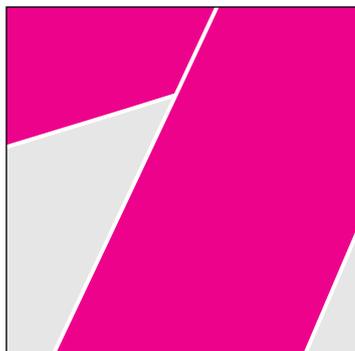
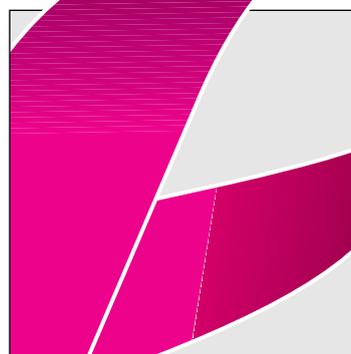
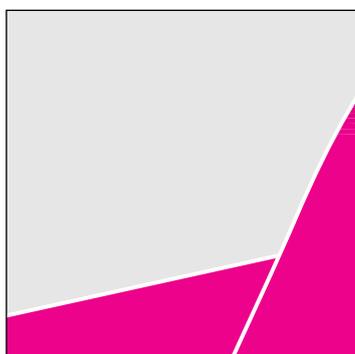


Les maladies sexuellement transmissibles : politiques et principes de prévention et de soins



ONUSIDA
UNICEF • PNUD • FNUAP
UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE



Organisation
mondiale
de la Santé

Collection Meilleures Pratiques de l'ONUSIDA
OUTILS FONDAMENTAUX

© Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA)/OMS

Ce document n'est pas une publication officielle de l'ONUSIDA ou de l'OMS et tous les droits y afférents sont réservés par ces organismes. Il peut toutefois être commenté, cité, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, sans aucune restriction, à condition d'indiquer la source. Il ne saurait être vendu ou utilisé à des fins commerciales sans l'autorisation écrite préalable de l'ONUSIDA. (Prière de contacter le Centre d'information de l'ONUSIDA.)

Les opinions exprimées dans les documents par les auteurs cités nommément n'engagent que lesdits auteurs.

Les appellations employées dans cet ouvrage 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. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

**Les maladies sexuellement
transmissibles : politiques
et principes de prévention
et de soins**

ONUSIDA/OMS

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|----------------------------|---|
| Abréviations | 3 |
| Résumé des recommandations | 4 |

CHAPITRE I

| | |
|----------------------------|----------|
| 1. Contexte | 5 |
| 1.1 L'importance des MST | 5 |
| 1.2 Les MST et le VIH/SIDA | 8 |
| 1.3 Le contrôle des MST | 9 |

CHAPITRE II

| | |
|--|-----------|
| 1. La prévention | 11 |
| 1.1 La prévention primaire | 11 |
| 1.2 La prévention secondaire | 12 |
| 2. Les services de soins pour les MST | 13 |
| 2.1 L'accès aux services | 13 |
| 2.2 Les services publics | 14 |
| 2.3 Les services spécifiques anti-MST | 14 |
| 2.4 Les structures générales de soins de santé | 15 |
| 2.5 Les services d'aiguillage/d'orientation | 15 |
| 2.6 Les services privés | 15 |
| 3. Une prise en charge efficace des MST | 16 |
| 3.1 Des principes directeurs nationaux pour la prise en charge | 16 |
| 3.2 La formation des prestataires de soins de santé | 17 |
| 3.3 La disponibilité des moyens de consultation et d'examen | 17 |
| 3.4 La disponibilité régulière des médicaments nécessaires | 17 |
| 3.5 Un approvisionnement régulier en préservatifs | 18 |
| 3.6 Des services anti-MST acceptables | 18 |
| 3.7 Le rôle du laboratoire dans les services anti-MST | 20 |
| 4. Avertir le partenaire | 21 |
| 4.1 Comment avertir le partenaire | 21 |

| | |
|--|-----------|
| 5. Autres activités de prévention et de prise en charge des MST | 22 |
| 5.1 Promotion d'une attitude positive face à la nécessité de consulter | 22 |
| 5.2 Cibler les services | 23 |
| 5.3 La recherche des cas | 25 |
| 5.4 Le dépistage | 26 |
| 5.5 Les MST chez les enfants et les adolescents | 26 |
| 5.5.1 Enfants maltraités, viol et MST | 27 |
| 5.5.2 Les stratégies de contrôle | 27 |
| 5.6 Services anti-MST et environnements fermés | 28 |

CHAPITRE III

| | |
|--|-----------|
| 1. Gestion de programme de lutte contre les MST | 29 |
| 1.1 Le rôle de la gestion programmatique | 29 |
| 1.2 Le comité technique consultatif national sur les MST | 29 |
| 2. Supervision, surveillance et évaluation | 30 |
| 2.1 Supervision | 30 |
| 2.2 Surveillance | 30 |
| 2.3 Evaluation | 30 |

ANNEXES

| | |
|---|-----------|
| Annexe 1 : Intégration des services anti-MST dans le système général de soins de santé | 31 |
| Annexe 2 : La prise en charge des patients atteints de MST | 33 |
| Annexe 3 : La formation | 38 |
| Annexe 4 : Gestion de programme | 41 |
| Annexe 5 : Contrôle et évaluation | 45 |

Abréviations

| | |
|----------------|--|
| ONUSIDA | Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA |
| OMS | Organisation mondiale de la Santé |
| SIDA | Syndrome d'immunodéficience acquise |
| MST | Maladies sexuellement transmissibles |
| VIH | Virus de l'immunodéficience humaine |

Résumé des recommandations

La prévention et les soins des maladies sexuellement transmissibles constituent une intervention qui permet d'améliorer l'état de santé de la population et empêche la transmission du VIH. Par conséquent, l'ONUSIDA et l'OMS recommandent que la plus grande priorité soit accordée au développement de programmes menés directement dans ce but.

L'objectif de ce document est d'indiquer quelles sont les politiques et les principes de prévention et de traitement des maladies sexuellement transmissibles (MST), afin d'aider les fonctionnaires des Ministères de la santé qui ont la responsabilité d'élaborer et de mettre en oeuvre des programmes de lutte contre les MST. Bien que le propos du document ne soit pas de donner une description détaillée des activités qui peuvent être utilisées dans la mise en oeuvre des programmes, certains aspects ont été développés en annexe pour servir de modèle d'activités pouvant être adaptées à des situations locales.

L'ONUSIDA et l'OMS recommandent que chaque pays ait un programme de prévention et de traitement des MST qui soit intégré à, ou mené en étroite coopération avec les programmes nationaux de lutte contre le SIDA. Les services qui font partie du programme doivent toujours être fournis dans le respect des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de MST.

Les programmes de lutte contre les MST devraient :

- lancer des activités de prévention primaire (promotion de pratiques sexuelles moins risquées, distribution de préservatifs), de concert avec les Programmes nationaux de Lutte contre le SIDA (PNLS);
- favoriser une prise en charge accessible, acceptable et efficace pour les personnes atteintes de MST, par l'intermédiaire des systèmes de soins de santé publics et privés, y compris les soins de premier niveau, en utilisant des algorithmes simples, fondés sur des diagnostics syndromiques;
- inclure les services de prévention et de soins dans la santé maternelle et infantile, et dans les services de soins prénatals et de planification familiale;
- cibler des services de soins pour les MST qui soient acceptables et efficaces pour les populations identifiées comme étant particulièrement vulnérables à l'infection par des agents sexuellement transmissibles, y compris le virus de l'immunodéficience humaine (VIH);
- favoriser l'adoption d'un comportement positif face à la nécessité de consulter tôt pour une MST, et l'éducation en matière de comportement sexuel.

CHAPITRE I

1. Contexte

L'ONUSIDA (Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA), est un programme coparrainé par six organisations du système des Nations Unies - l'UNICEF, le PNUD, le FNUAP, l'UNESCO, l'OMS et la Banque Mondiale. Son but principal est de susciter ou de renforcer l'action du système des Nations Unies, notamment des organismes coparrainants, afin d'aider les pays à riposter efficacement contre l'épidémie de syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA). A cette fin, l'ONUSIDA met en commun les connaissances, l'expérience et les ressources des organisations du système des Nations Unies sur le VIH/SIDA et les maladies sexuellement transmissibles (MST) pour aider les pays à renforcer leur riposte face à ces maladies.

On reconnaît de plus en plus l'importance des MST dans la santé publique, en raison du degré de morbidité et de mortalité élevé qu'elles engendrent, et du fait que les MST facilitent la transmission de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Ce document est le résultat d'une collaboration entre l'OMS (une institution spécialisée des Nations Unies qui a la responsabilité principale des questions de santé au niveau international et de la santé publique) et l'ONUSIDA. Il est conçu comme un guide à l'usage des pays afin de les aider à formuler des politiques et des principes en matière de développement de programmes pour la prévention et la prise en charge des MST.

On a accumulé suffisamment de connaissances et de savoir-faire dans la lutte contre le VIH/SIDA et les MST au cours de la décennie précédente pour pouvoir mettre en place des interventions efficaces en matière de prévention et de soins aux malades. Aucune stratégie ne fonctionnera par elle-même et aucune nation ne pourra travailler isolément dans la lutte contre ces maladies. Il faut mettre en œuvre une approche unifiée, fondée sur des principes solides aux niveaux mondial, régional et local, pour avoir un impact sensible.

1.1 L'importance des MST

Les MST¹ ne sont pas seulement une cause importante de morbidité chez les adultes, mais elles peuvent provoquer des complications avec des séquelles, telles que la stérilité chez les hommes et les femmes, une grossesse ectopique, le cancer du col de l'utérus, une mortalité prématurée, la syphilis congénitale et la résorption du fœtus, un faible poids de naissance, ainsi que la prématurité ou la conjonctivite du nouveau-né.

Les MST causées par des agents bactériens, mycologiques et protozoaires sont guérissables depuis plus de 40 ans grâce à des agents antibiotiques et chimiothérapeutiques appropriés. Malgré tout, ces MST ont continué à poser un problème de santé publique dans les pays industrialisés et dans les pays en développement. Un

¹ Le terme maladies sexuellement transmissibles (MST) est utilisé tout au long de ce document pour décrire les infections et les maladies transmises sexuellement, ainsi que les complications et les séquelles qui en résultent. Par exemple, la blennorragie, qui est une infection qui se transmet sexuellement, provoque une maladie, la cervicite, qui peut aboutir à une complication, la salpingite. Une fertilité altérée en serait la séquelle.

équilibre a toutefois été atteint dans la plupart des pays développés, qui connaissent des taux d'infection faibles (et qui continuent souvent à baisser). En revanche, l'équilibre atteint dans de nombreux pays en développement l'a été avec des niveaux de maladie très endémiques. Dans de nombreux pays en développement, les MST figurent depuis des décennies parmi les cinq principales maladies qui amènent les adultes à s'adresser aux services de santé. Il y a rarement de contrôle fiable, et l'ampleur réelle du problème est souvent inconnue. Là où l'on dispose de données, elles font état d'une proportion de malades beaucoup plus élevée dans la tranche d'âge des 15-44 ans.

Des estimations par sexe et par région des taux de prévalence de la blennorragie, de l'infection à chlamydia, de la syphilis et de la trichomonase ont été faites à partir des informations sur la prévalence des MST provenant des pays en développement (comprenant ceux d'Afrique, d'Asie, d'Amérique latine et des Caraïbes), des estimations officielles de prévalence provenant des pays industrialisés et des informations d'archives de l'OMS tirées de rapports de pays. La prévalence régionale pour les adultes en 1995 a été calculée en utilisant les estimations semestrielles relatives aux adultes dans la tranche 15-49 ans.

Les estimations concernant le chancre mou n'ont pu être obtenues en utilisant la même méthode que pour la syphilis en raison de la mauvaise compréhension de l'épidémiologie et de l'histoire naturelle de la maladie, ainsi que de l'absence d'un test convenable. On a pu avoir une idée de l'ampleur du problème du chancre mou en s'appuyant sur les estimations faites précédemment par l'OMS sur la syphilis et le chancre mou (méthode Delphi), qui établissent un ratio syphilis/chancre mou, et sur les estimations de 1995 pour la syphilis. Ces estimations devront être révisées lorsque davantage de données seront publiées sur le chancre mou.

Sur la base de ce calcul, le nombre total de maladies sexuellement transmissibles guérissables est estimé à 340 millions de nouveaux cas par an, y compris ceux de chancre mou. Les estimations figurent dans les Tableaux 1 et 2 ci-dessous. Le Tableau 1 donne les estimations des MST guérissables pour 1995 et le Tableau 2 présente les chiffres par région (sauf chancre mou).

Tableau 1 : Estimations des cas annuels de MST guérissables dans le monde en 1995

| Maladie | Cas nouveaux |
|-----------------------|---------------------|
| Blennorragie | 62 millions |
| Infection à chlamydia | 89 millions |
| Syphilis | 12 millions |
| Chancre mou | 7 millions |
| Trichomonase | 170 millions |
| Total | 340 millions |

Tableau 2 : Estimations des cas annuels de MST guérissables (sauf chancre mou) dans la tranche d'âge 15-49 ans dans le monde en 1995

| Région | Nouveaux cas par an (x1000) | Incidence (/1000) parmi les 15-49 ans |
|-----------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|
| Amérique du Nord | 14 000 | 91 |
| Amérique latine et Caraïbes | 36 000 | 145 |
| Europe occidentale | 16 000 | 77 |
| Europe orientale et Asie centrale | 18 000 | 112 |
| Asie orientale et Pacifique | 23 000 | 28 |
| Asie du Sud et du Sud-Est | 150 000 | 160 |
| Australasie | 1 000 | 91 |
| Afrique du Nord & Moyen-Orient | 10 000 | 60 |
| Afrique sub-saharienne | 65 000 | 254 |
| Total | 333 000 | 113 |

Les raisons identifiables de ces taux bien trop élevés, malgré l'existence de services anti-MST dans la plupart des pays en développement, sont indiquées ci-dessous.

L'incapacité à contrôler les MST

- Les décideurs politiques et les planificateurs ont accordé une faible priorité à cette question dans l'allocation des ressources. Les raisons en sont notamment le lien qui est établi entre les MST et un comportement considéré comme déshonorant, l'incapacité à associer les maladies avec les complications et les séquelles, et l'incapacité à reconnaître la dimension du problème.
- Les efforts de contrôle se sont concentrés sur des patients qui présentaient des symptômes (généralement des hommes) et n'ont pas réussi à identifier les individus qui ne présentaient pas de symptômes (généralement des femmes), jusqu'à ce que des complications se développent.
- Les services ont souvent été dispensés par des établissements de soins spécialisés dans les MST, qui fournissent une couverture insuffisante et sont stigmatisants.
- Les stratégies de traitement se sont concentrées sur des exigences irréalistes de diagnostic de certitude plutôt que sur une prise de décision pratique.
- Des antibiotiques inefficaces et peu coûteux continuent à être utilisés pour des raisons d'économie.
- On a peu mis l'accent sur l'éducation et d'autres mesures de prévention de l'infection.
- Il n'y a pas eu de consignes de référence sur un ensemble rationnel, pratique et bien défini d'activités pouvant constituer la base de programmes de prévention et de soins.

