



**Lutte contre
les MST: mesures
de santé publique**



**ONUSIDA
Actualisation**

Mai 1998

En bref

- Il y a un rapport étroit entre les maladies sexuellement transmissibles (MST) et la transmission du VIH par voie sexuelle. La présence d'une MST non soignée peut multiplier par dix le risque de transmission et d'acquisition du virus. Le traitement des MST est donc une stratégie importante pour prévenir l'infection à VIH dans une population globale.
- Dans bien des cas, les MST ne se manifestent par aucun symptôme. Chez la femme, la plupart des gonococcies et infections à Chlamydia sont asymptomatiques. A l'inverse, chez 90 % des hommes, elles s'accompagnent de symptômes.
- Dans les pays en développement, les MST et leurs complications, même sans compter l'infection à VIH, figurent parmi les cinq premières catégories de pathologies pour lesquelles les adultes se font soigner.
- Non soignées, les MST peuvent entraîner des complications et des séquelles très graves, surtout chez la femme. S'ils sont contaminés par leur mère, les nouveau-nés sont eux aussi exposés à de graves conséquences.
- Pour réduire la prévalence de ces maladies, on recourt à la prévention primaire et à une prise en charge efficace des cas.
- Compte tenu de l'ampleur du problème des MST et de son lien étroit avec la transmission du VIH, il est indispensable de mettre au point de nouvelles approches pour éviter qu'elles ne se propagent. L'une de ces approches consiste à adopter un «module de santé publique» en plusieurs points :
 - encourager les comportements sexuels à moindre risque ;
 - renforcer la programmation en matière de préservatifs ;
 - inciter les malades à se faire soigner ;
 - intégrer la lutte contre les MST dans les soins de santé primaires et dans d'autres services de santé ;
 - offrir des services spéciaux aux populations particulièrement exposées ;
 - prendre intégralement en charge les cas ;
 - prévenir et traiter la syphilis congénitale et la conjonctivite néonatale ;
 - dépister à un stade précoce les infections asymptomatiques et symptomatiques.
- La méthode traditionnelle de diagnostic des MST est l'analyse médicale en laboratoire. Mais les tests en laboratoire ne sont pas toujours disponibles ou coûtent trop cher. On a donc mis au point le diagnostic en fonction des syndromes, qui consiste à :
 - classer les principaux agents pathogènes en fonction des syndromes qu'ils causent ;
 - utiliser des organigrammes pour décider comment prendre en charge un syndrome donné ;
 - traiter le syndrome, en s'attaquant à tous les agents pathogènes susceptibles d'avoir des manifestations et des conséquences graves ;
 - inciter les partenaires sexuels du malade à se faire soigner.

Collection *Meilleures Pratiques* de l'ONUSIDA

Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) élabore actuellement une collection de dossiers sur l'infection à VIH/SIDA, les causes et conséquences de l'épidémie, et les meilleures pratiques dans le domaine de la prévention du SIDA, des soins et de l'appui aux malades. Un dossier sur un sujet précis comprend une publication courte destinée aux journalistes et aux dirigeants communautaires (Point de vue ONUSIDA) ; un résumé technique des questions, problèmes et solutions (Actualisation ONUSIDA) ; des études de cas du monde entier (Etudes de cas ONUSIDA – *meilleures pratiques*) ; un ensemble de matériels pour exposés ; et une liste d'outils fondamentaux (rapports, articles, livres, vidéos, etc.) sur un sujet donné. Ces dossiers seront régulièrement actualisés.

Actualisation ONUSIDA et Point de vue sont publiés en anglais, en espagnol, en français et en russe. Les personnes intéressées peuvent obtenir un exemplaire gratuit de ces publications dans les Centres d'information de l'ONUSIDA. Pour trouver l'adresse du Centre le plus proche, rendez-vous sur l'Internet (<http://www.unaids.org>) ; adresse électronique de l'ONUSIDA (unaids@unaids.org) ; téléphone (+41 22 791 4651) ; envoyer le courrier à Centre d'Information de l'ONUSIDA, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27, Suisse.

Lutte contre les MST : mesures de santé publique. Actualisation ONUSIDA. Genève : ONUSIDA, mai 1998.

