

8701

PROBLEMES DES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES  
ET LEUR PRISE EN CHARGE

Rapport sur des journées d'études maghrébines  
organisées conjointement par  
le Centre National de Formation en Reproduction Humaine, Rabat  
et  
le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

Rabat  
28-30 octobre 1985

ICP/MCH 502 g01b  
RMI/79/P05 (FNUAP)  
7403F  
Non édité  
Distribution restreinte  
FRANCAIS SEULEMENT

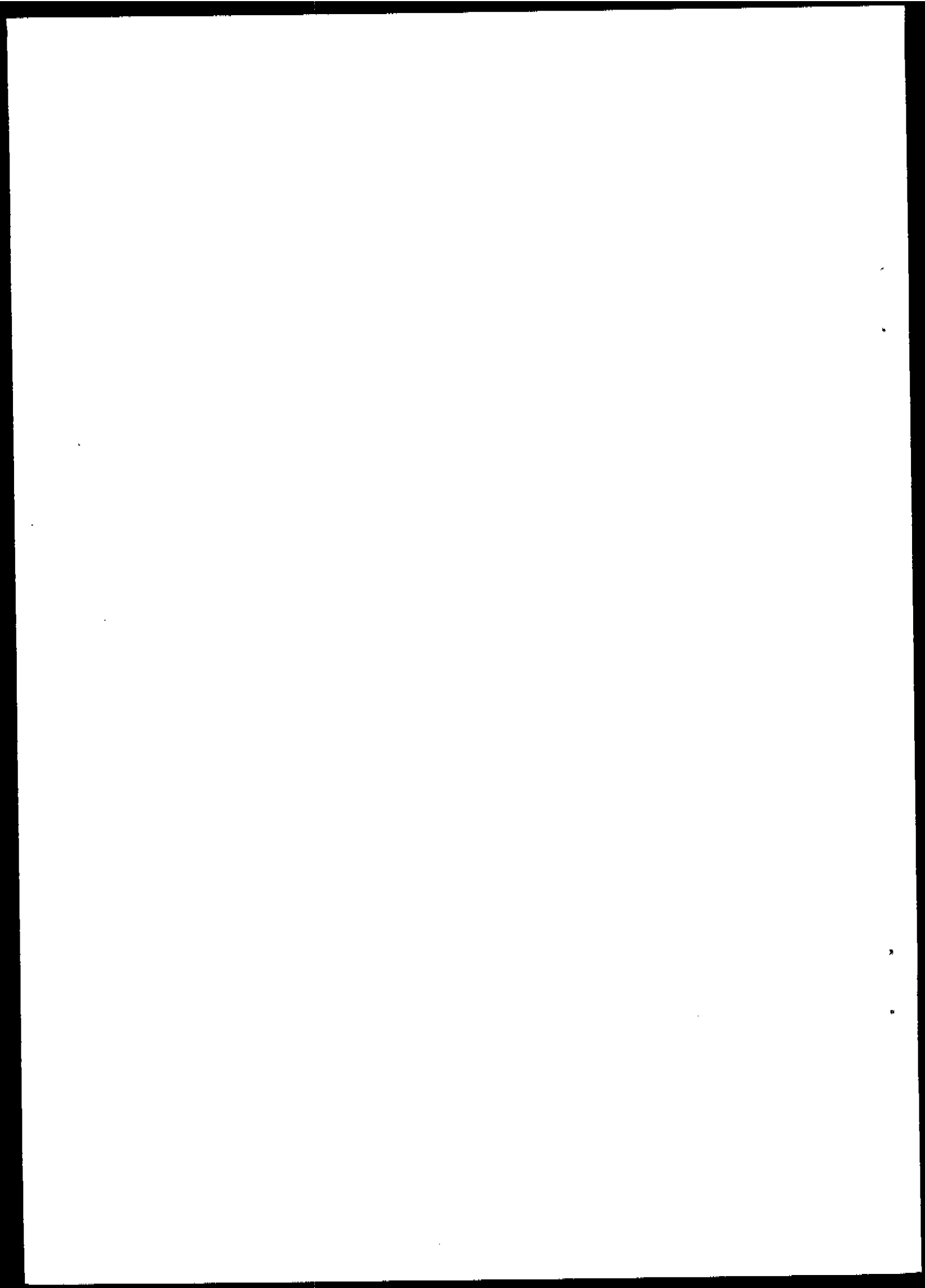
1986

Note

Ce document ne constitue pas une publication. Il ne doit faire l'objet d'aucun compte rendu ou résumé ni d'aucune citation ou traduction sans l'autorisation de l'Organisation mondiale de la santé. Les opinions exprimées dans les articles signés n'engagent que leurs auteurs.