Du fait de la fréquence de leur apparition et de leur potentiel de morbidité, les MST constituent une priorité de santé publique de par elles-mêmes. Cependant, c'est l'apparition d'un nouveau micro-organisme pathogène sexuellement transmissible (le VIH), et le développement pandémique incroyablement rapide de sa complication mortelle (le SIDA) qui a provoqué une réévaluation urgente de l'action contre les MST.

1.2 Les MST et le VIH/SIDA

En 1990, l'OMS a organisé une consultation sur les stratégies mondiales de coordination des programmes de lutte contre les MST et contre le SIDA. Une déclaration de consensus faite à l'issue de cette réunion a reconnu le caractère indispensable d'une étroite coordination ou, lorsque cela était approprié, d'une association de programmes (voir ci-dessous).

La relation entre le SIDA et les MST

- Les relations sexuelles constituent le principal mode de transmission du VIH et des autres MST. Les autres moyens de transmission comprennent le sang, les produits sanguins, les dons d'organes et de tissus, ainsi que la transmission verticale d'une mère infectée à son fœtus ou nouveau-né.
- Les mesures de prévention de la transmission du VIH et des MST par les rapports sexuels sont en grande partie les mêmes, tout comme les publics cibles de ces interventions.
- Les services médicaux pour les MST sont des points de contact importants avec les personnes à haut risque de SIDA et de MST, non seulement pour ce qui est du diagnostic et du traitement, mais aussi pour l'éducation.
- D'autres MST, lorsqu'elles sont présentes, facilitent la transmission du VIH, ce qui fait du diagnostic précoce et du traitement efficace des MST une stratégie importante pour la prévention de la transmission du VIH.
- Les tendances de l'incidence des cas de MST et de leur prévalence peuvent constituer des indicateurs utiles et précoces de changements dans le comportement sexuel et sont plus faciles à surveiller que les tendances de la séroprévalence ou de l'incidence du VIH.

Il existe une autre relation entre le VIH et les autres MST qui a été non seulement postulée, mais également expérimentée par certains cliniciens dans des zones où la prévalence du VIH/MST était élevée, à savoir la modification de l'histoire naturelle d'une MST chez un individu qui présente également l'immuno-déficience associée au VIH. La gravité des manifestations peut s'en trouver accrue, l'infectiosité prolongée et augmentée, et la réaction aux traitements classiques diminuée.

Du fait de ces relations avérées entre les MST classiques et le VIH, l'ONUSIDA et l'OMS ont fait du contrôle des MST l'une des interventions prioritaires pour la prévention de la transmission du VIH.

1.3 Le contrôle des MST

A Mwanza, en Tanzanie, un essai aléatoire visant à évaluer l'impact d'une meilleure prise en charge des MST au niveau des soins de santé primaires a démontré une incidence de 1,2% sur le VIH dans la communauté participant à l'intervention sur deux ans, contre 1,9% dans le groupe de comparaison. Cette réduction de 40% a évité environ 254 infections.

Cette étude a démontré que le traitement des MST constitue une stratégie de prévention importante contre l'infection par le VIH dans une population prise dans son ensemble.

Lancet, 1995, **346** :530-36.

Les principaux objectifs du contrôle des MST dans le passé ont été les suivants :

- interrompre la transmission des infections contractées lors des relations sexuelles;
- empêcher le développement de maladies, complications et séquelles.

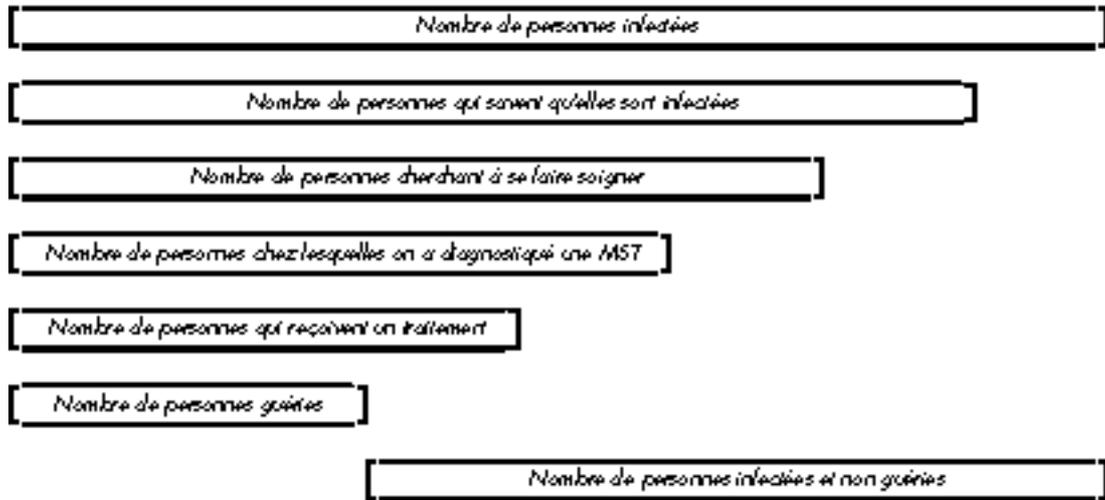
Il faut désormais y ajouter l'objectif suivant :

- réduire le risque d'infection par le VIH.

Ces objectifs peuvent être atteints grâce à des programmes menés dans le cadre de la prévention primaire, visant à réduire l'incidence de la maladie, et dans le cadre de la prévention secondaire, afin de réduire la prévalence en diminuant la durée de la maladie, réduisant par là la probabilité de complications ou de séquelles.

Les efforts qui sont déployés pour renforcer les soins aux personnes atteintes de MST visent essentiellement à s'assurer que le traitement dispensé est efficace. Cette approche a peu de chance d'avoir un impact important sur la situation eu égard au grand nombre de personnes souffrant d'une infection qui ne réussissent pas à obtenir de traitement (voir Figure 1).

Figure 1. «Fuite» de personnes au cours d'étapes entre l'infection et la guérison



Note : la proportion de personnes guéries par rapport à celle de personnes non guéries varie d'un endroit à l'autre en fonction des actions entreprises par les personnes ou par les services de santé à chaque étape.

Le modèle conceptuel ci-dessus est utile pour identifier et quantifier la «fuite» à chaque étape, déterminant quelle proportion de patients perd la possibilité de recevoir un traitement lors des étapes successives du processus qui va de l'infection à une guérison possible. On pense qu'un modèle de décision simple peut être élaboré pour aider les pays à établir des priorités afin d'améliorer la prestation de services de soins pour les MST en identifiant les interventions les plus efficaces en termes de coût pour résorber les «fuites» importantes à chaque stade et dans chaque contexte. A chaque étape de l'évaluation, il faut se souvenir que les facteurs qui déterminent la fuite peuvent varier en fonction de l'âge et du sexe. Par exemple, la prise de conscience de la maladie peut être plus faible dans la tranche d'âge des adolescents que dans la population adulte.

CHAPITRE II

1. La prévention

Il devrait y avoir autant d'approches de la prévention et de la prise en charge des MST que de facteurs déterminants de l'épidémiologie de MST. Les interventions menées pour empêcher la propagation des MST et du VIH devraient prendre en compte le rôle de la physiologie humaine, des types de comportement humain et des influences socioculturelles. La prévention des MST et du VIH ne peut pas être abordée seulement en agissant sur le comportement et par des méthodes locales de contraception. Il faut toujours garder à l'esprit d'autres facteurs, tels que les cellules et valeurs familiales, la mise à disposition d'un logement, qui contribue à préserver la vie de famille, l'emploi, l'éducation, la religion, la culture, l'âge, le sexe, etc. Bien que la prise en compte de ces déterminants dépasse le propos de ce document, les gouvernements et les administrateurs de programmes doivent prendre ces questions en considération dans la planification et la mise en place de programmes de prévention et de soins des MST.

1.1 La prévention primaire

Les activités de prévention primaire sont pratiquement les mêmes pour les MST classiques que pour le VIH sexuellement transmis, car le mode de transmission principal pour les deux est le rapport sexuel. Les activités de prévention primaire et les publics sont les mêmes. Il est logique qu'il y ait une coordination étroite entre les responsables de la prévention du VIH/SIDA et les responsables des activités de prévention des MST. Il est même recommandé qu'il y ait complète intégration.

Le but de la prévention primaire est d'empêcher l'infection et la maladie. On peut y arriver en favorisant :

- Des **pratiques** sexuelles **moins risquées**;
- L'utilisation de **préservatifs** pour les actes sexuels avec pénétration.

Seules les activités de prévention primaire peuvent avoir un effet sur les MST actuellement incurables qui sont dues à des infections virales.

Les activités de prévention primaire seront du ressort de programmes de lutte contre le SIDA et les MST intégrés ou coordonnés. La prestation de soins cliniques constitue une opportunité importante de prévention primaire en offrant une éducation, un traitement et une guérison efficace à des personnes qui risquent davantage, par définition, de contracter et de transmettre une infection. Le traitement et la guérison d'une personne atteinte d'une MST constituent une prévention primaire en cas de contact.

Dans la plupart des pays, le programme national de lutte contre le SIDA développe des stratégies de prévention et a déjà entrepris des interventions. Il est important que ces interventions comportent une éducation sur les MST. Il est probable que cela sera mutuellement bénéfique; par exemple, l'éducation sur des complications possibles des MST, comme la stérilité, pourrait inciter à limiter une activité à risque de MST, dont l'infection à VIH. Dans les environnements à faible taux de VIH/SIDA, les gens se sentiront plus concernés par les MST que par le VIH.

Dans certains endroits, des programmes existants de lutte contre les MST ont acquis des compétences dans la prévention primaire qui peuvent être partagées avec le PNLS.

La plupart des messages de prévention peuvent s'appliquer à la fois au VIH et aux MST classiques, mais les messages éducatifs qui se réfèrent spécifiquement aux MST devront inclure :

- l'information selon laquelle beaucoup de MST peuvent être traitées et guéries;
- l'information selon laquelle un traitement précoce est nécessaire pour éviter des complications et des séquelles permanentes;
- l'information selon laquelle les symptômes peuvent passer inaperçus, particulièrement chez les femmes, jusqu'à l'apparition de complications;
- la description de signes et de symptômes reconnaissables;
- une liste des lieux où l'on peut obtenir des conseils sur les MST (c'est-à-dire les services de soins de santé de base) et, là où ils existent, des services spécifiques et des centres de conseils volontaires;
- l'assurance que dans tous les services du secteur public, la vie privée, la confidentialité et le respect sont garantis;
- des conseils sur l'estimation du risque qu'a une personne d'avoir contracté une MST, et sur celui du ou des partenaires sexuels (si l'évaluation suggère une possibilité de MST, il est conseillé de se présenter auprès du service de conseils sur les MST).

Il est important d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques du public afin d'apporter un message réaliste, acceptable et culturellement pertinent sur les MST. Il faudra procéder à des recherches simples pour obtenir des informations de la part de la communauté, parmi lesquelles :

- la connaissance et les perceptions de l'importance des MST;
- le comportement face à la nécessité de consulter;
- les obstacles à la recherche de soins pour les MST.

1.2 La prévention secondaire

La prévention secondaire entraîne la fourniture d'un traitement et de soins pour les personnes infectées et malades. Ces activités devraient comprendre :

- la promotion d'une attitude de recherche de soins de santé destinée non seulement à ceux qui présentent des symptômes de MST, mais aussi à ceux qui ont davantage de risques de contracter des MST, y compris l'infection par le VIH;
- la fourniture de services cliniques qui soient accessibles, acceptables et efficaces, et qui offrent un diagnostic et un traitement efficaces à la fois aux patients qui présentent des symptômes de MST et à ceux qui n'en présentent pas, ainsi qu'à leurs partenaires;
- des services de soutien et de conseils aux patients atteints de MST et infectés par le VIH.

On a peu de connaissances et d'expérience en matière de promotion d'un comportement positif face à la nécessité de consulter pour une MST. L'ONUSIDA et l'OMS reconnaissent que le développement de meilleures méthodes correspondant aux différentes situations dans ce domaine est une priorité. Des instructions seront données lorsque l'on disposera d'informations. D'autres travaux de recherche opérationnelle sont nécessaires dans le domaine des soins pour les MST.

2. Les services de soins pour les MST

La fourniture de service de soins accessibles, acceptables et efficaces est l'élément central de tout programme de contrôle des MST.

2.1 L'accès aux services

Dans la plupart des pays en développement et des pays industrialisés, les patients ont un choix de services auxquels ils peuvent s'adresser pour obtenir des soins pour les MST. Les sources possibles sont énumérées ci-dessous.

Sources potentielles de soins pour les MST

Le secteur public :

- services spécialisés dans les MST ou services de dermato-vénérologie;
- services des consultations externes (d'autres spécialités) dans les hôpitaux;
- soins de premier niveau, dont salles d'urgence, dispensaires, centres de soins;
- services de santé reproductive et de santé maternelle et infantile;
- services de planification familiale.

Le secteur privé :

- cliniques privées pour les MST;
- services des consultations externes des hôpitaux privés;
- médecins privés fournissant des soins de santé de premier niveau et des soins dans différentes spécialités (dermatologie, gynécologie, urologie, médecine générale,...);
- pharmaciens (là où l'on peut vendre des antibiotiques sans ordonnance);
- soins de santé au premier niveau et services des consultations externes des organisations non gouvernementales;
- services spécialisés;
- services médicaux sur le lieu de travail.

Le secteur informel :

- les guérisseurs traditionnels;
 - les pharmaciens (là où il est illégal de vendre des antibiotiques sans ordonnance);
 - les médecins non qualifiés («charlatans»);
 - les vendeurs d'antibiotiques.
-

Si l'on veut garantir un accès universel aux programmes de soins appropriés pour les MST, il faudrait reconnaître que les patients s'adressent à la fois au secteur public et au secteur privé pour se faire soigner. Dans de nombreux pays, la plupart des soins en matière de MST sont obtenus en dehors du secteur public. Planifier un programme équilibré et global passera par le renforcement des prestataires de soins de santé qui sont en mesure de fournir un service de qualité.

2.2 Les services publics

Les services anti-MST du secteur public devraient être intégrés dans les structures de soins de santé existantes, tels que les services de consultation externe, les établissements de soins de premier niveau, les services de santé maternelle et infantile et les services de planification familiale. Il faut veiller à assurer une couverture pour les femmes, les hommes et les jeunes.

2.3 Les services spécifiques anti-MST

La fourniture d'un service vertical par le biais de services spécialisés ou de dermato-vénéréologie² n'est souvent pas satisfaisante, que ce soit dans les pays en développement ou dans les pays industrialisés, notamment pour des raisons de mauvaise accessibilité et acceptabilité. Il est pratiquement impossible de fournir des services spécialisés qui soient facilement accessibles à toutes les populations, dans les zones urbaines comme dans les zones rurales. De plus, la fréquentation de ces services peut être stigmatisante, particulièrement pour les femmes. Ainsi, même lorsque les services anti-MST du secteur public sont fournis par un système vertical, il y aura une demande de soins anti-MST s'adressant aux services de soins de santé généraux. S'ils ne sont pas fournis par le secteur public, une pression s'exercera sur les médecins privés et sur le secteur informel afin qu'ils les fournissent.