1. Syndrome d'immunodéficience acquise – prévention et lutte
2. Maladies sexuellement transmissibles
3. Santé publique

WC 503.71

La prévention et la prise en charge des MST font l'objet d'une collaboration entre l'ONUSIDA et l'OMS. Un groupe de travail technique ONUSIDA/OMS sur les maladies sexuellement transmissibles a été créé à cet effet en juin 1996. Il est composé de représentants de l'ONUSIDA ainsi que de l'ASD et de l'unité RTI/FRH de l'OMS.

Le présent document récapitule les recommandations faites conjointement par l'OMS et l'ONUSIDA au sujet de la prévention et de la prise en charge des MST.

Généralités

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estime à 340 millions environ le nombre de cas nouveaux de maladies sexuellement transmissibles (MST) curables survenus dans le monde en 1995 chez les hommes et les femmes âgés de 15 à 49 ans. Dans les pays en développement, les MST et leurs complications figurent parmi les cinq premières catégories de pathologies pour lesquelles les adultes se font soigner. Chez les femmes en âge de procréer, les MST, sans compter l'infection à VIH, sont la deuxième cause de morbidité, de décès et de mauvaise santé durable après les facteurs maternels. Les MST sont trop répandues pour que les centres spécialisés puissent faire face tous seuls. Il faut donc faire en sorte que les centres de soins de santé primaires et autres centres de santé prennent en charge ces maladies (voir Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted diseases: overview and estimates, OMS, 1995, p. 3-4).

Les MST sont des maladies graves en elles-mêmes, mais elles favorisent de surcroît la transmission du VIH par voie sexuelle. La présence d'une MST non soignée (avec ou sans ulcération) peut multiplier par dix le risque de transmission et d'acquisition du VIH. Le traitement des MST est donc une stratégie importante pour prévenir l'infection à VIH dans une population globale.

Comme pour les autres MST, le VIH se transmet le plus souvent par voie sexuelle. Les mesures pour empêcher la transmission par ce canal sont quasiment les mêmes pour le VIH et les MST, ainsi que les groupes visés par les interventions. Les services cliniques qui soignent les MST sont une porte d'accès importante pour les personnes très exposées au risque d'infection à VIH : ils leur permettent d'accéder non seulement au diagnostic et au traitement, mais aussi à l'information et à l'éducation. C'est en

partie pour cela qu'il est fortement recommandé d'intégrer les programmes de lutte contre le VIH/SIDA dans les programmes de prévention et de prise en charge des MST. Cette fusion présente aussi des avantages économiques.

Principaux agents pathogènes

Il existe plus de 20 agents pathogènes qui se transmettent lors d'un rapport sexuel bucco-génital, anal ou vaginal. Les principales bactéries sont *Neisseria gonorrhoeae* (blennorrhagie), *Chlamydia trachomatis* (chlamydioses), *Treponema pallidum* (syphilis), *Haemophilus ducreyi* (chancre mou) et *Calymmatobacterium granulomatis* (granulome inguinal ou donovanose). Les principaux virus sont le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), le virus de l'herpès simplex, le papillomavirus (condylomes), le virus de l'hépatite B et le cytomégalo-virus. *Trichomonas vaginalis*

(trichomonase), autre germe sexuellement transmissible qui cause une vaginite, facilite lui aussi la transmission du VIH. *Candida albicans*, qui peut se transmettre par voie sexuelle, est à l'origine d'une mycose courante se traduisant par une vulvovaginite chez la femme et une inflammation du gland et du prépuce chez l'homme.

Les infections bactériennes comme la trichomonase sont curables. Les infections virales ne le sont pas, mais peuvent être jugulées.

Complications et conséquences des MST

Dans bien des cas, les MST ne se manifestent par aucun symptôme. Jusqu'à 70 % des femmes atteintes de gonococcie et/ou de chlamydiose ne présentent pas de symptômes. Qu'elles soient symptomatiques ou asymptomatiques, les MST peuvent avoir de graves complications.