## SOMMAIRE

	<u>Page</u>
1. Introduction . . . . .	1
2. Séance d'ouverture . . . . .	1
3. Objectifs des journées d'études et composition du programme . .	2
4. Thèmes et discussions . . . . .	2
4.1 Importance des maladies sexuellement transmissibles et leur relation avec la santé de la reproduction (Prof. T. Alaoui) . . . . .	2
4.2 Les MST : Epidémiologie, aspects cliniques et conséquence des changements de fréquence et de type (Prof. J. Robert) . . . . .	3
4.3 La Syphilis et la Gonorrhée : situation actuelle (Prof. A. Sekkat) . . . . .	5
4.4 Autres maladies vénériennes "traditionnelles" et infections spécifiques diverses : situation actuelle (Prof. B. Lazrak) . . . . .	5
4.5 Chlamydia trachomatis : revue des aspects épidémiologiques et de prévention (Prof. J. Robert) et des aspects cliniques et de laboratoire (Dr F. Catalan) . . . . .	6
4.6 Infections virales (herpès simplex, hépatites et divers) : aspects épidémiologiques et prévention (Prof. J. Robert); aspects diagnostiques et laboratoire (Dr F. Catalan) . . . . .	7
4.7 Le problème de la résistance du gonococque aux antibiotiques (Dr F. Catalan et Prof. J. Robert). . . . .	9
4.8 Aspects éducatifs de la lutte contre les MST (Dr L. Van Parijs) . . . . .	10
4.9 Le SIDA : épidémiologie, aspects microbiologiques et de diagnostic, prévention (Dr F. Catalan et Prof. J. Robert) . . . . .	11
5. Discussion d'un plan de prévention et d'organisation de la lutte contre les MST et recommandations . . . . .	12
6. Clôture des journées d'études . . . . .	13
Annexe 1 - Portée et objectifs des journées d'études . . . . .	15
Annexe 2 - Programme . . . . .	17
Annexe 3 - Liste des documents de référence . . . . .	21
Annexe 4 - Liste des documents et publications soumises par les participants au cours de la réunion . . . . .	23
Annexe 5 - Evaluation des journées d'études . . . . .	25
Annexe 6 - Liste des participants . . . . .	27



## 1. Introduction

Les journées d'études maghrébines sur les problèmes des maladies sexuellement transmissibles (MST) et leur prise en charge se sont tenues à Rabat du 28 au 30 octobre 1985. Elles étaient organisées conjointement par le Centre National de Formation en Reproduction Humaine, Rabat (également Centre collaborateur de l'OMS pour l'Enseignement et la Recherche en Matière de Reproduction humaine et de Planification familiale) et l'unité de sexualité et de planification familiale du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.

Cette réunion répondait à la préoccupation des organisateurs d'étudier les MST afin d'apprécier leur importance dans les trois pays du Maghreb, l'Algérie, le Maroc et la Tunisie et de trouver des recommandations utiles, et en commun, pour l'organisation de la lutte contre les MST.

Les participants à ces journées d'études étaient au nombre de 16. Six enseignants nationaux (marocains) et internationaux étaient présents pour assurer la présentation introductive aux différents thèmes.

En annexes 1, 2, 3, 4, 5 et 6 figurent la portée et les objectifs de ces journées, le programme, la liste des documents de référence, celle des documents distribués au cours de la réunion, l'évaluation des journées d'études et la liste des participants.

## 2. Séance d'ouverture

Le Professeur T. Alaoui, organisateur national des journées d'études sur les MST, directeur du Centre National de Formation en Reproduction Humaine au Maroc et directeur des affaires techniques auprès du Ministère de la santé publique a accueilli les participants en leur souhaitant la bienvenue et en situant la présente réunion à Rabat dans le cadre des activités de formation inter-régionales qui ont été organisées conjointement par le Centre National de Formation en Reproduction Humaine et le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe<sup>a</sup>. Bien que les données sur l'ampleur du problème des MST soient incomplètes, le Prof. Alaoui a souligné l'opportunité d'étudier le changement de visage des MST dans les pays du Maghreb afin de prévoir les orientations futures d'une lutte efficace contre ces maladies.