On prétend que des soins anti-MST de grande qualité peuvent être dispensés par du personnel clinique spécialisé dans les services spécifiques, mais l'inaccessibilité, l'inacceptabilité et l'importance des ressources humaines et économiques nécessaires en font une méthode de prestation de services inutilisable pour l'ensemble de la population. Les services pour les MST peuvent cependant servir de centres de référence/d'orientation (voir ci-dessous).

Le rôle des services spécialisés dans les MST

Bien que l'ONUSIDA et l'OMS recommandent que les services anti-MST soient intégrés dans les soins de santé primaires, les services spécialisés dans les MST (parfois appelés services spécifiques) peuvent être utiles en ce sens qu'ils fournissent des soins de santé primaires dans le cadre urbain à des groupes spécifiques tels que les prostituées et leurs clients, les travailleurs migrants, les routiers, et tout autre groupe ayant peu accès aux soins de santé.

De plus, en raison de la concentration de compétences en matière de MST, ces services peuvent faire office de centre d'aiguillage pour les soins de santé primaires, les consultations externes des hôpitaux, les médecins privés, etc. Dans certains cas, les services spécialisés devraient également voir leur rôle de centre de référence renforcé, afin de dispenser une formation de prestataire de soins de santé pour les MST, fournir une information épidémiologique (prévalence d'agents étiologiques dans les syndromes et sensibilité antimicrobienne), et une recherche opérationnelle (études sur la faisabilité et la validité des approches algorithmiques).

² Les soins pour les MST sont toujours dispensés par des services de dermato-vénéréologie qui traitent à la fois les problèmes de peau et les MST. Cela réduit dans une certaine mesure les stigmates associés aux services qui ne s'occupent que de MST. Ces services se concentrent toutefois souvent sur le traitement des patients présentant des symptômes, et qui viennent se présenter d'eux-mêmes, et négligent les questions de santé publique, la prévention et la recherche des cas chez les patients qui ne présentent pas de symptômes. Les services de dermato-vénéréologie sont fréquents, par exemple en Asie et en Amérique latine.

2.4 Les structures générales de soins de santé

Les services généraux de soins de santé, qui peuvent atteindre la communauté tout entière, offrent des ressources importantes et actuellement inexploitées pour la réduction du problème des MST.

Fournir un accès à des soins de santé réguliers pour les MST qui soient acceptables et efficaces en utilisant les services généraux de soins de santé constituerait une avancée importante dans les programmes.

Dans de nombreux cas, le secteur public de la santé connaît des difficultés financières et de personnel. C'est pourquoi les efforts déployés pour intégrer les services anti-MST doivent peser le moins possible sur les structures existantes. Les recommandations présentées ci-dessous sur la prestation de soins acceptables et efficaces pour les MST sont faites en ayant ces considérations à l'esprit.

Certaines des stratégies pour l'intégration des soins de routine pour les MST dans les structures générales de santé sont explorées dans l'Annexe 1.

2.5 Les services d'aiguillage/d'orientation

Lorsque les soins réguliers pour les MST sont fournis par les services généraux de santé, il y a une proportion de patients, qui se situe entre 5% et 10%, qui demandent une orientation vers des soins spécialisés. Ces soins secondaires peuvent être dispensés par des services spécifiques pour les MST ou par des services de dermato-vénérologie s'ils existent. On sait que les longues distances, les mauvais services de transport et le coût des voyages limitent l'accès des communautés rurales aux services d'orientation. Pour cette raison, la décentralisation des services d'orientation dans les centres de soins de santé généraux au niveau régional est importante. Il faudrait également examiner la possibilité de renforcer les services d'orientation aux niveaux de soins de santé intermédiaires, comme les hôpitaux de district ou équivalent.

2.6 Les services privés

Les programmes de lutte contre les MST sont habituellement axés sur les services fournis par le secteur public. Il est cependant important de reconnaître que souvent une partie substantielle du marché des soins de santé est accaparée par le secteur privé. Cette situation a peu de chances de changer de manière significative tant que l'objectif à long terme du renforcement de l'ensemble de l'infrastructure des systèmes de santé n'aura pas été atteint. Cet influent secteur privé, qui assure dans certains endroits plus de 70% du traitement des MST, ne devrait pas être ignoré. Il est important d'améliorer autant que faire se peut la prise en charge de tous les soins.

Le programme de lutte contre les MST devra établir des principes directeurs en matière de traitement, former le personnel des services de santé, fournir l'information disponible sur les médicaments efficaces, et sur l'utilisation et la distribution de préservatifs.

3. Une prise en charge efficace des MST

La prise en charge des MST doit être d'une grande qualité dès le premier contact avec un patient atteint d'une MST. La prestation de soins de bonne qualité n'est pas inaccessible, même pour des programmes qui disposent de ressources limitées. De plus, assurer la qualité des soins a plus de chances de mener à une utilisation plus efficace des ressources parce que les bénéfices des interventions en matière de santé publique et individuelle seront plus grands.

Quel que soit le choix que fait une personne pour obtenir des conseils, que ce soit dans le secteur public ou dans le secteur privé, les programmes de lutte contre les MST devraient veiller à ce qu'une prise en charge appropriée et efficace soit possible.

La prise en charge des MST, que ce soit dans un pays qui dispose ou non de ressources importantes, devrait toujours être complète, et englober le diagnostic (posé d'après les symptômes observés ou fondé sur des épreuves de laboratoire), un traitement curatif, la réduction d'un comportement à risque, et le traitement des partenaires sexuels. Les facteurs suivants sont nécessaires pour assurer une prise en charge efficace des MST.

3.1 Des principes directeurs nationaux pour la prise en charge

L'objectif de la prise en charge des patients atteints de MST est :

- de poser un diagnostic correct;
- de fournir un traitement efficace;
- de limiter/prévenir le comportement à risque à l'avenir;
- de donner des conseils sur l'observance des traitements;
- de promouvoir les préservatifs et d'en distribuer;
- de faire en sorte que les partenaires sexuels soient avertis et soignés convenablement.

Des principes directeurs fondés sur des schémas identifiés d'infection et de maladie devraient être rédigés et distribués à tout le personnel de santé qui s'occupe du traitement des MST, afin de promouvoir une prise en charge de qualité uniforme. Un comité technique consultatif national sur les MST pourra être chargé de l'élaboration de ces principes directeurs, et le personnel travaillant sur le programme pourra les adapter aux circonstances et aux capacités des différents établissements et prestataires de soins de santé.

L'ONUSIDA et l'OMS recommandent vivement l'adoption **du diagnostic et du traitement syndromiques** des MST.

La prise en charge syndromique est fondée sur la classification des principaux agents responsables d'un état clinique particulier (syndrome), tel que le syndrome de l'écoulement urétral chez les hommes. On utilise alors des algorithmes qui aident le prestataire de services de santé à poser un diagnostic et à choisir le traitement. Le traitement couvre toutes les causes importantes du syndrome.

Il faut élaborer et distribuer des principes directeurs nationaux pour la prise en charge d'un patient atteint de MST. Les principes directeurs doivent être exhaustifs mais faciles à suivre. Ils doivent traiter du diagnostic, des protocoles de traitement, de la notification au partenaire, de l'éducation pour la santé et de la distribution de préservatifs. Les principes directeurs et les justifications du traitement syndromique des MST sont examinés en détail dans l'Annexe 2.

3.2 La formation des prestataires de soins de santé

Les seuls principes directeurs ne sont pas suffisants. La formation du personnel de santé qui dispense des soins pour les MST, et d'autres agents de santé, à la prise en charge des MST est la clé du succès d'un service intégré. Les activités peuvent comprendre :

- une formation sur le tas;
- une formation par des cours de base;
- des cours de perfectionnement utilisant l'expérience en matière de vénéréologie concentrés dans les services spécialisés sélectionnés comme centres d'orientation/référence;
- la formation de formateurs pour encourager les agents de santé à former leurs collègues (principe dit de «cascade»);
- la diffusion de principes directeurs nationaux sous une forme qui puisse être comprise et utilisée sans formation spéciale supplémentaire.

Des recommandations détaillées sur les stratégies de formation sont abordées dans l'Annexe 3.

3.3 La disponibilité des moyens de consultation et d'examen

Il faut que la prise en charge soit possible dans n'importe quel lieu de soins de santé qui offre des soins pour les MST, que ce soit dans le secteur public ou dans le secteur privé.

Le caractère privé de la consultation reste une condition essentielle. En fonction de l'origine des soins, on pourra également avoir besoin de :

- tables d'examen avec un éclairage approprié;
- un approvisionnement régulier en fournitures pour répondre aux besoins (gants, seringues, spéculums, matériel de stérilisation et instruments de laboratoire si nécessaire).

Les recommandations de l'ONUSIDA et de l'OMS sur la prise en charge ont réduit les exigences rattachées à la prestation de services anti-MST afin que des soins efficaces puissent être dispensés même dans les endroits qui ne disposent que de maigres ressources.

3.4 La disponibilité régulière des médicaments nécessaires

Il faudra faire figurer des protocoles thérapeutiques pour le traitement de germes spécifiques responsables des syndromes dans les principes directeurs sur la prise en charge élaborés par le comité technique consultatif national sur les MST. Après avoir passé en revue la sensibilité aux antibiotiques des germes les plus répandus, le comité devrait recommander aux autorités chargées d'élaborer des politiques pharmaceutiques nationales des médicaments qui soient efficaces dans le pays concerné.

Un programme de contrôle des MST doit impérativement être en mesure d'offrir des traitements efficaces.

La coordination avec le Programme des Médicaments essentiels est nécessaire pour s'assurer que les médicaments requis figurent dans la liste des médicaments essentiels du pays et qu'ils soient fournis à temps et de manière adéquate. La coordination doit continuer afin que la liste des médicaments puisse être modifiée lorsque des changements dans la sensibilité aux antibiotiques des germes responsables des MST sont mis en évidence.

Pour qu'un traitement efficace puisse être fourni, les médicaments sélectionnés dans le cadre des principes directeurs nationaux doivent être toujours disponibles. Cela constituera un poste budgétaire important dans tout établissement public, et les autorités responsables, que ce soit au niveau national, de l'Etat ou de la province, ou du district, hésiteront probablement à engager des ressources importantes sans aucun rendement. Dans de nombreux pays, les patients ont l'habitude de payer les médicaments, ou, tout du moins, d'apporter une contribution, et on peut envisager de choisir une politique de recouvrement des coûts.

Des médicaments permettant d'assurer un traitement efficace doivent également être disponibles et utilisés dans le secteur privé. Une formation visant à encourager leur utilisation sera nécessaire.

3.5 Un approvisionnement régulier en préservatifs

Les moyens d'obtention et de distribution de préservatifs dans le secteur public peuvent varier d'un pays à l'autre. Il appartiendra au programme ONUSIDA/OMS de veiller à ce que la méthode choisie soit efficace et adéquate. Des préservatifs devraient être distribués par tous les services de santé et atteindre par conséquent les patients souffrant de MST. De plus, le programme SIDA/MST devra s'assurer que des préservatifs sont disponibles dans les services anti-MST et par le biais de tous les services de santé pour que l'on puisse cibler certains groupes ainsi que l'ensemble de la population.

Le programme de lutte contre les MST doit également faciliter l'introduction de mécanismes de marketing social afin d'augmenter la mise à disposition de préservatifs de bonne qualité pour le public.

3.6 Des services anti-MST acceptables

Quelles que soient l'accessibilité et l'efficacité des services, ils sont sans valeur à moins que les patients potentiels ne soient préparés à leur utilisation. L'acceptabilité des services sera probablement meilleure si les soins sont intégrés aux services de santé habituels; ils seront moins bien acceptés s'ils sont dispensés par des services de dermato-vénérologie et encore moins par des services spécialisés dans les MST. Parmi les obstacles à l'acceptabilité, dont certains constituent également des obstacles à l'accès et à l'efficacité, figurent les éléments suivants :

- des horaires d'ouverture peu pratiques et de longues attentes;
- des locaux mal entretenus et peu attirants;
- une attitude critique de la part du personnel;
- des mauvaises techniques de communication de la part du personnel;
- la stigmatisation de ceux qui cherchent à s'informer sur les MST;
- l'incapacité à faire disparaître les symptômes;
- des coûts excessifs;
- le non respect de la vie privée et de la confidentialité.

Les obstacles à l'acceptabilité des services anti-MST

Des horaires d'ouverture peu pratiques :

Les hommes et les femmes ont du mal à prendre sur leur temps de travail pour aller consulter pour une MST. Cela aboutit à un retard dans l'instauration d'un traitement ou à l'auto-médication. La planification des programmes devrait examiner les moyens qui permettront aux services de MST intégrés d'éviter ces difficultés.

Une attitude critique du personnel :

Si nécessaire, il faut assurer une nouvelle formation au personnel de santé afin que les soins soient dispensés en évitant toute attitude moralisatrice ou critique. De telles attitudes peuvent dissuader les gens, en particulier les adolescents et les jeunes femmes célibataires, de se faire soigner.

Un personnel qui communique mal :

Il faut déployer des efforts particuliers et une certaine perspicacité pour évaluer les différentes perceptions de la maladie chez les adolescents et les adultes. La communication doit être adaptée au public auquel elle est destinée et le personnel de santé doit en être conscient. Il faudrait entreprendre la formation du personnel de santé si nécessaire, afin d'améliorer leurs techniques de communication, en particulier en ce qui concerne les soins pour les MST chez les adolescents.

Stigmatisation :

La stigmatisation découle des valeurs sociétales, et peut être exacerbée par les systèmes institutionnels. Les services de MST pour les prostituées, par exemple, peuvent stigmatiser les personnes mêmes auxquelles ils doivent venir en aide. Un service intégré, qui traite les besoins des prostituées, mais aussi d'autres groupes de population, contribuera à destigmatiser les MST.

Des coûts excessifs :

Les programmes doivent étudier quels sont les groupes gênés par le prix à payer pour les soins, même s'il n'est pas exorbitant. Il faut prendre les dispositions nécessaires pour s'assurer des moyens de dispenser des soins à ces groupes. Cela ne doit pas s'appliquer aux seules MST, mais comprendre les autres besoins en matière de santé de ces groupes (par exemple grossesse non désirée, usage de substances toxiques).

Non respect de la vie privée et de la confidentialité

La nature même des MST et certains des aspects juridiques du traitement des MST chez les mineurs peuvent donner l'impression d'une atteinte au principe de confidentialité. Les services de MST devraient être perçus comme respectant la vie privée et la confidentialité. Cela est particulièrement important pour les adolescents.