Résultats de l'essai de Mwanza (Tanzanie)

A Mwanza, en Tanzanie, on a fait un essai randomisé pour évaluer l'impact d'une meilleure prise en charge des MST au niveau des soins de santé primaires. On a suivi un échantillon aléatoire de 12 000 adultes pendant deux ans en enregistrant l'incidence du VIH et la prévalence de certaines MST. Au départ, la prévalence du VIH était d'environ 4 % dans le groupe d'intervention et dans le groupe de comparaison. L'incidence de l'infection à VIH sur deux ans était de 1,2 % dans les communautés où l'on est intervenu, contre 1,9 % dans les communautés témoins, soit une baisse de 42 %. On a constaté ce recul dans tous les groupes d'âge des deux sexes.

Une évaluation économique approfondie a révélé que le coût annuel du programme d'intervention de Mwanza pour une population de 150 000 personnes était d'environ 68 000 USD, soit approximativement 45 cents par habitant. Le coût pour chaque infection à VIH évitée se situait autour de 250 USD, soit 11 USD pour chaque année de vie supplémentaire en bonne santé. Ces chiffres soutiennent la comparaison avec ceux des programmes de vaccination infantile et d'autres interventions extrêmement rentables (voir *Lancet*, 1995 ; 346: 530-536).

L'essai de Mwanza incite sérieusement à penser que l'amélioration des services de traitement des MST est une mesure à la fois efficace et rentable qui devrait devenir un élément essentiel des activités de prévention et de prise en charge de l'infection à VIH/SIDA. La mise en place à grande échelle de services anti-MST pourrait avoir une énorme incidence sur la pandémie de SIDA dans le monde entier.

Généralités

En l'absence de traitement, c'est généralement chez la femme et chez le nouveau-né que les complications et les séquelles (conséquences à long terme) sont les plus graves : cancer du col, salpingite, douleurs pelviennes chroniques, résorption du fœtus, grossesse extra-utérine et décès maternel associé.

Les chlamydioses et la blennorragie sont des causes majeures de stérilité, en particulier chez la femme, avec toutes les conséquences sociales que cela implique. Les chlamydioses sont une cause importante de pneumonie chez le nourrisson. Chez le nouveau-né, l'infection de l'œil par des gonocoques peut entraîner la cécité.

La syphilis congénitale est une cause majeure et fréquente de morbidité et de mortalité infantiles. Chez l'adulte, elle peut avoir de graves conséquences cardiaques, neurologiques, etc., éventuellement fatales.

Certains types de condylomes provoquent des cancers des organes génitaux et de l'anus. Le cancer du col est l'une des causes de décès les plus courantes chez les femmes des pays en développement.

Prévention et prise en charge des MST

La prévention et la prise en charge des MST visent à réduire la prévalence des MST en interrompant leur transmission, en réduisant la durée de l'infection et en empêchant l'apparition de complications chez les sujets atteints.

La prévention primaire, qui concerne l'ensemble de la communauté, consiste à éviter la contamination et la maladie qui en résulte. Elle passe notamment par l'éducation pour la santé et par l'adoption de pratiques sexuelles à moindre risque comme l'utilisation du préservatif et l'abstinence sexuelle.

Les messages de prévention primaire valent pour le VIH comme pour les autres MST.

La prévention secondaire consiste à soigner les sujets atteints. Sauf pour l'infection à VIH et les MST d'origine virale, le traitement guérit le malade et celui-ci n'étant plus contagieux, la transmission est interrompue.

La prévention des MST est un investissement rentable pour les pays. Si l'on choisit une même monnaie pour chiffrer les coûts et une même unité pour mesurer les effets sur la santé, on peut comparer différentes interventions en calculant combien coûte une année de vie supplémentaire en bonne santé. L'unité de mesure est la même que pour la charge de morbidité, à savoir l'année de vie corrigée du facteur incapacité (AVCI). Le rapport coût/efficacité d'une intervention correspond au coût unitaire d'une AVCI. Plus il est faible, plus l'intervention est rentable.

Le traitement des MST est souvent très rentable en lui-même. Il l'est plus encore du fait qu'il réduit la transmission du VIH. La guérison de chaque cas de blennorragie au sein des groupes les plus susceptibles d'acquérir et de transmettre l'infection, par exemple les prostitué(e)s et leurs clients, représente un gain de 120 AVCI, à un coût bien inférieur à 1 USD par AVCI supplémentaire, quand on tient compte de la diminution du nombre de cas secondaires et du risque réduit d'infection par le VIH.

