) grossistes africains
 - c) laboratoire pharmaceutique étranger
 - d) central d'achat (grossiste publics)
 - e) autres
- (préciser).....

2) Qui prépare les commandes dans votre officine

- a) Pharmacien
- b) magasinier
- c) Autres personnes préciser.....

3) Quelles sont vos sources d'approvisionnement en préservatifs ?

- Sont-ils délivrer avec des conseils ? Oui Non
- Si Oui les quels.....

**H- QUESTION SUR IMPLICATION DES OFFICINES DANS
LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA/IST**

1) Recevez-vous des patient VIH/SIDA ? 1.a) Oui 1b) si non aller en 4

2) Quels sont les moments fréquents des visites de ces patient ?:

- 2.a) A tout moment 2b) Matin 2c) Midi 2.d) Soir
- 2.e) Nuit

3) Quelle sont les raisons de leur visite ?

- 3.a) Conseils 3a.2. Honorer leur ordonnance ?
- 3.b) demander secours (préciser) :

-
- 3.b1) financier
- 3.b2) Traitement 3.b.3) Autre
- préciser.....

3c) que aimeraient-ils avoir dans votre officines ?.....

4) Avez vous des médicaments contre le SIDA dans votre pharmacie ?(les ARV).

- 4.a) Oui 4.b) Non
- 4.a.1) Si oui citer les avec leur prix (au moins 4)

.....

.....

7.a) Oui 7.b) Non
8) Suivez-vous vos patients après conseil à l'officine ?

8.a) Oui 8.b) Non

- Si oui comment procédez-vous ?.....
.....
.....

9) SVP donnez les grandes directives de votre interrogation devant un patient atteint d'IST ?

10) Existe-il une relation entre IST et guérissables et transmission du VIH/SIDA ?

10.a) Oui 11.b) Non

10.a1 Oui la quelle ?

E) AVIS DU PHARMACIEN ET/OU SON REMPLAÇANT OU ASSISTANT

1) Est-il nécessaire de former ou de recycler les pharmaciens en matière d'IST ?

1.a) Oui 1.b) Non 1.c.

Pourquoi ?.....

2) Qui doit assurer le coût de la formation ou de recyclage ?
.....
.....

3) Quelles formes ou types d'informations ou de formation aimeriez-vous qu'on donne aux pharmaciens afin de les impliquer, de favoriser d'avantage leur participation dans la prise en charge des IST ?

3.1. Forme ou type d'information.....

3.2. Types/formes de formations ?.....
.....

4) Seriez-vous d'accord avec une politique nationale qui proposera une réduction du coût des prix des médicaments des maladies opportunistes maladies opportunistes ?

4.a) oui 4.b) non

F- RENSEIGNEMENT SUR LE PERSONNEL

Donnez nous le nombre d'employé de votre officine.....

Le nombre de vendeurs dans l'officine.....

Est-ce que vous recyclez votre personnel en matière d'IST ?

3.a) Oui 3.b) Non

5) Aimeriez-vous en avoir la possibilité d'en délivrer ? 5.a) Oui

5.b)

5.c) Pourquoi ?.....

...

6) Proposez-vous un traitement aux personnes atteintes du SIDA ?

6.a) oui 6.b) non

7) Recevez-vous des ordonnances contenant les ARV ?

7.a) Oui 7.b) Non

7.a.1) Si Oui ces ordonnances proviennent des prescripteurs qualifiés ?

7.a.2) Oui 7.a.3) Non

7.a.3) Ces ordonnances proviennent d'un prescripteur ou structure particulier ?

8) . Savez-vous qu'il existe : le CTA

8.a) Oui 8.b) Non

la CNLS 8.c.1) Oui 8.c.2) Non

9) êtes-vous bien informer sur le VIH/SIDA ? 9.a) Oui 9.b) Non

10) .aimeriez-vous être informer sur l'évolution et le traitement du SIDA ?

10.a) Oui 10.b) Non

11) .êtes-vous prêts à vous engager pour aider à la lutte contre le SIDA

11.a) Oui 11.b) Non

12).Type ou forme d'engagement ?

12.a) Réduction de la marge bénéficiaire

12.b) autres

préciser.....

13) Etes-vous engagés et disposés si vous avez une formation psychosociale à recevoir les patients atteints du SIDA ?

13.a) Oui 13.b) Non

14) Avez vous déjà eu de (des) formations IST après celles (s) universitaire ?