3.7 Le rôle du laboratoire dans les services anti-MST

Le coût et la disponibilité irrégulière du matériel, des moyens et des compétences limitent considérablement le caractère pratique et la disponibilité des épreuves de laboratoire dans les endroits qui disposent de peu de ressources. Même lorsque les ressources sont suffisantes, le diagnostic du laboratoire n'est pas fiable pour ce qui est de certains organismes transmis sexuellement. *Haemophilus ducreyi*, par exemple, responsable du chancre mou, est une bactérie qui se cultive difficilement. Les tests pour la recherche de *Chlamydia trachomatis* sont chers et le prélèvement d'échantillons est une opération déplaisante pour les hommes comme pour les femmes. Le diagnostic de la syphilis primaire demande un microscope spécial et une formation, et le spirochète peut ne pas être visible même par les meilleurs techniciens de laboratoire.

Pour toutes ces raisons et d'autres indiquées plus haut, les principes directeurs sur la prise en charge prônés par l'ONUSIDA et l'OMS (présentées dans l'Annexe 2) permettent d'assurer des soins efficaces pour les MST en n'utilisant guère ou pas du tout le laboratoire. Le recours au laboratoire devrait être limité aux situations dans lesquelles il est essentiel aux décisions cliniques ou programmatiques, comme pour les tâches suivantes :

Gestion de programme :

- formation d'agents de santé et de laboratoire;
- études épidémiologique et microbiologique;
- surveillance de la susceptibilité aux antimicrobiens;
- validation des algorithmes;
- surveillance sentinelle.

Prise en charge des patients :

- pour la recherche des cas de syphilis chez toutes les femmes enceintes;
- confirmation du diagnostic de certains cas dans les centres d'aiguillage.

Recherche :

- développement de nouveaux moyens diagnostiques;
- développement de nouveaux médicaments;
- recherche clinique.

La responsabilité de l'évaluation des capacités et des besoins du laboratoire dans le domaine des MST reviendra à l'administrateur de programme des MST.

Il est préférable d'affecter les surplus de moyens de laboratoire au diagnostic et à la recherche des cas de blennorragie et des chlamydias chez les femmes, pour lesquelles le diagnostic syndromique est moins sensible et spécifique.

4. Avertir le partenaire

Il faut penser à avertir le partenaire dès que la MST est diagnostiquée, où que ce soit.

La notification au partenaire englobe les activités suivantes, dans l'optique de la santé publique : prévenir les partenaires sexuels des personnes atteintes de MST, les informer de leur vulnérabilité, et leur offrir un traitement et des services d'appui. Afin de réussir à limiter la transmission des MST, la notification devrait viser à :

- traiter tous les partenaires sexuels (au moins ceux des trois mois précédents) du patient atteint de MST;
- traiter les partenaires pour la même MST (et toute autre qui aura été détectée) comme pour le patient de référence.

La prise en charge des partenaires doit également observer les principes de confidentialité et de libre collaboration. Les questions de sexospécificité sont importantes en ce qui concerne la notification au partenaire. L'impact et les implications qui découlent du fait d'avertir le partenaire peuvent être différents selon que le patient de référence est un homme ou une femme. Il faut pourvoir aux besoins de conseil et de soutien nécessaires.

4.1 Comment avertir le partenaire

Il y a deux façons d'entrer en contact avec les partenaires sexuels. Chacune peut être examinée et adaptée à un cadre particulier. L'orientation des partenaires par le personnel de santé est un exercice coûteux et sera un échec si elle est perçue comme une menace à la confidentialité du patient. L'ONUSIDA et l'OMS recommandent la méthode de l'orientation des partenaires par le patient, après leur avoir donné une éducation et des conseils adéquats.

L'orientation des partenaires par le patient

Dans ce cas, c'est au patient que l'on donne la responsabilité d'entrer en contact avec ses partenaires et de leur demander de se faire soigner, après lui avoir donné des informations et des conseils en matière de santé.

L'orientation des partenaires par le personnel de santé

Dans ce cas, c'est un membre du personnel sanitaire qui demande au patient de lui communiquer les noms et adresses de ses partenaires pour que le personnel sanitaire puisse entrer en contact avec eux. L'employé du service sanitaire demande au partenaire de se faire soigner.

La question de la notification au partenaire est abordée plus en détail dans l'Annexe 2.

5. Autres activités de prévention et de prise en charge des MST

Comme pour les autres maladies contagieuses, le travail de prévention ne consiste pas seulement à soigner les individus qui se présentent d’eux-mêmes aux postes de santé.

Il est important que les individus infectés qui ne cherchent pas spontanément à se faire soigner soient identifiés et soignés. Beaucoup d’entre eux sont des femmes qui ne présentent pas ou guère de symptômes, ou qui ne parviennent pas à les interpréter, ou qui les ignorent par gêne, peur, ou crainte de la stigmatisation. De plus, dans certains pays, des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes, en particulier des bisexuels ou des homosexuels ne se considérant pas comme tels, peuvent ne pas chercher à se faire soigner, pour les mêmes raisons.

Les jeunes gens peuvent rencontrer des difficultés particulières d’accès aux établissements de soins de santé, peut-être en raison de difficultés financières, de difficultés de communication ou à cause de l’attitude du personnel de santé. De même, les femmes en général peuvent éprouver des difficultés à parler des MST. Dans certaines cultures, si une femme est atteinte d’une MST, cela signifie qu’elle est incapable de satisfaire son partenaire et qu’il a cherché à satisfaire ailleurs ses besoins sexuels. Par conséquent, la femme peut s’accuser elle-même de son infection ou se trouver gênée de se présenter pour faire soigner une MST.

Plusieurs approches devraient être incorporées dans un programme de lutte contre les MST existant. Elles sont développées dans les six sous-sections suivantes.

5.1 Promotion d’une attitude positive face à la nécessité de consulter

Le développement et le renforcement de la prestation de soins pour les MST doivent s’accompagner d’une éducation des utilisateurs de service potentiels sur l’existence et les avantages de ces services. Les raisons pour lesquelles beaucoup de personnes ne consultent pas suffisamment tôt devraient être prises en compte. Certaines peuvent ne pas consulter du tout, jusqu’à ce que la maladie soit identifiée à l’occasion d’une consultation médicale pour un autre problème.

Certaines des raisons fréquemment invoquées pour ne pas chercher à se faire soigner sont les suivantes :

- ignorance des MST et de leurs conséquences possibles;
- absences de signes ou de symptômes, en particulier chez les femmes;
- manque d’informations sur les établissements de soins;
- réticence à discuter de questions sexuelles;
- peur que les autres le découvrent (en particulier dans le cas des adolescents);
- peur que les prestataires de soins de santé adoptent une attitude critique;
- réticence des femmes à se faire examiner, en particulier par un homme;
- manque de confiance dans les services dispensés par le secteur public;
- législations et restrictions (dont certaines ont une origine religieuse ou culturelle) pesant sur les soins de santé dispensés aux mineurs.

Bien que ces éléments constituent une base de travail, les programmes de lutte contre les MST doivent s’attacher à comprendre les facteurs locaux expliquant que les personnes ne cherchent pas à consulter comme il se doit. Cela permettra de développer des stratégies d’intervention adaptées. L’ONUSIDA et l’OMS accordent une priorité élevée au développement de méthodes visant à développer la recherche des soins de santé.

Comportement face à la nécessité de consulter pour une MST

Motivation du client

La nécessité de consulter peut être déterminée par une personne en fonction de sa propre évaluation des risques auxquels elle s'est exposée :

- reconnaissance des risques d'infection résultant de son propre comportement sexuel;
- reconnaissance des risques résultant du comportement sexuel d'un partenaire.

Tous les programmes de lutte contre le SIDA et les MST doivent souligner, dans les volets relatifs à l'éducation, l'importance d'une reconnaissance précoce des signes de maladies sexuellement transmissibles et de l'instauration d'un traitement.

Les méthodes visant à inciter les gens à se faire soigner englobent :

- les campagnes d'information aux niveaux local et national;
- l'éducation dispensée aux jeunes à l'intérieur et en dehors du cadre scolaire;
- les initiatives communautaires (par exemple initiatives d'éducation par des personnes appartenant aux mêmes groupes, clubs);
- information dans les salles d'attente des centres de santé;
- l'éducation dispensée dans le cadre d'une consultation clinique pour les MST;
- l'éducation visant les populations ayant des comportements qui les exposent davantage au risque (par ex. les prostituées et leurs clients);
- le programmes d'éducation sur le SIDA/les MST sur le lieu de travail.

La diffusion de messages incitant les personnes à chercher à consulter pour une MST peut ne pas suffire. Des mesures complémentaires devront être mises en place simultanément, la plus importante étant une meilleure prestation de services de santé.

Comportement face à la nécessité de consulter pour une MST

Prestation de services

Les patients peuvent évaluer leur risque personnel et reconnaître la nécessité de recevoir un traitement, mais ils ne se feront peut-être pas soigner s'ils ne trouvent pas les services appropriés. Il est important que le programme de lutte contre les MST entreprenne une campagne pour :

- améliorer l'attitude du personnel de santé à l'égard des patients atteints de MST;
- améliorer les services cliniques et l'approvisionnement en médicaments;
- rendre les centres sanitaires accessibles et acceptables pour les patients;
- intégrer les services de MST dans d'autres disciplines sanitaires pour réduire la stigmatisation.

5.2 Cibler les services

Les personnes qui ont plusieurs partenaires sexuels sont particulièrement vulnérables aux MST et peuvent donc transmettre l'infection à leurs partenaires ultérieurs. Les membres de ces «groupes noyaux» sont susceptibles de jouer un rôle excessif dans le maintien de taux élevés de MST et il est pertinent de faire de ces groupes la cible des services de MST et des activités de prévention.

Les personnes qui font partie de ces noyaux peuvent être réticentes à se faire soigner pour une MST ou à révéler leur comportement à risque. Une des activités de coordination des programmes de lutte contre le SIDA et les MST sera d'obtenir les informations nécessaires à la planification d'interventions utiles, en se posant les questions suivantes :

- Qui sont les groupes vulnérables et où sont-ils?
- Quelle est l'attitude face à la nécessité de consulter de ces populations?
 - Où vont-ils consulter?
 - Quelles sont les raisons de leur choix?
 - Quels sont les obstacles s'opposant à ce qu'ils bénéficient de soins de santé?

Des exemples de personnes vulnérables sont donnés ci-dessous. En fonction des réponses de la recherche fondamentale, des interventions telles que celles décrites dans la deuxième partie sont possibles.

Groupes vulnérables potentiels

- Prostitués (hommes et femmes)
 - Clients identifiables des prostitué(e)s, tels que :
 - personnel militaire;
 - routiers;
 - touristes/hommes d'affaires;
 - marins;
 - travailleurs migrants, réfugiés, personnes déplacées;
 - hommes seuls dans des zones urbaines.
 - Les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes, tels que :
 - les homosexuels s'affichant comme tels;
 - les bisexuels, et les homosexuels ne s'affichant pas en tant que tels.
 - Les utilisateurs de substances toxiques, par exemple ceux qui s'injectent des drogues et leurs partenaires sexuels (d'une importance particulière lorsqu'il y a un taux élevé de VIH chez les usagers de drogues qui s'injectent et/ou quand la prostitution sert à financer l'approvisionnement en drogue).
 - Les détenus, particulièrement lorsque les plus jeunes sont mélangés aux détenus condamnés à des peines longues.
 - Les jeunes gens (de 10 à 24 ans), particulièrement ceux qui ont quitté l'école et ceux qui sont au chômage (les enfants des rues).
-

Prestation de soins ciblés pour les MST

- Des services de soins pour les MST spécifiquement destinés aux groupes vulnérables (noyaux) :
 - services intégrés, pour les prostituées, les jeunes femmes célibataires et les personnes pratiquant le rapport bucco-génital ou le rapport anal (avec des horaires pratiques, un personnel qui évite d'adopter une attitude critique, et des avantages supplémentaires comme des soins de santé pour les enfants, et des conseils sur les services juridiques ou sociaux);
 - des services facilement accessibles pour des groupes de clients;
 - des établissements de soins et de conseils volontaires.
 - Des services existants améliorés :
 - une sensibilité accrue à l'existence de groupes vulnérables (noyaux);
 - une formation du personnel aux techniques de communications interpersonnelles (pour qu'il adopte moins facilement une attitude réprobatrice face aux femmes ayant plusieurs partenaires sexuels, aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et aux drogués);
 - étudier la possibilité de prolonger les horaires d'ouverture des services.
 - Des activités visant à accélérer l'abaissement des taux de MST :
 - traitement d'après situation épidémiologique/traitement de masse ou traitement sélectif;
 - un examen périodique et le traitement des groupes vulnérables (noyaux).
-

La prise en charge des groupes vulnérables dépendra de l'origine des soins. Les recommandations nationales prônées par le programme de lutte contre les MST devraient être diffusées et appliquées dans les établissements de soins privés et publics.

5.3 La recherche des cas

La recherche des cas est le contrôle des MST auquel sont soumises les personnes qui viennent consulter pour des raisons autres que les MST. La prestation de soins pour les MST dans les services de santé maternelle et infantile et dans les services de planification familiale en constituent une application importante. Ces services offrent la possibilité de recevoir des soins pour les MST dans des circonstances acceptables et sans être en butte à des critiques, et permettent aux prestataires de soins de santé d'évaluer les probabilités d'infection chez les femmes qui se sont pas conscientes d'avoir encouru un risque d'infection. Le fait de compléter la fourniture de soins de MST habituels en intégrant des services anti MST dans ces services sexospécifiques devrait être étudié avec soin par tout programme de contrôle des MST.

Le contrôle régulier de la syphilis chez les femmes enceintes dans les services de soins prénataux et les maternités devrait se voir accorder une grande priorité. Le traitement de celles qui présentent une sérologie positive pour la syphilis empêche le développement d'une maladie à long terme chez la mère et une infection congénitale chez l'enfant. On a démontré le très bon rapport coût-efficacité de ce contrôle de la syphilis chez les mères. Il faudrait également offrir un traitement aux partenaires sexuels, en gardant à l'esprit les implications que peuvent avoir la notification au partenaire quand le patient de référence est une femme. Des services d'aide et de conseil devraient être fournis si nécessaire.

Les activités de dépistage comportent un potentiel de risque de violation des droits des personnes. La confidentialité doit être préservée (les informations obtenues lors du dépistage ne doivent par exemple pas être transmises à l'ad-

ministration ou aux employeurs). On ne devrait pas être injuste en refusant d'accorder un emploi. Il faut prendre les dispositions nécessaires pour le conseil et le traitement, et donner des conseils sur la nécessité d'un traitement et indiquer où le recevoir.

En dehors des soins prénataux, le dépistage est un service optionnel que l'on peut mettre en place si on dispose des ressources nécessaires.

5.4 Le dépistage

Le dépistage est le contrôle des MST chez les personnes qui ne cherchent pas directement des soins de santé. Les donneurs de sang, d'organes et de sperme devraient être soumis au dépistage, au moins de la syphilis, du VIH et des marqueurs du virus de l'hépatite B, afin de protéger le bénéficiaire. Cela relève de la responsabilité des services de transfusion sanguine plutôt que des programmes de lutte contre les MST, mais une coordination est nécessaire entre ces services afin de s'assurer que les donneurs chez lesquels on a trouvé une infection sont pris en charge de manière appropriée.