L'approche par syndrome

La méthode traditionnelle de diagnostic des MST est l'analyse médicale en laboratoire. Mais les tests diagnostiques ne sont pas toujours disponibles ou coûtent trop cher. C'est pourquoi, depuis 1990, l'OMS recommande l'approche par syndrome chez les sujets présentant des symptômes de MST. Elle se caractérise par :

- la classification des principaux agents pathogènes en fonction des syndromes cliniques qu'ils provoquent

- à partir de cette classification, l'utilisation d'organigrammes pour la prise en charge de chaque syndrome
- le traitement de *toutes* les causes importantes du syndrome
- la notification aux partenaires sexuels et leur traitement
- l'absence d'analyses médicales coûteuses.

Par exemple, un homme présentant un écoulement urétral recevra un traitement contre la blennorragie et contre la chlamydiose. En cas d'ulcération génitale, on administrera un traitement contre la syphilis et le chancre mou.

L'approche par syndrome permet de traiter les MST sans effectuer de tests coûteux en laboratoire. C'est une méthode accessible, efficace et efficiente qui garantit un traitement immédiat.

Des études ont montré que la prise en charge des MST par syndrome à l'aide d'organigrammes est plus rentable que le diagnostic fondé sur l'observation clinique ou sur des analyses médicales. Malgré ses faiblesses chez les femmes présentant une leucorrhée, elle constitue actuellement la meilleure solution de remplacement pour la prise en charge des MST, surtout dans les pays qui n'ont pas assez de ressources pour effectuer des tests en laboratoire. Elle donne de bons résultats chez les hommes qui présentent un écoulement urétral et chez les hommes et les femmes qui ont des ulcérations génitales. (Voir Adler *et al.* 1996, et Dallabetta *et al.* 1996, Ch. 8.)

L'un des inconvénients de cette approche est le sur-traitement de certains malades, surtout lorsqu'en cas de leucorrhée, la cervicite (due à la blennorragie ou à une chlamydiose) n'est pas la cause première des pertes vaginales.

Les obstacles

Il y a plusieurs raisons pour lesquelles les MST continuent néanmoins de se propager et de compromettre à long terme la santé des individus et des communautés. Sont exposés ci-dessous certains des obstacles qui empêchent de prévenir et de soigner efficacement les MST.

Beaucoup de MST sont asymptomatiques

Comme on l'a déjà vu, beaucoup de MST sont asymptomatiques, en particulier chez la femme. S'ils n'ont pas de symptômes, les malades ne se doutent de rien et ne se font donc pas soigner. La maladie persiste et ils restent contagieux.

Refus de se faire soigner

Même en présence de symptômes, certaines personnes ne cherchent pas à se faire soigner, par ignorance, par gêne ou parce qu'elles se sentent coupables. L'attitude désagréable du personnel soignant, l'absence d'intimité ou de confidentialité, ou encore le cadre intimidant du service peuvent également avoir un effet dissuasif.

Une étude réalisée en 1993 sur la population masculine de Harare (Zimbabwe) a révélé que seuls 27 % de ceux qui venaient consulter les services de soins de santé primaires pour une MST se présentaient 4 jours après avoir constaté les symptômes, que 37 % attendaient 4 à 7 jours, 15 %, 8 à 14 jours et 21 %, plus de deux semaines. Étant donné qu'il s'agissait uniquement des patients du dispensaire, il fut impossible de déterminer quelle proportion ils représentaient sur l'ensemble des hommes ayant des symptômes de MST.

Difficulté à avertir le conjoint ou le(s) partenaire(s) sexuel(s)

Il importe d'avertir le ou les partenaires afin d'interrompre la

transmission des MST et d'éviter une éventuelle réinfection. Mais dans la pratique, on se heurte à des obstacles : les malades ont peur d'informer leurs partenaires, éprouvent de la gêne à le faire ou ne mesurent pas l'importance de cette démarche. Dans les infrastructures qui manquent de ressources, le personnel soignant n'est généralement pas en mesure d'aviser lui-même les partenaires.