Mademoiselle Wadad Haddad, Fonctionnaire régional pour la sexualité et la planification familiale au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, a transmis aux participants les meilleurs voeux du Dr J. Asvall, directeur régional, tout en soulignant l'excellente collaboration entre le Maroc et l'Organisation mondiale de la santé et en remerciant le Gouvernement du Royaume du Maroc et en particulier le Ministère de la santé publique et le Centre National de Formation en Reproduction Humaine avec son équipe dynamique, pour l'organisation de ces journées d'études. Elle a remercié au nom de l'OMS, le Fonds des Nations Unies pour les Activités en matière de Population (FNUAP) pour l'aide financière qu'il a apporté à cette activité.

---

<sup>a</sup> Il s'agit des réunions sur "L'enseignement de la méthodologie d'éducation appliquée à la planification familiale", Rabat, 1983 et sur "La gestion et l'évaluation des programmes de planification familiale dans le contexte des soins de santé primaires", Agadir, 1985.

Mademoiselle Haddad a indiqué l'intérêt de l'OMS pour la lutte contre les MST et ceci dans le cadre du combat que l'Organisation mène avec ses Pays Membres pour atteindre l'objectif de la Santé pour tous d'ici l'an 2000.

Si, dans le passé, plusieurs discussions et rapports techniques ont été publiés par l'OMS au sujet des MST, le Siège de l'Organisation mondiale de la santé a tout récemment tenu une réunion à Genève (25-26 septembre 1985) pour faire le point sur le SIDA, coordonner sa surveillance à l'échelle mondiale, évaluer les risques et mettre tout en oeuvre pour la réalisation d'un vaccin.

En plus, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe vient de publier un document régional comportant des directives concernant le SIDA et visant à informer de la situation actuelle les responsables nationaux de la santé publique et les médecins. En ce qui concerne l'unité de sexualité et de planification familiale du Bureau régional, elle a élaboré des modules d'enseignement sur les MST destinés au personnel travaillant dans les programmes de planification familiale.

Enfin, Mlle Haddad a rappelé le rôle que peuvent jouer les programmes de planification familiale dans la prévention des MST, par exemple, en fournissant des contraceptifs (tels que préservatifs, diaphragmes, spermicides et contraceptifs oraux) ils peuvent aider hommes et femmes à se protéger, ainsi que leur partenaires, contre les MST et/ou les inflammations pelviennes et à prévenir la stérilité.

### 3. Objectifs des journées d'études et composition du programme

L'incidence de la plupart des MST a augmenté considérablement au cours de la dernière décennie. En outre, le spectre des MST s'est élargi et comprend non seulement les maladies vénériennes "traditionnelles" mais également des infections bactériennes et virales comme les chlamydias et le SIDA dont l'importance a été récemment reconnue. En vue de ceci, les journées d'études maghrébines visaient à :

- une mise à jour des aspects épidémiologiques des maladies sexuellement transmissibles;
- l'établissement du diagnostic des maladies sexuellement transmissibles;
- une mise au point des procédures de prise en charge dans le contexte des services de planification familiale (thérapeutique, surveillance);
- l'actualisation et le renforcement des aspects préventifs pour leur introduction dans les services de planification familiale.

Le programme était composé de différents thèmes. Ils ont été introduits au cours des trois jours par les enseignants marocains et internationaux. Chaque présentation de thème était suivie d'une discussion en session plénière. De plus, une documentation technique sur les MST a été mise à la disposition des participants.

### 4. Thèmes et discussions

#### 4.1 Importance des MST et leur relation avec la santé de la reproduction

Le sujet a été introduit par le Prof. Alaoui qui a proposé une réflexion autour de trois axes: changements des déterminants immédiats de la fécondité, du style de vie et changement épidémiologique des MST.

Parmi les déterminants de la fécondité nous retenons :

- la hausse de l'âge moyen du mariage (15 ans pour la cohorte des femmes de 45 à 49 ans mais 17,9 ans pour la cohorte de 25 à 29 ans);
- un plus grand nombre de femmes célibataires (0,8% à la ménopause);
- une plus grande instabilité du premier mariage (bien que tempéré par des remariages plus fréquents);
- une plus grande utilisation de méthodes efficaces de contraception.

A ceci s'ajoute une sexualité plus active des jeunes avant le mariage sans doute provoquée par la "réminiscence" de la société (plus de femmes assument ou assumeront un rôle socio-économique indépendant dans la société), par l'urbanisation et par la migration. Ce changement de mode de vie ainsi que le changement des déterminants immédiats de la fécondité va de pair avec un changement épidémiologique des MST. Celui-ci comprend un élargissement du concept des MST "traditionnelles", un accroissement de l'importance des maladies "nouvelles" (ou "mieux reconnues") comme l'herpès, les chlamydias, le SIDA, l'apparition plus fréquente de plusieurs étiologies chez un même individu (jusqu'à 30% dans certains pays) et l'apparition inquiétante de résistance au traitement (au Sud du Sahara jusqu'à 30% de résistance).