14.a) Oui 14.b) Non

Si oui 14.a1. Donner la dernière année de formation et type de formation

15) Que pensez vous du monopole de la CAMEG en matière des délivrances des ARV.

QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX VENDEURS EN PHARMACIE

A. FICHE SUR LA CONNAISSANCE DES IST

1) Pharmacie

(nom).....

2) Numéro de la fiche

.....

3) Nom de l'enquêteur

.....

4) Arrondissement.

5) Secteur

6) district

7) Heure d'interview

8) Vendeur

a) N°

b) âge

c) Sexe

B. ACCUEIL

1. Qu'est-ce qu'une IST ?

2. Citer quelques IST que vous connaissez (au moins 4)

a..... b.....

c..... d.....

3. Avez-vous été déjà contacté en pharmacie pour une IST ? 4.a) Oui

4.b) Non

3.a) si Oui : 3.a.1.1) les IST les plus fréquemment rencontrées

3.a.1.2) Combien estimez-vous les IST reçues par :

3a.1.2.1) Jour 4.a.1.2.2) Semaine 4.a.1.2.3) mois

3.a.1.2.4) année

4. A quelle période de la journée avez-vous été contacté par les personnes souffrant d'IST

a) matinée b) Soirée c) Nuit

d) a tout moment

5. Ou recevez-vous les patients souffrants d'IST ? :

a) Au comptoir

b) Oui

c)

4.a) Oui 4.b) Non

6. Quels conseils donnez-vous sur les médicaments IST lors de leur délivrance ?

6.a) Sur la posologie.....

6.b) Sur les effets secondaires.....

6.c) Sur l'indication.....

6.d) Autres.....

7. Quel est selon vous le mode de contamination des IST ?

8. Quelles sont vos sources d'information sur les IST

8.a) Formation initiale 8.b) Formation en cours d'emplois

8.c) Guide OMS 8.d) Guide ministère de la santé

8.c) Représentant labo 8.f)

Autres.....

9. Quelles formes ou types d'appui sollicitez-vous en matière IST , vous qui êtes en contact avec les patients atteints IST

9.a) Formation sur les IST

9.b) Fourniture de document

9.c) Réduire les prix d'acquisition des médicaments ante IST,

9.d) Fourniture gratuite de condoms

9.e) Autres.....

10. Selon vous comment faire pour prévenir les IST ?

Citer quelques moyens de prévention.....

.....

11. Qui reçoit les patients atteints d'IST ou voulant des conseils dans la matière ?

11.a) Le pharmacien 11.b) remplaçant 11.c) Agent

11.d) Tout le monde 11.e) de la pharmacie

12. Où on reçoit les patients IST ou voulant des explications dans la matière ?

12.a) Comptoir 12.b) Autre lieu

préciser.....

13. Comment reconnaissez-vous les IST ?

13.a) Par les signes 13.a.1) Oui 13.a.2) Non

13.a.1.1) Si Oui donner quelques signes.....

13.a.1.1.1) Examen physique 13.a.1.1.1.1) Oui

13.a.1.1.2.2) Non

13.a.1.1.2) Par l'ordonnance 13.a.1.1.2.1) Oui

13.a.1.1.2.2) Non

13.a.1.1.4) Par examens biologiques 13.a.1.1.3.1) Oui

13.a.1.1.3.2) Non

13.a.1.1.4) Autres

préciser.....

Commander des ARV	6	7,5
Régler les ARV par tranches	1	1,25
Autres	20	25

Autres= -aller payer les ARV à la CAMEG pour ceux qui ont des ordonnances

- .avis sur le traitement
- avoir des échantillons gratuits
- .*interprétation des résultats des examens biologiques*
 - remonter le moral , être écouté
- réapprovisionnement des ARV
- .demander le traitement

Tableau III :répartition des vendeurs selon le mode de contamination proposé par les vendeurs

Mode de contamination selon les vendeurs	effectif	pourcentage
Rapports sexuels	203	91,85
Voie sanguine	4	1,80
Objets souillés	16	7,24
Toilettes publiques	17	7,70
autres	18	8,14

Autres = eau, règles douloureuses , bouche , natation , manque d'hygiène.
Graphique : Mode de contamination

14. Exist-il une relation entre IST guérissables et VIH/SIDA ?

15. Délivrez-vous des préservatifs avec conseils ? 15.a) Oui

15.b) Non

15.a.1) Si Oui lesquels.....

Annexe 2

Tableau I : les différentes IST connues et citées par les vendeurs.