Absence ou incompatibilité des services anti-MST

Souvent, il n'y a pas de services anti-MST dans la localité. A supposer qu'il y en ait, ils sont parfois difficiles d'accès, surtout pour les femmes et les jeunes, ou alors il n'y a pas d'intimité ni de confidentialité. Il arrive aussi que les malades aient honte de consulter un service spécialisé dans les MST. Enfin, dans le cas des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, il se peut que le prestataire de soins ne pense pas à l'éventualité d'une MST rectale ou ne sache pas la reconnaître.

Ignorance concernant les MST, leurs causes, leurs symptômes, leurs conséquences éventuelles et les traitements

L'ignorance et la désinformation sont toujours des obstacles de taille quand on cherche à résoudre un problème, et c'est particulièrement vrai à propos des MST et du VIH/SIDA. L'ignorance à ce sujet s'observe dans toutes les classes et dans toutes les tranches d'âge, mais elle est plus fréquente chez les adolescents et chez les jeunes, ceux-là mêmes qui ont généralement la plus grande activité sexuelle, qui n'entretiennent pas une relation sexuelle stable et qui n'ont qu'un accès limité aux services anti-MST.

Le traitement prescrit est de qualité médiocre

Le traitement de MST telles que la syphilis, la blennorragie, les chlamydioses, le chancre mou et la trichomonose est efficace quand on administre les bons médicaments, mais les autorités sanitaires choisissent parfois des traitements moins chers et de qualité médiocre pour faire des économies. Cette pratique perpétue l'infection et peut hâter l'apparition de germes résistants.

Grâce à un programme d'incitation à l'usage du préservatif chez les prostitué(e)s à faible revenu de Nairobi, on a réussi à réduire l'incidence annuelle moyenne de la blennorragie, qui est passée de 2,8 accès par femme en 1986 à 0,7 en 1989. D'après les estimations, le programme a permis d'éviter entre 6000 et 10 000 nouveaux cas d'infection à VIH par an, au prix de 0,50 USD environ par AVCI supplémentaire.

Au Zimbabwe, dans le cadre d'une intervention communautaire d'un coût approximatif de 85 000 USD et couvrant plus de 1 million d'habitants, on a distribué plus de 5,7 millions de préservatifs et fait reculer les MST dans la population générale de 6 % à 50 % selon les zones. On a observé un changement de comportement chez les prostitué(e)s, dont 72 %, contre 18 % auparavant, utilisaient des préservatifs avec leurs clients. (*Rapport sur le développement dans le monde : investir dans la santé*, Washington DC : Banque mondiale, 1993.)

Les réponses

Pour prévenir et soigner efficacement les MST, on peut avoir recours à plusieurs stratégies, notamment au «module de santé publique». Il faut développer les prestations anti-MST pour y inclure le module. Certains éléments de ce module sont exposés en détail ci-après.

Encourager les comportements sexuels à moindre risque

Les instances gouvernementales et les organisations non gouvernementales (ONG) devront concevoir et diffuser des messages encourageant la sexualité à moindre risque et indiquant comment réduire les risques. Elles devront fournir des contraceptifs locaux protégeant à la fois contre la grossesse et l'infection, informer les gens sur l'usage du préservatif et les inciter à l'utiliser. Les programmes scolaires et communautaires devront offrir une éducation sexuelle aux adolescents avant qu'ils ne deviennent sexuellement actifs. Des études ont montré que l'éducation sexuelle retarde le premier rapport ou diminue la fréquence des rapports au lieu d'augmenter la promiscuité sexuelle. (Voir ONUSIDA, *Apprentissage et enseignement à l'école de la lutte contre le SIDA*, Actualisation ONUSIDA, octobre 1997).

Inciter les malades à se faire soigner

Les autorités sanitaires devront concevoir des messages et les diffuser par divers canaux pour inciter les personnes qui ont des symptômes de MST et ou qui craignent d'être contaminées à se faire soigner sans tarder.

Pour lever les obstacles auxquels se heurtent les malades qui veulent se faire soigner, les autorités sanitaires devront intégrer les prestations anti-MST dans les autres services de santé. Les personnes venant consulter pour une MST devront être reçues

dans un cadre accueillant où elles seront interrogées et soignées dans l'intimité. On veillera à ce que le personnel soignant, parfois hostile ou critique envers les personnes qui souffrent de MST, ait une attitude plus agréable. Les jeunes, tout comme les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, font partie de ceux qui ont besoin de services chaleureux et confidentiels.