Dans le débat qui a suivi la présentation, le Prof. Gharbi a souligné quelques facteurs d'ordre socio-culturels qui sont liés à la recrudescence des MST en Tunisie. Il s'agit entre autres, de l'âge très jeune de la population tunisienne (52% ont moins de 20 ans), d'une prévalence des MST de 41% entre 20 et 30 ans, de la précocité des rapports sexuels dans les lycées, de l'encouragement à la contraception, et des mutations sociales profondes qui sont partiellement liées à l'introduction dans la société des modèles étrangers par le tourisme et l'émigration. A ces facteurs s'ajoutent l'insuffisance d'un programme de lutte qui se traduit par l'absence ou l'insuffisance des enquêtes épidémiologiques au sujet des MST, le foisonnement des circuits parallèles pour la détection et le traitement des MST (par exemple, plus de cas MST ont été vus dans cinq pharmacies en ville que dans le service de l'hôpital universitaire), ainsi que l'insuffisance d'une éducation sanitaire de la population en accord avec la religion musulmane et la culture populaire.

Le problème d'obtenir des renseignements fiables a été soulevé par plusieurs participants. La déclaration obligatoire des MST est incomplète dans les pays maghrébins comme elle l'est dans les autres pays du monde et des enquêtes épidémiologiques seraient souhaitables dans le cadre des moyens disponibles et en exploitant l'information déjà disponible. Il importe cependant d'être prudent dans l'interprétation des chiffres "absolus" en termes d'une recrudescence ou d'une chute des MST liés aux changements de la population, des moyens diagnostiques et d'autres facteurs qui font l'objet d'une analyse épidémiologique.

#### 4.2 Les MST : épidémiologie, aspects cliniques et conséquence des changements de fréquence et de type

Dans son exposé introductif, le Prof. J. Robert a brossé un tableau des tendances pour les principales MST. Il a précisé pour certaines MST l'importance de ces changements notamment en termes de présentation clinique,

de laboratoire et de protection de la santé publique. Enfin, il a attiré l'attention des participants sur les conséquences de tels changements pour la santé individuelle et celle de la collectivité.

A travers le monde au niveau des régions, des pays et même à l'intérieur d'un pays, il existe une variabilité très marquée de la distribution des MST et des nombreux facteurs d'ordre biologique, social, religieux, médical qui s'influencent mutuellement.

Depuis 15 ans, une augmentation de la gonococcie chez les femmes de 20 à 25 ans est observée. Pour la même période, la syphilis s'est stabilisée dans plusieurs pays du monde, y compris parmi les homosexuels vivant en ville. Le problème des urétrites non gonococciques a été méconnu dans le passé et la prévalence a augmenté de 250% environ. Les infections virales du condylome acuminé et du molluscum contagiosum ont doublé entre 1971 et 1979. L'infection à *Trichomonas vaginalis* est restée stable et la moniliase est en légère augmentation ainsi que l'infection au streptocoque du groupe B, au *phthirus pubis* (le pou du pubis) et l'herpès génital.

A partir de certains de ces facteurs on peut dresser "un portrait robot" de la personne atteinte homme ou femme, qui permet de préciser certains éléments du questionnaire, de l'examen physique, des mesures des paramètres biologiques et de l'approche médico-sociale, quant à l'âge, aux pratiques sexuelles, à l'orientation sexuelle, aux antécédents vénériens, au degré d'information et d'éducation.

A l'aide d'un schéma, les principales MST sont présentées quant à leur fréquence relative et surtout à leur tendances au cours des décennies actuelles.

Les principales complications graves des MST sont discutées en mettant l'accent sur l'importance de leur mesure épidémiologique comme incitateur de réflexion et d'objectivation dans un programme intégré de prévention et promotion de la santé. Les complications qui retiendront une attention particulière sont : les inflammations pelviennes qui sont en augmentation et qui touchent pour 75% les femmes de moins de 30 ans, les grossesses ectopiques suite à un ou plusieurs épisodes de salpingite, et l'infertilité.

Certaines observations comportementales et démographiques, l'utilisation des diverses méthodes de contraception, l'urbanisation et les nouvelles attitudes des jeunes générations ont une influence majeure sur l'approche méthodologique simple et efficace.