Même si le potentiel existe pour assurer le dépistage de MST guérissables pour des populations telles que le personnel militaire (à l'occasion des visites médicales de routine), les employés (dans le cadre de la médecine du travail) ou d'autres groupes, l'ONUSIDA et l'OMS recommandent que ce dépistage soit entrepris dans le respect de la confidentialité et des droits de l'homme.

5.5 Les MST chez les enfants et les adolescents

L'OMS entend par adolescents les 10-19 ans, et par jeunesse le groupe des 15-24 ans. «Les jeunes» sont une combinaison de ces deux groupes et couvrent la tranche d'âge des 10-24 ans (*La santé des jeunes : des faits pour l'action. Jeunes et nutrition, document 42/Discussions techniques/2*. Genève: Organisation mondiale de la Santé - OMS, 1989a).

La fourniture de soins aux adolescents sexuellement actifs et aux enfants victimes d'abus sexuels doit figurer à l'ordre du jour des programmes de contrôle des MST.

On constate que les MST constituent un problème de plus en plus grave chez les adolescents, que ce soit dans un environnement urbain ou rural. L'ampleur du problème n'est pas bien appréhendée, en particulier dans les pays en développement, en raison du manque d'études sur cette population.

Une étude récente menée par l'OMS sur le comportement des adolescents eu égard à la reproduction a démontré que le pourcentage d'adolescents ayant eu une expérience sexuelle et une grossesse était particulièrement élevé dans de nombreux pays en développement. Ces mêmes comportements sont associés à l'acquisition et la transmission des MST.

D'après les données par âge fournies par de nombreux pays, c'est chez les 15-29 ans que l'on observe l'incidence de MST la plus forte. Chez les adolescents sexuellement actifs, c'est parmi les plus jeunes que l'incidence de l'infection est la plus élevée. Des enquêtes menées auprès des communautés ouvertes et des étudiants en Afrique et au Moyen-Orient prouvent que la prévalence de la blennorragie est supérieure chez les 15-29 ans, et qu'à l'intérieur de ce groupe d'âge, la prévalence a tendance à être supérieure chez les 15-19 ans (*Maladies sexuellement transmissibles chez les adolescents dans le monde en développement : Un examen des données publiées*. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 1993 - OMS/ADH/93.1).

Toutefois, les services de prévention et de prise en charge des MST ne sont souvent pas accessibles, acceptables ou appropriés pour cette partie de la population. Il est néanmoins essentiel que les adolescents soient reconnus comme un groupe cible important pour les programmes de prévention ou de soins des MST. Les programmes de lutte contre les MST devraient mettre en place des mécanismes pour s'occuper de la question des MST guérissables et non guérissables chez les enfants et les adolescents, en accordant une attention particulière à ceux qui se trouvent en-dessous de l'âge légal de la majorité. Les gouvernements devraient avoir des politiques claires pour guider la planification programmatique en matière de prestations de soins anti-MST aux personnes mineures, ainsi qu'aux fillettes et garçons victimes d'abus sexuels. Il faut également étudier et mettre en place des mécanismes de conseil. Il faudrait garder à l'esprit le fait que les parents aussi peuvent avoir besoin d'éducation et de conseils.

Davantage d'initiatives locales sont nécessaires pour s'occuper de la prestation de services anti-MST à ce groupe particulier, compte-tenu du cadre juridique dans lequel on doit travailler, de la différence de normes culturelles, des différents niveaux d'infrastructure de prestation de services de santé entre les régions, et des différentes catégories d'adolescents.

5.5.1 Enfants maltraités, viol et MST

L'abus sexuel des enfants est en train de devenir un problème social et médical grave qui requiert l'attention des décideurs politiques, des éducateurs et autres professionnels fournissant des services sociaux et de santé. Le traitement des victimes est un aspect important des soins de santé dispensés aux enfants à la fois dans les pays industrialisés et dans les pays en développement.

Le personnel de santé devrait être sensibilisé au lien possible entre abus sexuel et MST chez les enfants et les adolescents. De même, on ne peut pas supposer que les enfants et les adolescents ont contracté une infection sans avoir de contact sexuel.

Dans les cas de viol, il faudrait fournir des principes directeurs sur les mesures à prendre (par exemple, quels prélèvements faire dans l'éventualité de poursuites judiciaires). Les prélèvements doivent être effectués habilement afin d'éviter ou de réduire le traumatisme pour l'enfant.

5.5.2 Les stratégies de contrôle

Accès à l'information

- L'information, les techniques et les services qui peuvent aider les enfants et les adolescents à comprendre leur sexualité et à se protéger de grossesses non désirées, des MST/du VIH, du risque de stérilité qui en découle et d'une mort prématurée sont importants.
- Donner une éducation sexuelle et transmettre un «savoir-négocié» avant l'adolescence et la puberté permet de transmettre l'information avant que les jeunes ne deviennent sexuellement actifs. Il faut mettre en place des mécanismes pour aborder les groupes à l'intérieur et en dehors du cadre scolaire. Cela est particulièrement important pour les filles dans certaines sociétés.
- Il faut diffuser l'information et les techniques dans des endroits différents afin d'atteindre différentes sortes de jeunes, et prendre en compte les questions sexospécifiques.

Accès aux services

- Les services cliniques existants devraient être adaptés, de façon à être plus accueillants pour les enfants et les adolescents. Cela entraînera certainement un recyclage du personnel de santé afin qu'il modifie son attitude et sa façon de dispenser des services de santé. Le personnel de santé devra recevoir des informations pour orienter les jeunes sur d'autres endroits où l'on peut les aider à développer des compétences interpersonnelles.
- Les protocoles thérapeutiques existants devront être évalués afin de déterminer leur efficacité dans l'identification d'une infection, en particulier chez les adolescentes, dont 95% peuvent être porteuses d'une infection à chlamydia asymptomatique. Les questions qui sont recommandées actuellement pour l'évaluation des risques sont inappropriées et n'identifieront pas de risque certain chez les adolescents. Il faut faire plus de recherches concernant les adolescents pour établir des méthodes plus sûres d'établissement du risque d'infection par une MST.
- La disponibilité des médicaments est importante pour le traitement des jeunes. Si les jeunes quittent le service avec une ordonnance pour acheter des médicaments, ils ne les obtiendront probablement pas car ils devront peut-être demander de l'argent à leurs parents. De plus, il est particulièrement important de donner une éducation complète sur l'observance du traitement.
- L'accès aux méthodes mécaniques de contraception (préservatifs) doit être facilité et financé pour favoriser la protection contre les grossesses non désirées et contre l'infection. Ces méthodes favorisent l'adoption de pratiques sexuelles moins risquées par ceux qui sont déjà sexuellement actifs, et il a été démontré qu'elles n'incitaient pas spécialement à la promiscuité sexuelle.
- Ces services doivent respecter les droits des adolescents à l'intimité, à la confidentialité, au respect et au consentement éclairé, afin que les jeunes les utilisent et qu'ils aient confiance en eux.

Politique relative aux enfants maltraités

- Le personnel de santé doit suivre une politique ou des principes directeurs clairs sur la prise en charge des enfants ou des adolescents qui ont été victimes d'abus sexuels. Cette politique et ces recommandations devraient être établies en collaboration avec les instances juridiques du pays et le ministère des services sociaux, ou équivalent.
- Les principes directeurs devraient décrire le rôle du prestataire de soins de santé, des parents ou tuteurs de l'enfant, des services de conseil et de suivi, et les aspects juridiques des sévices infligés à des enfants.

5.6 Services anti-MST et environnements fermés

Les personnes se trouvant dans des environnements fermés – prisons, hôpitaux psychiatriques, locaux pour réfugiés et foyers pour enfants – devraient avoir accès aux services de santé et à la médecine préventive. Les services de santé devraient diffuser des messages de prévention contre les MST/le VIH et indiquer les moyens de se protéger pour ne pas contracter ou transmettre l'infection. Il faut garder à l'esprit le fait que les personnes enfermées interagissent non seulement dans leur zone d'enfermement, mais aussi avec la population en général, lorsqu'elles ne sont plus enfermées.

CHAPITRE III

1. Gestion de programmes de lutte contre les MST

Les activités requises pour le contrôle du VIH/SIDA et celles requises pour le contrôle des MST sont complémentaires. Il est recommandé que les programmes de lutte contre le SIDA et les MST soient pleinement intégrés, ou, s'ils sont séparés, qu'il y ait planification coordonnée ou intégration de certaines activités (cf. Annexe 4).

1.1 Le rôle de la gestion programmatique

La forme exacte d'un programme de lutte contre les MST dépendra du système général de santé. L'existence d'une structure de gestion clairement définie est cependant cruciale pour le succès du contrôle des MST. Il est recommandé de lui allouer un budget spécifique. La mise en œuvre du programme doit être décentralisée autant que possible, mais les domaines dans lesquels la structure de gestion centrale restera responsable peuvent comprendre :

- le plaidoyer politique;
- les décisions concernant les politiques nationales, y compris la sélection des priorités dans la mise en œuvre des activités;
- l'allocation de ressources pour la prévention et le traitement des MST;
- la planification et les directives pour la prestation de services réguliers et pour les systèmes d'orientation nécessaires;
- la garantie de la durabilité des services;
- la planification d'activités spécifiques pour le contrôle des MST (des interventions destinées aux groupes vulnérables, par exemple);
- le développement et le suivi de la formation;
- le développement et la diffusion de consignes sur la prise en charge;
- la garantie de la disponibilité des médicaments recommandés;
- la supervision de la couverture et de la qualité des services;
- une analyse de la situation, et la garantie que les travaux essentiels à la recherche opérationnelle sont effectués;
- des systèmes de surveillance;
- une évaluation du programme.

Donc, idéalement, le rôle de la gestion de programme nationale implique la promotion, la mise en œuvre, la planification et la coordination.

1.2 Le comité technique consultatif national sur les MST

Un comité technique consultatif national sur les MST devrait donner des conseils aux administrateurs de programme de lutte contre les MST sur les questions techniques, scientifiques et politiques rattachées au contrôle des MST. Ce comité devrait comprendre des spécialistes des soins cliniques pour les MST, des questions relatives aux femmes, de la santé publique, de la microbiologie, de l'épidémiologie, du VIH et du SIDA, des sciences du comportement et de l'administration sanitaire. Il serait bon que soient également représentées au sein du Comité les organisations universitaires et professionnelles, les organisations communautaires et non gouvernementales qui fournissent des soins pour les MST.

2. Supervision, surveillance et évaluation

2.1 Supervision

La supervision est un processus à deux sens par lequel le responsable observe et garde le contact avec les événements, ce qui permet à l'exécutant de donner une rétroinformation, d'en parler, et d'être rassuré et soutenu.

2.2 Surveillance

La surveillance est un processus continu utilisé pour évaluer des programmes, apporter des modifications et des améliorations, et détecter les manques. La supervision et la surveillance sont normalement menées de concert.

2.3 Evaluation

L'évaluation est le processus d'examen du système et des activités, et l'estimation du degré de réalisation des objectifs fixés.

Les mécanismes de gestion et de supervision du système de soins de santé au niveau du district inclueront les services de MST intégrés dans la structure générale de santé. Des mécanismes devraient être mis en place pour assurer la rétroinformation sous forme de comptes-rendus détaillés de données sur les cas et l'épidémiologie, en provenance des établissements aux districts et jusqu'à la structure centrale de gestion de l'information.

La surveillance et l'évaluation de l'état d'avancement du contrôle des MST fournissent des informations essentielles à l'amélioration ultérieure des programmes de lutte contre les MST et le VIH. Le processus de surveillance et d'évaluation devrait répondre aux questions suivantes :

- Le programme est-il approprié?
- L'ensemble des activités menées dans le cadre du programme est-il adapté à l'environnement dans lequel elles sont menées?
- Est-ce que les activités spécifiques sont mises en place de manière satisfaisante et à temps? Fournissent-elles une couverture adéquate, et restent-elles dans les limites budgétaires?
- Les activités contribuent-elles à la réalisation de l'objectif?

Cette question est détaillée dans l'Annexe 5.

ANNEXE 1 - INTÉGRATION DES SERVICES ANTI-MST DANS LE SYSTÈME GÉNÉRAL DE SOINS DE SANTÉ

Définition de l'intégration des services de santé

L'intégration peut être définie en termes fonctionnels et organisationnels. En termes fonctionnels, il s'agit d'une série d'opérations visant à rapprocher des structures administratives, des fonctions et des conceptions jusqu'alors indépendantes, de manière à les fondre en un tout. En termes organisationnels, l'intégration signifie rassembler les services nécessaires à la protection de la santé dans un territoire donné, qu'ils soient fournis par un organisme unique ou par plusieurs organismes coordonnant leurs activités (Série des rapports techniques de l'OMS, N° 83, 1954 et N° 294, 1965).

En termes pratiques, l'intégration des services de santé est définie comme le processus visant à rapprocher des fonctions communes au sein d'une seule ou de plusieurs organisations en vue de résoudre des problèmes communs, à susciter l'adhésion à une même vision d'ensemble et aux mêmes objectifs et à faire en sorte que des technologies et ressources communes soient mises au service de la réalisation de ces objectifs (Série des rapports techniques de l'OMS, N° 861, 1996).

L'intégration n'est synonyme de retour à la période à laquelle les programmes verticaux se sont retrouvés à court de fonds, elle ne consiste pas non plus à augmenter les responsabilités des prestataires de services sans une augmentation correspondante des ressources. L'intégration ne signifie pas non plus que les disciplines, programmes, personnel et services spécialisés vont disparaître. Elle ne signifie pas non plus nécessairement que tous les services seront fournis par des agents polyvalents.

Etant donné la diversité des situations épidémiologiques, historiques et organisationnelles, on ne peut pas établir de plan standard pour l'introduction des soins et de la prévention des MST dans les systèmes généraux de santé. Néanmoins, l'expérience tirée des programmes qui s'attaquent à d'autres problèmes de soins de santé permet d'établir certaines recommandations, à savoir :

- Partir des structures de soins de santé primaires et, plus précisément, de celles qui fonctionnent relativement bien. Loin de proposer des approches pilotes, il est essentiel que, pendant la phase de plaidoyer, l'intégration d'un ensemble de mesures contre les MST dans le système général de soins de santé soit menée dans des conditions favorables. Il serait absurde d'intégrer un ensemble de mesures contre les MST dans une structure quasiment inexistante ou fonctionnant mal. Quand un district de santé fonctionne relativement bien, on peut espérer que l'intégration d'un ensemble de mesures de lutte contre les MST se déroule bien, aboutisse à des résultats, et serve de modèle et d'encouragement pour d'autres districts.
- Il faut rendre l'ensemble de mesures contre les MST aussi simple que possible afin que le «package» soit incorporé facilement dans le travail quotidien des établissements de santé. Moins la routine est perturbée, moins il y aura de résistance de la part du personnel.
- Il faut en premier lieu intégrer les mesures de prévention et de soins pour les MST. Une fois que les activités courantes de soins et de prévention fonctionnent, on peut passer à la deuxième étape, avec des activités spécifiques destinées à la recherche des cas, aux groupes noyaux présentant des risques élevés, etc.
- Elaborer une stratégie concrète afin de surmonter la résistance pouvant être rencontrée, en particulier en raison de la surcharge de travail et des faibles salaires. On trouve communément deux types de résistance :
 - résistance du personnel de santé fondée sur la peur de l'inconnu, les préjugés et la réticence à prendre davantage de responsabilités (l'éducation en matière de santé et le développement de techniques doivent commencer par le personnel de santé);

- résistance des spécialistes des MST fondée sur la peur d'une baisse de la qualité et de la perte de leur pouvoir (cela peut être surmonté en démontrant l'utilité et les possibilités de la décentralisation, et en donnant aux spécialistes une description claire des tâches dans le nouveau système : orientation, contrôle de la qualité, formation, recherche opérationnelle et surveillance).
- Incorporer dès le tout début un système de suivi et de supervision. Le simple fait de rendre possibles la prévention et les soins pour les MST est insuffisant. Il faut également encourager les services concernés à les dispenser.