Intégrer la prévention et la prise en charge des MST dans les soins de santé primaires

En intégrant la prévention et la prise en charge des MST dans les services de soins de santé primaires, dans les centres de santé maternelle et infantile, dans les services de planification familiale et dans les cliniques privées – l'un des éléments clés du module de santé publique – on met les services anti-MST à la portée d'un nombre bien plus grand de personnes, et

en particulier des adolescentes qui ont une activité sexuelle. L'autre grand avantage de cette mesure est que les malades ne sont pas exposés à la stigmatisation que peut entraîner la fréquentation d'un centre spécialisé.

Prise en charge intégrale des MST

La prise en charge intégrale des sujets atteints de MST – autre élément clé du module de santé publique – comprend plusieurs étapes :

Identification du syndrome

Pour identifier le syndrome, on a recours à l'approche par syndrome ou à des analyses en laboratoire. La première, qui se fait à l'aide d'organigrammes, convient bien dans les pays où il n'y a que peu d'installations de laboratoire, voire aucune. Elle permet de poser rapidement le diagnostic sans avoir besoin d'effectuer de tests onéreux ou compliqués en laboratoire.

Module de santé publique pour la prévention et la prise en charge des MST : éléments fondamentaux

- mesures encourageant les comportements sexuels à moindre risque ;
- programmation en matière de préservatifs, englobant toute une série d'activités, depuis l'incitation à utiliser le préservatif jusqu'à la planification, la gestion des fournitures et la distribution ;
- mesures incitant les malades à se faire soigner ;
- intégration de la lutte contre les MST dans les soins de santé primaires, dans les centres de santé reproductive, dans les cliniques privées et autres ;
- services spécialement destinés aux groupes ayant des comportements à haut risque – prostitué(e)s, adolescents, chauffeurs routiers, militaires et prisonniers ;
- prise en charge intégrale des MST ;
- prévention et prise en charge de la syphilis congénitale et de la conjonctivite néonatale ;
- dépistage précoce des infections symptomatiques et asymptomatiques.

Les réponses

Antibiothérapie

Quels que soient les moyens diagnostiques utilisés (organigrammes ou tests en laboratoire), il est indispensable d'administrer des antibiotiques efficaces. Les médicaments doivent être disponibles dans les services où a lieu le premier contact avec les personnes atteintes de MST. Le secteur privé doit lui aussi avoir et offrir des traitements efficaces. L'administration de médicaments inopérants ou partiellement efficaces entraîne une escalade des coûts car les malades se font soigner à plusieurs reprises pour la même affection ou pour les mêmes complications. Les thérapies partiellement efficaces peuvent aussi hâter l'apparition de souches résistantes.

Education du malade

Il faut insister auprès de tous les malades pour qu'ils suivent l'intégralité du traitement quand celui-ci n'est pas en dose unique. Ils doivent aussi savoir qu'ils sont encore contagieux pendant le traitement ; pour cette raison et parce qu'un rapport sexuel peut prolonger leurs symptômes, on leur conseillera de ne pas avoir de rapports sexuels pendant la durée du traitement.

Distribution de préservatifs

Etant donné que l'utilisation de préservatifs est encouragée, les autorités sanitaires devront veiller à ce que les services de santé et autres points de distribution au sein de la communauté aient des préservatifs de qualité en quantités suffisantes. La commercialisation à but social est un autre moyen d'élargir l'accès aux préservatifs.

Conseil

Des conseils doivent être prodigués à tous ceux qui en ont besoin, par exemple aux malades atteints d'herpès génital ou de condylomes

chroniques, soit individuellement, soit en couple. (Pour de plus amples informations, voir l'Actualisation ONUSIDA sur le conseil et le VIH/SIDA.)

Expliquer pourquoi le partenaire doit être averti et soigné

Contactez les partenaires des personnes ayant une MST, les convaincre de consulter un service de santé où l'on s'occupe des MST et les soigner rapidement et efficacement sont des points essentiels de tout programme de lutte contre les MST. Il faut néanmoins procéder avec tact et tenir compte des facteurs sociaux et culturels. On évitera ainsi les entorses à l'éthique et les problèmes pratiques comme l'ostracisme et la violence, en particulier à l'encontre des femmes.