Infection sexuellement connue	Effectif	Pourcentage
Billhargiose	4	1,80
Blenorragie (chaude pisse)	9	4,07
Candidoses (mycoses)	9	4,07
Pertes blanches	10	4,52
Le sida	140	63,34
La syphilis	138	62,44
La coqueluche	1	0,45
Les dermatoses	2	0,90
Douleurs pelviennes	1	0,45
Infections urinaires	4	1,80
Prurits	6	2,27
Le zona	3	1,35
Le chancre mou	20	9,05
L'herpes	2	0,90
Les MST	1	0,45
Les nausées	1	0,45
Les ulcération	2	0,90
L'hépatite	2	0,90
Les problèmes de vagin	1	0,45
Les demageaisons	2	0,90

Beaucoup de pathologies qui ne sont des IST , sont citées comme des IST par les vendeurs.

Tableau II : répartition des pharmacies selon ce que souhaiteraient les patients VIH/SIDA

Sollicitations des patients VIH/SIDA	Effectif	Pourcentage
Avoir des conseils, sur le médicament et sur la maladie	6	7,5
Honore son ordonnance	15	18,75
Avoir des secours financiers	39	48,75

FICHE DE MODIFICATION

(à remplir par chaque pharmacie durant toute l'enquête)

1. Nom de la pharmacie.....

2. district sanitaire (où se trouve la pharmacie).....

3. arrondissement (où se trouve la pharmacie).....

4. secteur où se trouve la pharmacie.....

5. nom et qualification de celui qui reçoit le(la) patient(e) atteint d'IST
(pharmacien ou agent).....

6. heure de réception du patient atteint d'IST.....

7. adresse (rue, numéro, ville, pays, adresse électronique, adresse postale, adresse de résidence).....

8.d) A-t-il déjà eu une IST ? 8.d.1) Oui 8.d.2) Non

7. le type d'IST présenté par ce patient atteint d'IST.....

8. renseignement sur le(la) patient(e) souffrant d'IST.....

8.a) âge du patient.....

8.b) sexe du patient 8.b.1) M 8.b.2) F

8.c) la résidence du patient (enregistrer la

8.e) son IST actuelle a déjà été traitée ? 8.e.1) Oui 8.e.2) Non

8.e.11) si oui, traitée en : 8.e.11) pharmacie service de santé
autres

8.f) le traitement ou conseils proposé par l'agent ou le pharmacien

Titre

Prise en charge des infections sexuellement transmissibles : contribution des officines privées de la ville de Ouagadougou.

Résumé

Afin de contribuer à une bonne prise en charge des infections sexuellement transmissibles, de voir quelle peut être la contribution du pharmacien d'officine dans la prise en charge des IST, de voir si les officines sont fréquentées par les patients IST, une étude exhaustive de type transversal, a porté sur l'équipe officinale de 78 officines pharmaceutiques privées de Ouagadougou. 80 pharmaciens et 221 vendeurs ont répondu à nos questions.

La collecte des données a duré du 1^{er} juillet au 10 septembre 2002.

91,25% des pharmaciens répondant ainsi que 99,5% des vendeurs ont affirmé être visités par des patients atteints d'IST. 42,5% des pharmaciens ont accepté estimer des cas d'IST reçus avec une moyenne de 4 patients /semaine. 70% des pharmaciens déclarent recevoir des patients sidéens à l'officine la plupart avec des ordonnances contenant des ARV.

Les pharmaciens ne sont pas à jour des informations sur des IST et certains ont des confusions sur des IST.

Les vendeurs quant à eux ont des connaissances très limitées sur des IST.

Les pharmaciens reçoivent plus l'écoulement urétral tandis que les vendeurs reçoivent plus les prurits au niveau des organes génitaux.

Les pharmaciens ont trois(3) attitudes devant un patient atteint d'IST : conseiller un médicament, référer à un centre médical, conseiller un examen biologique. Pour les sidéens, ils les conseillent, leur apportent des aides financière et les aides à avoir les produits.

Les vendeurs conseillent des produits ou réfèrent aux centres médicaux.

7.7% de médicaments l'algorithme en vigueur pendant notre enquête existaient dans les 15 officines pharmaceutiques et 23,85% chez les grossistes. Il n'existe pratiquement pas de Kits de médicaments dans les officines pharmaceutiques.

L'observation réelle des législations sanitaires en vigueur, la formation continue, le recyclage en matière d'IST, une formation psychologique, une bonne canalisation des patients atteints d'IST vers des centres spécialisés et complets de prise en charge des IST, permettront d'améliorer la contribution de la prise en charge des IST au niveau officinale.