Les politiciens, les planificateurs et les conseillers médicaux peuvent trouver très attirant de se concentrer sur des services spécialisés très visibles de prévention et de soins. Tout développement de structures spécialisées comme les laboratoires centraux, les examens nécessitant une haute technologie, les services spécifiques anti-MST ou les établissements hospitaliers devraient remplir les conditions suivantes :

- les tâches menées par ces structures spécialisées sont essentielles et ne peuvent pas être entreprises par les établissements tels qu'ils sont, ou après avoir été améliorés;
- pas de création de nouveaux besoins tant que les besoins fondamentaux qui ont été établis n'ont pas été satisfaits;
- les investissements qui sont faits dans ces structures spécialisées ne doivent pas se faire aux dépens du soutien requis pour intégrer les services de soins pour les MST dans les services de santé généraux;
- l'avantage comparatif des structures spécialisées est valable à la fois dans le long terme et dans le court terme.

L'expérience prouve que, si ces critères ne sont pas remplis, les structures spécialisées détournent des ressources destinées au renforcement du réseau des soins de santé primaires et sont difficiles à démanteler, même si elles s'avèrent inefficaces, inefficientes et contreproductives.

La durabilité des activités de lutte contre les MST

Assurer la durabilité de services améliorés de lutte contre les MST devrait être une priorité pour la structure centrale de gestion du programme de lutte contre les MST.

Les raisons qui expliquent le caractère rarement durable des interventions de santé publique sont :

- une économie et un engagement politique faibles;
- la faiblesse des institutions de santé;
- la centralisation et le manque de participation locale à la planification et la gestion;
- les faibles salaires des professionnels de la santé;
- le coût élevé des programmes verticaux.

Les moyens de favoriser le caractère durable de ces interventions comprennent :

- la prise en compte de questions de développement plus larges;
- le renforcement du développement institutionnel;
- une plus grande implication des communautés;
- la prise en compte des circonstances locales;
- la décentralisation de la gestion des MST;
- des plans de financement novateurs pour un meilleur recouvrement des coûts.

L'introduction de mécanismes de recouvrement des coûts ne devrait pas induire de discrimination à l'égard des patients atteints de MST et ne devraient pas ignorer les besoins des gens.

ANNEXE 2 - LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS DE MST

Les objectifs de la prise en charge

L'objectif de la prise en charge des MST est de fournir un traitement, obtenir la guérison, réduire l'infectiosité, limiter ou empêcher un futur comportement à risque, et faire en sorte que les partenaires sexuels soient correctement traités. Cela implique, pour le patient :

- un diagnostic correct;
- un traitement efficace;
- une information et des conseils sur la réduction des risques;
- des conseils sur l'observance du traitement;
- des préservatifs (masculins et féminins);
- une incitation à avertir les partenaires sexuels;
- un suivi clinique si nécessaire.

Les responsables du programme national devront veiller à ce que les recommandations relatives à la prise en charge soient adaptées aux capacités des différents lieux où sont dispensés les soins. Cela sera du ressort du comité technique consultatif national pour les MST, et le personnel chargé de l'application du programme aura la responsabilité de diffuser les recommandations appropriées aux différentes catégories de personnel de santé. Par exemple, différentes versions des recommandations seront nécessaires pour les services d'orientation ayant l'appui d'un laboratoire, les services de santé de premier niveau utilisant des approches syndromiques, et des pharmaciens qui orientent des patients vers le service approprié. Ces consignes nationales permettront d'assurer dans tous les cas une prise en charge constante et efficace.

Diagnostic

L'idéal serait un diagnostic étiologique identifiant l'agent de la maladie. Toutefois, cela implique des moyens de laboratoire coûteux et, dans la plupart des cas dans les pays industrialisés et en développement, peu pratique, avec des résultats qui ne sont généralement pas disponibles lors de la visite initiale du patient. Il faut donc décider du traitement sans disposer des résultats ou lors d'une deuxième visite. Mais beaucoup de patients ne pouvant pas revenir, ne sont pas traités ou s'adresseront à un praticien privé.

Une alternative fréquemment utilisée par le personnel de santé est d'établir une hypothèse sur la base d'une expérience précédente et d'un bon sens clinique. Des études ont montré que même des spécialistes des MST très expérimentés qui utilisent ce système de diagnostic clinique peuvent ne pas faire le bon diagnostic ou, dans un nombre non négligeable de cas, laissent échapper une infection concomitante.

Il est très fortement recommandé que les algorithmes pour les recommandations nationales destinés à une utilisation régulière par les cliniciens autres que ceux des services spécialisés, soient fondés sur un diagnostic syndromique.

La prise en charge syndromique est fondée sur l'identification de groupes homogènes de symptômes reconnus qui constituent un syndrome déterminé. Les algorithmes de prise en charge syndromique sont ensuite utilisés pour orienter le traitement.

Pour que cette approche syndromique donne les meilleurs résultats, elle doit s'appuyer sur des données scientifiques et il faut aussi que le malade ait reçu une éducation sanitaire appropriée et vienne consulter.

Les données scientifiques et épidémiologiques suivantes sont nécessaires :

- étiologies locales des syndromes de STD;
- sensibilité des agents infectieux aux médicaments;
- prévalence locale de MST.

La prise en charge syndromique est meilleure que l'approche clinique ou celle fondée sur les examens de laboratoire du fait que les patients reçoivent un traitement immédiat, ce qui brise rapidement la chaîne d'infection, en économisant les frais de laboratoire.

Les algorithmes relatifs à l'écoulement urétral chez les hommes et aux ulcérations génitales chez les hommes et les femmes ont été évalués et se sont avérés valables et très sensibles. Sur le plan de la santé publique, la sensibilité d'une méthode de diagnostic est plus importante que sa spécificité.

L'algorithme relatif aux pertes vaginales a du mal à détecter la présence de cervicite (blennorragie ou infection à chlamydia), et des études sont en cours afin d'améliorer la sensibilité de cet algorithme. Pour le moment, c'est ce qu'il existe de mieux, et l'alternative que constitue le diagnostic de laboratoire n'est pas réalisable dans la plupart des endroits qui disposent de faibles ressources. Même lorsque des équipements de laboratoire sont disponibles, la plupart des femmes atteintes de cervicite sont asymptomatiques et ne profiteraient pas de la présence d'un laboratoire. Il faut faire des recherches pour développer un outil de diagnostic simple, qui détecte les infections sexuellement transmissibles et asymptomatiques, particulièrement chez les femmes.

Une stratégie de promotion et d'amélioration de la notification au partenaire pour les hommes présentant une urétrite et des ulcérations génitales permettra d'étendre à des femmes, plus asymptomatiques, les services anti MST. Il faudrait toutefois renforcer la notification au partenaire et mettre en place des initiatives locales pour en tirer le maximum.

Traitement

La disponibilité de médicaments efficaces est une condition essentielle pour des services de MST efficaces. Dans l'idéal, le traitement des MST devrait offrir un taux de guérison d'au moins 95%. Malheureusement, les antibiotiques et les chimiothérapies peu coûteuses qui donnaient au départ des taux de guérison élevés n'agissent souvent plus, en raison de leur mauvaise utilisation et de l'auto-médication, et aussi à cause de l'adaptabilité des organismes eux-mêmes. Les schémas de traitement devraient reposer sur une utilisation rationnelle des médicaments qui sont encore efficaces, mais quelquefois très chers, afin de retarder autant que possible l'apparition de la résistance des agents infectieux.

Essentiellement pour des raisons de coût, certains programmes acceptent des schémas thérapeutiques qui offrent un taux de guérison de 85% à 95%, avec l'intention d'utiliser, en cas d'échec, des médicaments de deuxième intention plus efficaces. Cette politique peut non seulement augmenter la prévalence de souches résistantes et limiter rapidement l'utilité de ces médicaments, mais elle peut aussi mettre en danger la prévention secondaire par la prestation de soins pour les MST en entamant la confiance dans les services publics. Cette politique repose sur les patients qui se présentent pour un traitement de deuxième intention quand le traitement de première intention n'a pas fonctionné. L'expérience montre que cela ne se produit pas souvent, en particulier lorsque l'accès aux services est limité par la distance ou une longue attente. Les personnes dont les symptômes ne cèdent pas peuvent s'adresser au secteur privé ou informel pour se faire soigner et peuvent le faire également pour les épisodes suivants de la maladie. Il y a également un risque d'effets sous-curatifs provoquant un état de porteur et la transmission aux partenaires sexuels.

Une des façons dont cette politique de chimiothérapie en deux temps est parfois appliquée consiste à fournir des médicaments moins efficaces au niveau des soins de santé périphériques et les médicaments les plus efficaces, et habituellement les plus coûteux, dans les services spécialisés. L'ONUSIDA et l'OMS ne recommandent pas ce système car il peut porter atteinte à la confiance dans le secteur public. Tous les médicaments utilisés pour traiter les MST dans tous les établissements publics de soins devraient avoir une efficacité de plus de 95%.

Le coût des nouveaux médicaments est substantiel, mais il doit être comparé au coût d'un traitement inadéquat (avec des complications, des rechutes, la poursuite de la transmission, le développement d'une résistance aux antibiotiques, et, plus grave encore, une transmission accrue du VIH).

Dans le cadre d'une approche syndromique, des schémas thérapeutiques pour des agents infectieux bien déterminés seront inclus dans les principes directeurs nationaux sur la prise en charge émises par le comité technique consultatif national. Après avoir examiné la sensibilité aux antibiotiques de ces agents, ce comité doit recommander des médicaments aux instances nationales qui décident de la politique pharmaceutique. Le coût doit être une considération secondaire. Tous les critères pour la sélection des médicaments figurent dans la liste ci-dessous.

Critères de sélection des médicaments contre les MST

Les médicaments sélectionnés par le Comité technique consultatif national pour les MST devraient remplir les critères suivants, ou s'en approcher :

- grande efficacité (au moins 95%);
- très faible coût;
- toxicité acceptable;
- pharmacorésistance improbable ou tardive;
- dose unique;
- administration *per os*;
- pas de contre-indication pour les femmes enceintes ou allaitantes.

Il faut faire en sorte que ces médicaments soient inscrits sur la liste des médicaments essentiels. Il faut prendre en compte la connaissance qu'a le personnel de santé des médicaments lorsque l'on procède à leur choix. Il faut pourvoir sans tarder aux besoins de formation.

Education sanitaire et conseils en vue de la réduction des risques

Les services anti-MST sont particulièrement bien placés pour promouvoir un comportement sexuel moins risqué auprès des personnes qui présentent par définition un risque accru de contracter des MST classiques ou d'être infectées par le VIH. Les personnes peuvent alors être particulièrement réceptives à cette éducation car leur maladie leur rappelle leur vulnérabilité personnelle.

Parmi les obstacles à l'éducation sanitaire figurent :

- le fait que le personnel de santé du système général de santé peut avoir peu d'expérience en la matière;
- il peut y avoir des barrières culturelles importantes empêchant les gens de discuter des questions sexuelles et peu de membres du personnel de santé qui possèdent l'expérience nécessaire pour faire face à la situation;
- le temps disponible est très limité (dans beaucoup de centres de soins de santé primaires, les soins durent environ cinq minutes).

La formation du personnel de santé aux techniques d'éducation et la diffusion de messages appropriés à ces centres particuliers sont des activités essentielles dans ce domaine. La promotion des préservatifs en tant que moyen de réduire le risque devrait toujours figurer dans les programmes d'éducation. L'environnement clinique offre un point de diffusion utile et des préservatifs de qualité, gratuits ou bon marché devraient toujours être distribués.

Avertir le partenaire

Il faut veiller à ce que les patients s'assurent que tous leurs partenaires sexuels accessibles reçoivent un traitement. La notification au partenaire constitue une bonne occasion pour identifier des personnes asymptomatiques, en particulier des femmes, à un stade précoce et avant que n'apparaissent des complications.

Tous les algorithmes de prise en charge syndromique précisent que les partenaires des patients atteints de MST doivent également être traités. Cela est particulièrement important dans le cas des gonococies et des infections à chlamydia. La notification aux partenaires n'est pas un problème facile à résoudre.

Différer le traitement des patients atteints de MST tant que le partenaire sexuel n'est pas également soumis à un traitement n'est pas recommandé et serait en tout état de cause éthiquement blâmable. Il n'est pas recommandé non plus de ne traiter les patients que s'ils s'engagent à faire venir leur partenaire sexuel, ou de leur demander de verser une caution récupérable ou des frais plus élevés que ceux demandés aux patients atteints d'autres maladies.

Il faudrait examiner à fond l'orientation des partenaires par le personnel de santé (recherche active de contact) avant de mettre cette activité en place, en particulier dans les contextes où les ressources sont limitées. Cette pratique demande en général trop de travail et de frais pour être menée de manière durable dans ces situations. Toutefois, si l'on dispose de ressources suffisantes et que les avantages sont clairement expliqués, en particulier dans une assez petite communauté, on peut faire démarrer une initiative locale pour entreprendre sérieusement la notification au partenaire. Il faudra en pareil cas procéder à des évaluations périodiques pour mettre en évidence les avantages économiques réels de cette démarche.

Il faut penser à avertir le partenaire à chaque fois qu'une MST est diagnostiquée, quel que soit le lieu où les soins sont dispensés.

Dans les cas où l'on avertit le partenaire, il faudrait veiller particulièrement à respecter les droits de l'homme et la dignité de la personne. La notification au partenaire doit toujours être volontaire et non-coercitive. Elle devrait être sensible aux considérations sexospécifiques, en gardant à l'esprit le fait que les implications seront différentes pour le patient et le partenaire en fonction de leur sexe. La confidentialité et la confiance doivent être préservées. D'autres services d'appui et de conseils peuvent s'avérer nécessaires, qui seront fournis par des institutions associées offrant les mêmes services ou par du personnel de santé qui aura été formé à cet effet.

Avertir le partenaire

Le fait d'avertir le partenaire signifie que les partenaires sexuels d'une personne atteinte d'une MST (ou de l'infection par le VIH) vont être prévenus de la situation, informés de leur exposition au risque et qu'on leur offrira des services.