Dans les communautés où les MST sont très répandues, les agents de santé, les assistants sociaux et les médias devront expliquer à la population pourquoi les partenaires doivent être mis au courant. Les gens seront ainsi préparés à cette éventualité et sauront qu'il est important de se faire soigner. Les organigrammes de prise en charge par syndrome stipulent que les partenaires doivent être soignés. C'est d'autant plus important en cas de blennorragie et de chlamydie que ces infections sont asymptomatiques chez la plupart des femmes.

Lutter contre la syphilis congénitale et la conjonctivite néonatale

En l'absence de traitement, la syphilis congénitale frappe environ un tiers des nouveau-nés de mère syphilitique. Dans certains pays en développement, les taux de prévalence de la syphilis atteignent 19 %. Le dépistage et le traitement pendant la grossesse sont des mesures d'un bon rapport coût-efficacité, même dans les zones où la prévalence ne dépasse pas 0,1 %.

Il faut informer les femmes et les inciter à consulter les services prénatals à un stade précoce de la grossesse, où elles seront soumises à un dépistage systématique et, en cas de syphilis, soignées rapidement et comme il convient. (Voir Dallabetta et al. 1996, pp. 173-177.)

En raison de la forte prévalence de la blennorragie et des chlamydioses dans les pays en développement, et du risque associé d'infections oculaires à gonocoque ou à *Chlamydia* chez le nouveau-né, il est vivement recommandé d'administrer systématiquement un traitement préventif à la naissance.

Surveiller la sensibilité aux médicaments

Les autorités sanitaires doivent impérativement procéder à une surveillance régulière pour déceler toute résistance aux médicaments anti-MST. Les programmes pourront ainsi adapter leurs protocoles thérapeutiques en conséquence.

Poursuivre la recherche et l'évaluation

Par définition, la prise en charge des MST par syndrome exclut les malades qui n'ont pas de symptômes. De plus, la sensibilité et la spécificité de l'algorithme concernant la leucorrhée ne sont pas optimales pour les infections du col dues à des gonocoques ou à des *Chlamydia*. Les facteurs de risque à prendre en compte pour affiner cet organigramme ne seront pas les mêmes suivant les endroits. C'est la recherche au plan local qui donnera la réponse. S'agissant de la recherche globale, il faut mettre les bouchées doubles pour mettre au point des épreuves diagnostiques peu coûteuses, simples et faisant appel à des méthodes non effractives pour dépister les MST à un stade précoce chez les sujets de sexe féminin et masculin qui présentent ou non des symptômes.

Outils fondamentaux

Les maladies sexuellement transmissibles : politiques et principes de prévention et de soins. Genève : ONUSIDA, 1997, UNAIDS/97.6.

Exposé concis des politiques et principes de prévention et de traitement des MST à l'intention des responsables des ministères de la santé ou autres pour les aider à concevoir et appliquer des programmes de lutte contre les MST. Il y est question de la prévention, des thérapies efficaces, de la gestion des programmes ainsi que de la prise en charge des MST chez l'enfant et chez l'adolescent.

Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted diseases : overview and estimates. Genève : OMS/GPA, 1995. WHO/GPA/STD/95.1 Rev. 1. Estimations OMS de la prévalence et de l'incidence de certaines MST curables courant 1995, d'après des documents scientifiques du monde entier et les archives de l'OMS. Les méthodes de calcul utilisées sont décrites en annexe. C'est la première fois que l'OMS tente de mesurer l'incidence des MST à partir de modèles épidémiologiques.

Management of sexually transmitted diseases. Genève : OMS/GPA, 1997. WHO/GPA/TEM/94.1 Rev 1. Recommandations révisées de l'OMS concernant la prise en charge intégrale des sujets atteints de MST dans le contexte des programmes de prévention et de traitement des MST et de l'infection à VIH ; traite également de la notification aux partenaires sexuels, de leur prise en charge et des MST chez l'enfant.