L'orientation des partenaires par le patient :

Le patient infecté est encouragé à informer ses partenaires sexuels de leur possible exposition à l'infection. Le patient peut :

- informer personnellement son ou ses partenaires du risque d'infection;
- accompagner son ou ses partenaires à un établissement de soins de santé;
- simplement lui donner une «carte de contact».

L'orientation des partenaires par le soignant :

Le personnel de santé recherche et informe les partenaires sexuels, avec l'accord et la coopération du patient infecté. L'orientation par le soignant nécessite des ressources économiques et humaines considérables et sa faisabilité ainsi que son avantage économique devraient être examinés avec soin avant sa mise en œuvre.

L'utilisation des algorithmes

Les algorithmes qui décrivent le diagnostic, le traitement et les autres éléments essentiels à la prise en charge sous la forme d'un arbre de décision forment une partie essentielle des recommandations nationales.

Des publications expliquant l'utilisation des algorithmes peuvent être obtenues auprès de l'ONUSIDA ou de l'OMS. Elle contiennent des algorithmes pour l'écoulement urétral chez les hommes et les ulcérations génitales chez les hommes et les femmes, dont la validité, la sensibilité et l'applicabilité sont démontrées.

Les algorithmes de prise en charge des femmes avec ou sans pertes vaginales sont en cours d'expérimentation en situation réelle. Il s'est avéré difficile jusqu'à présent d'élaborer des algorithmes sensibles et spécifiques dans le cas des gonococies et des infections à chlamydia chez la femme. Les nouveaux algorithmes sont fondés sur une évaluation du risque qu'a le patient d'être infecté. L'évaluation des risques par ces algorithmes vaut pour un environnement précis et demandera donc que l'on procède à une recherche opérationnelle pour les valider ou les adapter à un environnement particulier.

Une recherche est également en cours afin de déterminer les tests simples, par exemple à l'aide de bandelettes réactives, qui pourraient être exécutés dans les centres de soins de santé de premier niveau par des cliniciens non spécialistes et qui augmenteraient la sensibilité et la spécificité des algorithmes.

ANNEXE 3 - LA FORMATION

La formation, partie intégrante de tout programme de soins de santé, vise au développement des ressources humaines à l'appui des orientations générales, des activités et des résultats du programme.

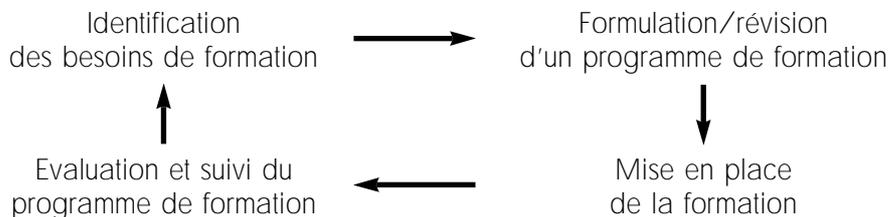
La formation sera l'activité la plus importante lorsque l'on procédera à l'intégration des services anti-MST dans les soins de santé au premier niveau. Les résultats attendus sont les suivants :

- une amélioration de la qualité des prestations du service anti-MST (meilleurs soins pour les patients, meilleur contrôle de la maladie, moindre transmission de l'infection);
- une meilleure efficacité et utilité des services (les services coûtent moins cher à faire fonctionner);
- une meilleure perception des services anti-MST de la part du public (meilleur comportement face à la nécessité de consulter, meilleur état de santé général des communautés);
- un plus grand professionnalisme et un meilleur moral du personnel (taux d'abandon plus faibles).

Le cycle de formation

Il est important d'étudier chaque étape du cycle de formation dans la préparation du plan opérationnel. Dans l'idéal, un programme de formation commence par l'identification des besoins, même si, dans la pratique, les activités de formation sont déjà en place. La formation peut démarrer à n'importe quel point du cycle.

Le cycle de formation



Identification des besoins de formation

L'identification des besoins de formation présente des aspects à la fois qualitatifs et quantitatifs. Les responsables doivent cibler ceux des prestataires de service qui ont besoin d'une formation et qui en bénéficieront. Cela fait suite à l'identification des décalages entre ce que l'on demande aux prestataires de services de faire et ce qu'ils sont véritablement capables de faire. Ce manque de capacités et/ou de connaissances est la raison principale pour mener une formation.

Lorsqu'ils énumèrent les besoins de formation, les responsables de programme devraient identifier :

- les catégories de personnel et les niveaux de compétence (pour déterminer quels seront les modules de formation nécessaires);
- la nature et le contenu du cours (en procédant à une analyse des tâches pour savoir quelles sont les compétences nécessaires à chaque niveau);
- les établissements qui vont fournir les services (pour déterminer le nombre de personnes à former, et la durée ainsi que la fréquence de la formation).

L'exemple ci-dessous montre le formulaire dont dispose un responsable de district et qui sert à enregistrer le nombre de personnes dans chaque catégorie de personnel. Il indique que plusieurs types de modules de formation peuvent être nécessaires, selon les compétences requises.

| Niveau | Catégories de personnel | | | |
|----------------------------|-------------------------|------------|------------|---------------------|
| | Médecin | Infirmière | Sage-femme | Assistant clinicien |
| Formateur | | | | |
| Superviseur expérimenté | | | | |
| nouveau | | | | |

Tous n'ont pas besoin de tout savoir, tous n'ont pas besoin de pouvoir tout faire.

Formulation d'un programme de formation

Politiques de formation

Des politiques de formation doivent être développées pour refléter la mission d'ensemble du programme et fournir des consignes claires sur :

- qui sera formé et pour dispenser quel service spécifique;
- les normes de soins attendues et les indicateurs pour ces soins;
- l'endroit où sera dispensée la formation (comprenant les types d'institutions);
- qui sera responsable de la formation et du suivi;
- qui mènera la formation;
- à quel moment la formation devrait avoir lieu (c'est-à-dire lors de la formation de base, lors de l'entrée dans le service, ou sous forme de formation continue);
- de quelle manière la formation devrait contribuer à l'habilitation, à la délivrance de licences, et à la gestion de carrière du personnel.

Contenu de la formation

Les responsables de la formation devront concevoir son contenu. Cela facilitera la sélection des formateurs, qui formeront une équipe multidisciplinaire. L'équipe de formateurs devra couvrir :

- les aspects cliniques des maladies sexuellement transmissibles;
- des techniques de communication qui ne font intervenir aucun jugement critique;
- une éducation en matière de santé et des principes de conseil;
- le contexte juridique et social des MST;
- les besoins spécifiques de différents groupes, comme les adolescents, les enfants qui ont subi des abus sexuels et les victimes de viols.

Planification opérationnelle

Les responsables doivent préparer un plan de travail qui inclue :

- la spécification des cibles et des indicateurs;
- un calendrier de mise en œuvre;
- la responsabilité des activités, etc.

Budgétisation

Un budget devra être préparé, présenté et les fonds affectés par le biais de mécanismes appropriés.

Système de gestion de l'information

Un système simple de tenue de registres sera nécessaire pour garder trace des données sur les stagiaires, les formateurs/facilitateurs, animateurs, cours, programmes, documents, et des données sur le déroulement d'un cours, pour l'habilitation.

Mise en place de la formation

Le développement du programme d'études inclut la sélection :

- du contenu technique;
- des méthodes d'enseignement;
- des objectifs;
- des moyens pour faire remonter l'information vers l'amont;
- de l'évaluation de l'enseignement.

Matériel pédagogique

Il faut examiner les besoins des formateurs et/ou des élèves. Un matériel pédagogique peut souvent être adapté à partir d'une documentation disponible sur place.

Formation des formateurs

Des formateurs/animateurs doivent être préparés pour mener et/ou superviser la formation.

Centres de formation

Des centres de formation doivent être choisis afin de permettre aux élèves de profiter pleinement du programme d'études et du matériel pédagogique d'appui. La formation peut s'effectuer efficacement en utilisant une combinaison de lieux dont le domicile, les établissements médicaux, les établissements communautaires et les institutions éducatives.

Sélection des élèves

Les participants devraient être sélectionnés sur la base d'une politique déterminée et selon un processus déterminé, et les superviseurs devraient être informés.

Programme

La formation devra être mise en place suivant un programme qui peut comprendre :

- des cours, des lieux et des dates;
- des ateliers;
- des réunions de formateurs, élèves, superviseurs;
- des visites de lieux avec des élèves et des superviseurs pour la préparation, la sélection et la surveillance.

Les programmes doivent être élaborés en fonction des objectifs de la formation.

Distribution de la documentation

Le matériel de formation doit être diffusé dans des lieux de stockage déterminés et les superviseurs doivent être informés de leur disponibilité.

Suivi

Après la formation il est important de surveiller les progrès et de fournir un soutien. Les visites de soutien aux prestataires de service permettent l'identification de problèmes et l'examen en commun des solutions possibles. Cela peut constituer un encouragement à l'acquisition de compétences après la formation.

Evaluation de la formation**Utiliser des indicateurs de prévention pour la surveillance**

Les indicateurs servant pour les soins et la prise en charge peuvent être utilisés comme données initiales et pour surveiller le processus de formation. Les changements apparaissent de manière très progressive dans ces indicateurs et on ne peut prétendre qu'ils sont le résultat direct de la formation.

Surveiller les progrès en fonction des objectifs des plans de travail

Les programmes de formation peuvent également être mesurés en fonction des objectifs du plan national. Cela constitue la méthode habituelle d'évaluation des progrès, mais ne donne pas d'indication sur l'impact de la formation.

Processus d'évaluation interne

Les formateurs qui sont compétents dans la méthodologie d'évaluation peuvent mener des évaluations internes pour déterminer si des changements doivent être apportés aux méthodes, au programme d'études, ou à l'organisation de la formation.

ANNEXE 4 - GESTION DE PROGRAMME

La relation entre le SIDA et les programmes de lutte contre les MST

Il est essentiel que les programmes de lutte contre le SIDA et les MST soient pleinement intégrés ou, s'ils restent séparés, que la planification soit coordonnée et que certaines activités sélectionnées soient également coordonnées ou intégrées, car les activités nécessaires pour le contrôle du VIH/SIDA font double emploi avec celles nécessaires pour la lutte contre les MST. Une telle planification garantira l'efficacité des deux programmes, réduira la duplication des efforts et le gaspillage de maigres ressources.

Des soins, une éducation et des conseils en matière de santé, la promotion d'une attitude sexuelle moins risquée, la fourniture de préservatifs et l'évaluation font partie des secteurs qui pourront faire l'objet de coordination ou d'intégration.

Il doit y avoir un seul administrateur pour les deux programmes, qui assure une coordination totale des fonctions qui se recoupent. C'est ce schéma qui doit être suivi pour la coordination. Les secteurs qui sont liés de manière plus spécifique aux MST, comme la prise en charge, peuvent être assumés à un deuxième niveau de gestion supervisé par l'administrateur SIDA/MST.

Gestion de programme au niveau national

Quel que soit le niveau de coordination entre les programmes, l'ONUSIDA et l'OMS recommandent qu'il y ait une structure nationale de gestion de programme pour les MST qui soit clairement définie dans le cadre des services de santé généraux, et qui dispose d'une affectation budgétaire spécifique. Le point focal pour les MST, l'administrateur de programme, devrait avoir distribué les tâches.

Alors que la mise en place du programme devrait être décentralisée autant que possible, la structure centrale ou nationale de gestion aura quant à elle certaines responsabilités.

Plaidoyer politique

La faible priorité accordée au contrôle des MST par les décideurs politiques et les planificateurs dans l'allocation des ressources a été un des obstacles au développement de programmes. L'administrateur du programme devra convaincre les responsables politiques de l'importance du contrôle des MST en matière de santé, en particulier en ce qui concerne le VIH/SIDA.

Mise en place d'un organe consultatif national

Il est important que l'administrateur du programme de lutte contre les MST consulte des experts afin de développer une stratégie de contrôle. Il est également important que ceux qui seront chargés de la mise en œuvre des activités soient consultés, afin qu'ils se sentent responsables et que l'on puisse compter sur leur coopération volontaire, accordée en toute connaissance de cause.

Il est recommandé que le responsable du programme mette en place un Comité technique consultatif national sur les MST, qui se réunisse à intervalles réguliers. Il devrait réunir des spécialistes dans les domaines suivants :

- soins cliniques des MST;
- santé publique;
- droits de l'homme et droits juridiques;
- questions relatives aux femmes;
- microbiologie;
- épidémiologie;
- VIH et SIDA;

- formation;
- information, éducation et communication;
- sciences du comportement;
- gestion et planification des services de santé aux niveaux primaire et secondaire de soins de santé;
- évaluation.

On devrait également envisager de faire figurer dans ces Comités des représentants des organisations universitaires et professionnelles, des organisations non gouvernementales et des membres de la communauté.

Le Comité technique consultatif national sera chargé de fournir des directives au responsable du programme sur les questions techniques/scientifiques et politiques, en particulier sur :

- la prise en charge des patients atteints de MST;
- les moyens de laboratoire;
- des recommandations en matière de médicaments;
- la prestation de services de MST dans les cliniques d'orientation et au premier niveau des soins de santé;
- la formation de médecins, infirmières et personnel de soins de santé primaires;
- la prestation de services aux groupes présentant des risques d'infection plus élevés;
- la recherche opérationnelle;
- l'information, l'éducation et la communication appropriées pour les patients atteints de MST et les membres de la communauté.

Allocation des ressources

Les ressources seront certainement insuffisantes pour toutes les activités et la gestion centrale devra établir des priorités pour leur affectation et distribution.

Décisions de politique nationale

Bien que la gestion de la prestation de services doive être aussi décentralisée que possible, les politiques générales régissant la manière dont les services sont dispensés doivent être élaborées au niveau central pour assurer la permanence et la qualité des soins. Il faudrait établir une planification et élaborer des consignes sur les moyens nécessaires à la prestation de services réguliers et de systèmes d'orientation.

Activités supplémentaires destinées au contrôle des MST

Le programme national devra avoir une connaissance globale de l'épidémiologie de MST dans le pays. Il sera en position de sélectionner les activités les meilleures pour le contrôle des MST (par exemple interventions ciblées sur des groupes vulnérables) et de conseiller l'équipe de gestion locale sur la planification et la mise en œuvre de ces activités.

Formation

Le programme national devra jouer un rôle dans le développement et la surveillance de la formation du personnel de santé pour ce qui est des MST, afin de mettre en place et de maintenir des soins d'une qualité acceptable et constante. Le rôle du programme national variera, de l'organisation de la formation au conseil aux institutions sur le type de personnel à former, et le contenu de programmes d'études fondés sur une prise en charge recommandée (cf. Annexe 3).

Prise en charge

Il est important que des recommandations pour la prise en charge soient élaborées et diffusées pour être utilisées par du personnel de santé de différents niveaux. Le Comité technique consultatif national aura un rôle important à jouer dans cette activité (cf. Annexe 2).

Disponibilité des médicaments pour les MST

Les recommandations sur la prise en charge préconiseront des médicaments pour le traitement des MST et le programme national devra faire en sorte que ces médicaments fassent partie de la liste des médicaments essentiels et que des stocks existent. De plus, les politiques de recouvrement des frais auront peut-être besoin d'être clarifiées.

Supervision

Les programmes nationaux devront surveiller et superviser la couverture et la qualité de la prestation de services, même lorsque ces derniers sont pleinement décentralisés.

Recherche opérationnelle

Le programme national devra faire en sorte que la recherche opérationnelle nécessaire soit menée. Pour planifier et fournir des services de manière appropriée, le programme de lutte contre les MST doit avoir des informations sur :

- les groupes de population qui risquent le plus de contracter des MST;
- la distribution géographique de ces groupes;
- la prévalence des syndromes de MST et les agents étiologiques;
- la sensibilité antimicrobienne des agents étiologiques;
- les services de prévention et de soins pour les MST disponibles;
- l'attitude de recherche de soins de santé pour les MST de la population (par exemple, lorsque des groupes particuliers cherchent à se faire soigner pour des MST, quelles sont leurs raisons pour le faire et, en particulier, quels sont les obstacles existant à la recherche de soins auprès de services publics).

Comme les attitudes qui font courir aux personnes le risque de contracter des MST classiques et le VIH sexuellement transmissible sont les mêmes, le travail consistant à obtenir des informations sur les populations à risque doit être coordonné entre les programmes de lutte contre le SIDA et les programmes de lutte contre les MST.

Des services sélectionnés, spécialisés dans les MST, servant de centres de référence et renforcés par l'appui et les compétences d'un laboratoire permettant d'établir un diagnostic étiologique, devraient surveiller les types d'infection, de maladie et de résistance antimicrobienne. En l'absence de tels centres de référence, ou pendant la mise en place du processus de renforcement approprié, il faudra extrapoler avec une grande prudence l'information provenant de pays voisins concernant des contextes similaires. Les autres domaines de recherche opérationnelle comprendront :

- la détermination de la faisabilité et de la validité des algorithmes de prise en charge;
- l'évaluation des facteurs de risque pour les infections chez les femmes afin de les utiliser dans les algorithmes;
- la détermination de la prévalence des MST dans les populations sentinelles.

Systèmes de surveillance

Un système de surveillance devrait former partie intégrante du programme de lutte contre les MST afin de fournir l'information requise pour les décisions de programme. Il est recommandé qu'un système de surveillance sentinelle soit utilisé, avec des compte-rendus de sites sentinelles sélectionnés. Ce système peut être complété par des études spécifiques menées sur des courtes périodes afin de surveiller les variations dans la distribution des pathogènes de MST et leur sensibilité antimicrobienne.

Il sera de la responsabilité du programme MST de faire en sorte que le système soit mis en place et d'informer les autorités sanitaires périphériques de la sélection des sites sentinelles et de la collecte de données. Le programme sera également responsable de l'analyse de données sur une base nationale et de la rétroinformation aux prestataires de données dans les délais. Le programme déterminera où et quand il faudra mener des enquêtes supplémentaires.

Surveillance des MST

Les objectifs principaux de la surveillance des MST

- Il faut estimer l'ampleur du problème des MST afin de :
 - définir les ressources nécessaires;
 - obtenir le soutien nécessaire de la part des décideurs politiques.
- La fréquence et la distribution des agents pathogènes et de la sensibilité des MST aux antibiotiques devraient être mesurées afin de définir et surveiller le diagnostic et les procédures thérapeutiques.
- Les tendances devraient être surveillées pour renforcer l'appui politique et améliorer le programme existant.

Recommandations générales pour les systèmes de surveillance des MST

- La surveillance des MST est nécessaire parce qu'elle permet d'obtenir les données nécessaires pour :
 - les décisions relatives à la programmation et l'élaboration des interventions qui bénéficieront à la communauté;
 - surveiller l'impact du programme de soins et de prévention des MST;
 - former le personnel de santé.
- La surveillance sentinelle est recommandée dans un nombre limité de sites choisis parce que :
 - les sites sentinelles peuvent être choisis de manière à être représentatifs de différentes régions et peuvent comprendre différents établissements fournissant des services pour les MST;
 - elle est flexible;
 - des études spécifiques peuvent être ajoutées sans gêner la structure de base;
 - c'est ce qu'il y a de plus pratique pour la mise en œuvre et la supervision.
- Les activités de surveillance des MST devraient être complétées par des études spécifiques, parmi lesquelles :
 - la prévalence des MST dans les populations vulnérables présentant des risques d'infection accrus;
 - des projets de recherche spécifiques.

La surveillance des MST ne devrait pas s'effectuer de manière isolée mais être intégrée dans le Programme de lutte contre les MST et autant que possible dans le système général de santé. Seule l'information qui est utile pour la planification et la surveillance du programme devrait être rassemblée.

Surveillance, supervision et évaluation

C'est le rôle de la gestion nationale que d'aider la périphérie à identifier les indicateurs et à fixer des objectifs réalistes. La surveillance et la supervision des activités devraient relever de la gestion périphérique, de district ou régionale, mais la responsabilité de l'organisation de l'évaluation d'ensemble du programme national résidera dans la gestion centrale. Ce secteur important est développé dans l'annexe 5.

Gestion au niveau périphérique

On n'a pas besoin d'une structure de gestion séparée quand les services de MST sont fournis par le système de santé général comme recommandé. Les services anti-MST nécessitent un système de gestion séparé, qui devrait être combiné avec le système en place pour les autres établissements de soins secondaires et tertiaires.

L'expérience a montré que la décentralisation de la gestion des services augmente l'efficacité. La gestion devrait être aussi proche que possible du niveau de l'établissement de soins.

ANNEXE 5 - CONTRÔLE ET ÉVALUATION

Pourquoi?

Le contrôle qui comprend la surveillance, la supervision et l'évaluation devrait être considéré comme un processus continu ayant pour but de maintenir et d'améliorer la prestation de services efficaces et d'une qualité élevée pour les MST. Les administrateurs ont besoin d'informations pour planifier et mettre en œuvre des programmes efficaces pour la prévention et les soins des MST. Une surveillance et une évaluation efficaces engendreront un processus permettant de décrire les succès, d'identifier les problèmes et d'indiquer les solutions potentielles.

Une diversité de sources fournira l'information qui serait réunie dans une combinaison optimale : par exemple l'information en provenance de la surveillance telle que «les registres des stocks au niveau central des 12 derniers mois révèlent que seulement 80% des préservatifs nécessaires ont été livrés et distribués», et des rapports de surveillance comme «35% des personnes qui ont cherché à se faire soigner pour une MST dans les établissements sanitaires ont reçu des conseils appropriés sur l'utilisation d'un préservatif et la notification au partenaire», et «29% ont dit avoir utilisé un préservatif au cours de leur dernier rapport sexuel». Une analyse supplémentaire par âge et par sexe fournira une information de valeur pour des stratégies d'intervention subséquentes. Cette combinaison d'informations peut être plus utile aux administrateurs de programmes que des éléments séparés, en se concentrant sur des problèmes clés et en indiquant les solutions.

Le contrôle

Le but du contrôle est de s'assurer que le travail progresse comme prévu et d'anticiper ou de détecter des problèmes dans sa mise en œuvre. Le contrôle donne aux administrateurs des informations sur le niveau de réalisation, mesuré selon des normes de performance, et leur permet d'évaluer la mise en œuvre en comparant, rapportant le progrès réel aux dépenses. Le contrôle aidera à valider les conclusions de l'évaluation des résultats.

Le contrôle se concentre sur la mise en œuvre (adéquation des besoins, pertinence de la formation, comportement des prestataires de services) plutôt que sur les résultats intermédiaires (changements dans les connaissances ou le comportement, changements dans les systèmes de santé) ou sur l'impact (diminutions de la morbidité et de la mortalité, amélioration de la santé).

Surveillance

Traditionnellement, la surveillance décrit des tendances et des types de maladies dans une population donnée, observées sur une certaine période. Cette information est nécessaire aux administrateurs de programmes afin qu'ils dirigent les efforts et les ressources là où le besoin est le plus grand.

Un système de surveillance fournit l'information qui permet d'estimer la taille du problème, sa fréquence et sa répartition, ainsi que la sensibilité des germes pathogènes aux antibiotiques. La surveillance permet aux administrateurs de renforcer et d'améliorer la gestion de programme. Par exemple, la surveillance de la syphilis, de l'infection à chlamydia ou de la blennorragie peut refléter des tendances dans l'utilisation des préservatifs ou permettre la sélection la plus appropriée de médicaments pour le traitement des MST.

L'expérience a montré que les comptes-rendus universels à des fins de surveillance ne durent pas, et il est recommandé que les activités de surveillance régulières soient limitées à un certain nombre de sites sentinelle et à des enquêtes périodiques pour une information supplémentaire sur les types de maladies et la sensibilité des germes aux antibiotiques. On peut favoriser et renforcer les sites sentinelles afin d'assurer leur conformité et leur efficacité.

Supervision

La supervision est l'un des aspects les plus importants du contrôle en ce qu'elle évalue la performance et les résultats à la lumière de la situation et des ressources disponibles. Une supervision efficace réduit la marge entre ce qui existe et ce qui peut être réalisé grâce à l'allocation des ressources et la formation sur la base des besoins des établissements particuliers ou du personnel de santé.

La supervision est une façon de garantir la compétence par l'observation, la discussion, le soutien et les conseils.

Evaluation

Le but de l'évaluation est de mesurer les progrès effectués vers la réalisation objectifs du programme à un moment donné.

L'évaluation se concentre sur l'examen périodique et l'utilisation d'informations afin d'améliorer les programmes de santé et orienter l'allocation de ressources. Elle réunit des informations issues des activités de surveillance, de contrôle et de supervision afin de déterminer si les résultats prévus sont atteints.

Méthode

Sélection des indicateurs de programme

Avant de mettre en œuvre des activités, il faut sélectionner avec soin des cibles qui reflètent les priorités du programme. L'OMS a identifié et testé sur le terrain quatre indicateurs de prévention directement liés aux programmes de MST

Indicateurs de prévention de l'OMS (IP)

- OMS IP 6 : prise en charge de MST

Nombre de personnes atteintes d'une MST se présentant auprès des établissements sanitaires examinées et traitées de manière appropriée (selon les normes nationales)

Nombre total de personnes atteintes d'une MST se présentant dans des établissements sanitaires

- OMS IP 7 : prise en charge des MST

Nombre de personnes cherchant à se faire soigner pour une MST dans des établissements sanitaires qui ont reçu des conseils appropriés sur les préservatifs et sur la notification au partenaire

Nombre total de personnes qui cherchent à se faire soigner pour une MST dans un établissement sanitaire

- OMS IP 8 : prévalence chez les femmes

Nombre de femmes enceintes entre 15 et 24 ans qui présentent une sérologie syphilitique positive

Nombre total de femmes enceintes entre 15 et 24 ans qui fréquentent des services de soins prénataux, et qui ont subi un examen hématologique

- OMS IP 9 : incidence chez les hommes

Nombre d'épisodes signalés d'urétrite chez les hommes âgés de 15 à 49 ans au cours des 12 derniers mois

Nombre total d'hommes entre 15 et 49 ans examinés

Etablissement d'objectifs de programme

Il est utile d'établir des objectifs pour les indicateurs. Par exemple, pour l'OMS IP 6, le programme devrait déterminer un niveau d'exécution réaliste et établir un objectif de programme. Un tel objectif pourrait être «en 1996, 50% des personnes qui cherchent à se faire soigner pour des MST dans un établissement seront examinées et traitées d'une manière appropriée». Les données sur l'indicateur peuvent être synthétisées dans une évaluation de programme pour déterminer si les objectifs ont été atteints.

Sélection d'indicateurs d'activités et d'objectifs

Le programme peut fixer des objectifs d'activités en planifiant les activités devant être menées dans le cadre d'une intervention. Ces objectifs se concentrent sur les activités qui seront mises en œuvre afin d'atteindre l'objectif du programme. Un indicateur d'activité pourrait être, par exemple, «la proportion d'établissements de santé ayant un stock adéquat de médicaments pour le traitement des MST». L'objectif d'activité déterminé pour cet indicateur particulier pourrait être «en 1994, 75% des établissements de santé auront des stocks adéquats de médicaments nécessaires pour le traitement des MST».

Sélection des performances et des résultats

Pour mener à bien les activités, il est nécessaire de sélectionner et de planifier des performances qui comparent les pratiques courantes avec des normes de performance et de résultats fixées qui quantifient le nombre de d'éléments utilisés pour mener des activités.

Un aspect qualitatif critique de la «performance» que l'on peut surveiller par rapport à l'objectif d'activité ci-dessus est de vérifier si la «formation du personnel de santé suit les recommandations nationales sur la prise en charge des MST».

Un exemple de résultat «quantifié» que l'on surveillerait est «le nombre d'établissements sanitaires possédant un stock de médicaments appropriés pour le traitement des MST».

Supervision

Les fiches de contrôle pour la supervision devraient reposer sur l'importance des éléments nécessaires à la réalisation de l'activité et des objectifs de programme pour les MST. Par exemple, une fiche de contrôle pour la supervision devrait prendre en considération les points suivants :

- l'importance de l'ensemble du processus de mise en œuvre (par exemple le nombre de femmes qui fréquentent les services de soins prénataux qui ont été soumises au test de la syphilis);
- la sensibilité aux difficultés expérimentées précédemment avec des normes de performance ou des recommandations opérationnelles (par exemple le nombre d'établissements sanitaires possédant les stocks adéquats de préservatifs et les médicaments nécessaires au traitement des MST);
- les intervalles de fréquence nécessaires pour mesurer l'information sur la performance (par exemple rassembler les rapports de stock réguliers pour établir dans quelle mesure la livraison de médicaments et de préservatifs aux établissements fournissant des services anti-MST s'est effectuée dans les délais).

On peut démontrer la relation entre les éléments devant être surveillés en les organisant selon des objectifs de programme, des activités, des indicateurs d'activités, des objectifs d'activité, des performances et des résultats. Chaque élément a un lien causal avec les autres et révèle des informations importantes sur ce qui est fait et ce qui n'est pas fait pour le programme de lutte contre les MST.

Responsabilités

Lorsque les services anti-MST seront complètement intégrés dans la structure générale de soins de santé, leur contrôle et leur supervision feront partie des activités générales de supervision et seront de la responsabilité de la gestion périphérique (par exemple des autorités sanitaires). Les fiches de contrôle du programme anti-MST doivent correspondre à sa contribution au programme global de soins de santé.

Le programme anti-MST aura la responsabilité de choisir les indicateurs et les objectifs de programme et de dispenser des conseils aux régions/provinces et aux districts sur les activités de contrôle, comme de sélectionner des indicateurs d'activité appropriés.

La surveillance des centres anti-MST qui constituent des établissements de recours, s'effectuera selon la procédure applicable à tous les services de soins secondaires et tertiaires et pourra nécessiter une sélection d'indicateurs d'activité spécifiques.

L'analyse des données de surveillance relèvera de la responsabilité particulière du programme de lutte contre les MST.

L'évaluation générale du programme de lutte contre les MST s'effectue en collaboration étroite avec l'organe de gestion au niveau périphérique, mais en tout état de cause, sous la responsabilité du programme lui-même.