Sexually transmitted diseases amongst adolescents in the developing world. Geneva : OMS, 1993. WHO/ADH/93.1. Récapitule les données sur les MST et les adolescents dans les pays en développement. Examine aussi les atouts et les faiblesses

des données disponibles et indique comment utiliser les données sur les MST dans ce groupe d'âge pour promouvoir la santé de l'adolescent.

Adler M, Foster S, Richens J, Slavin H. *Sexual health and care: sexually transmitted infections—guidelines for prevention and treatment.* (Exposé de circonstance.) Londres : ODA, 1996. Cet exposé aborde des points fondamentaux de la prise en charge des MST. Il étudie les avantages et les inconvénients de diverses thérapies, y compris l'approche par syndrome et le traitement de masse, dans différents groupes de population, et aide les administrateurs de programme à sélectionner de bons projets d'appui. Il présente plusieurs sortes de programmes anti-MST complets.

Dallabetta G, Laga M, Lamptey P (eds). *Control of sexually transmitted diseases: a handbook for the design and management of programs.* Arlington, VA : AIDSCAP/FHI, 1996. Cet ouvrage complet sur la prise en charge et la prévention des MST couvre tous les aspects que les responsables nationaux et locaux doivent prendre en considération pour concevoir et mettre en œuvre des programmes anti-MST. Il ne s'agit pas d'un guide clinique, mais il contient des renseignements techniques utiles.

Holmes KK, Mardh P, Sparling PF, et Wiesner PJ. *Sexually transmitted diseases*, 2e édition, New York : McGraw-Hill, 1990. Ce manuel auquel ont contribué des spécialistes de la prévention et de la prise en charge des MST traite des MST, dont l'infection à VIH/SIDA, sous l'angle historique, social, clinique et micro-biologique. Il présente aussi les résultats des derniers travaux de recherche.

Paxman JM, Zuckerman RJ. *Lois et politiques ayant une incidence sur la santé des adolescents.* Genève :

OMS, 1987. Couvre les aspects de la vie qui ont une incidence sur le groupe d'âge 10-24 ans et montre comment la législation influe sur l'offre de soins aux jeunes. Les sujets couverts sont la santé reproductive, le traitement de la toxicomanie, la santé mentale et les soins aux handicapés. D'une présentation simple, il permet aux administrateurs et aux décideurs qui n'ont pas de connaissances juridiques d'assimiler facilement les grands principes.

Reese RE, Betts RF (eds). *A practical approach to infectious diseases: an MSD handbook*, 3e édition, Boston : Little, Brown, 1991. Rédigé par plusieurs auteurs, ce manuel médical concis et pratique sur les maladies infectieuses fournit suffisamment d'éléments sur chaque maladie aux dispensateurs de soins pour qu'ils soient en mesure de faire un diagnostic et de prescrire un traitement judicieux. Les chapitres pertinents sont ceux sur les infections de l'appareil génito-urinaire, les MST, les infections gynécologiques et obstétriques et les antibiotiques. Il sera particulièrement utile aux étudiants et aux généralistes, aux gynécologues et autres spécialistes.

Robertson DHH, McMillan A, et Young H. *Clinical practice in sexually transmissible diseases*, 2e édition, Edimbourg : Churchill Livingstone, 1989. Destiné aux spécialistes des MST, cet ouvrage fait la synthèse des classiques sur ce sujet. Il traite aussi des aspects cliniques et des épreuves en laboratoire. Il s'adresse avant tout aux médecins, mais tous ceux qui s'occupent de donner des soins infirmiers, de conseiller, de contacter les partenaires des malades ou encore de l'éducation pour la santé y trouveront des renseignements concrets qui pourront leur être utiles.

© Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) 1998. Tous droits de reproduction réservés. Cette publication peut être librement commentée, citée, reproduite ou traduite, partiellement ou en totalité, à condition de mentionner la source. Elle ne saurait cependant être vendue ni utilisée à des fins commerciales sans l'accord préalable, écrit, de l'ONUSIDA. (Contact: Centre d'Information de l'ONUSIDA, Genève – voir page 2.) Les opinions exprimées dans les documents par les auteurs cités n'engagent que lesdits auteurs. Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'ONUSIDA aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'ONUSIDA de préférence à d'autres de même nature qui ne sont pas mentionnés. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.