Dans le débat qui a suivi cette introduction sur les MST, le Prof. M. Kharouf, de la Maternité Wassali Bourguiba à Tunis, a indiqué la régression de la syphilis à Tunis. Par contre, dans les services hospitaliers, l'infection urinaire est très fréquente et souvent associée au début des activités sexuelles mais, dans ces services, peu de complications graves des MST sont observées. Une multi résistance du *Neisseria gonorrhoeae* à plusieurs antibiotiques (la pénicilline ainsi que l'érythromycine, la tétracycline, la spectinomycine) est également présente.

Enfin, trois points ont été soulignés. Pour chaque MST, il convient d'établir l'endémicité dans la zone concernée. Aussi, dans les pays du Maghreb, le problème principal n'est pas tellement la disponibilité des moyens mais leur utilisation. Enfin, l'importance d'un abord correct des malades par le médecin a été évoqué, ainsi que la question si, actuellement, le médecin

dans sa clinique est l'instrument le plus apte pour combattre les MST, en vue de l'estimation par les participants que 80% des malades ne consultent pas les structures MST existantes.

#### 4.3 La Syphilis et la Gonorrhée : situation actuelle

Le Prof. A. Sekkat a passé en revue la situation telle qu'elle se présente au service de Dermatologie de l'hôpital Mohammed V, à Rabat, qui est le centre national de référence pour les MST au Maroc. Il a souligné l'importance clinique des ulcérations dans la syphilis primaire et les bons résultats obtenus par le "traitement minute" appliqué à l'hôpital pour le traitement de la syphilis primaire et secondaire. En ce qui concerne la gonorrhée il importe de diversifier les traitements afin d'éviter l'installation d'une résistance à la pénicilline provoquée par la sécrétion d'une bêta-lactamase par le gonocoque qui le rend réfractaire à cet antibiotique.

Dans les discussions le problème de la syphilis latente - son diagnostic et son traitement - a été soulevé. Le diagnostic se fait strictement par tests sérologiques (VORL). La règle est qu'il faut suivre le patient jusqu'à stabilisation de la sérologie (qui prend longtemps) car le devenir de la syphilis latente et sa contagiosité ne sont pas connus.

Pour bien saisir l'évolution réelle du problème de la syphilis, une déclaration complète (clinique et sérologie ainsi que tous les cas) s'impose. Aussi faut-il tenir compte de l'inflation de la prescription des antibiotiques dans les pays du Maghreb et de l'auto-traitement.

En ce qui concerne la gonococcie, des observations cliniques à Tunis indiquent la domination des urétrites aiguës masculines par le gonocoque. Il faut établir un diagnostic bactériologique direct chez l'homme pour les infections car le diagnostic clinique seul risque de rater 30 à 35% de cas.

En vue de l'importance de l'examen bactériologique, la question de l'établissement des laboratoires périphériques (au niveau des centres de santé et des dispensaires) fut soulevée. Une expérience à cet effet est en cours au Maroc. En principe, cette stratégie est préférable à celle d'un dépistage systématique de chacun qui est rejeté sur des bases scientifiques et économiques. Elle permet de localiser le dépistage et, à l'infirmier de base, de prendre en charge le malade tout de suite. Cependant il convient de calculer le coût de la généralisation de cette stratégie.

#### 4.4 Autres maladies vénériennes traditionnelles et infections spécifiques diverses : situation actuelle

Les autres maladies vénériennes et leur classification selon le germe responsable ont été passées en revue par le Prof. B. Lazrak, du service de Dermatologie de l'hôpital Avicenne à Rabat, qui a discuté le tableau clinique des ces maladies.

Enfin, les participants se sont posés plusieurs questions.

- Quelles sont les MST saillantes au niveau soins de santé de base ?
- Quelles sont les informations disponibles ?
- Quels aspects de diagnostic et de traitement des MST devraient être pris en charge, à quel niveau, par qui et comment ? En particulier :
- quelles sont les tâches de l'infirmier de base et celles des médecins ?
- Quelle est la conduite clinique et de traitement face aux leucorrhées ?

Il n'y a pas de solutions toutes faites à ces questions, mais le choix d'une stratégie reposera sur l'examen :

- du niveau de contact de la population avec le système de soins de santé;
- du grade de la personne qui a ce contact avec la population et de ses responsabilités;
- des besoins en matière de formation du personnel concerné par cette stratégie;
- du système de la délégation des activités concernant les MST pour lesquelles la personne au premier niveau n'a pas de compétence.

En résumé, les participants de l'Algérie, de la Tunisie et du Maroc ont indiqué que les MST ne sont pas une "priorité" de santé publique dans leur pays, mais qu'elles composent un problème qu'il faut affronter. Les moyens de le faire sont disponibles. Encore faut-il que la démarche de la lutte soit planifiée dans les années à venir.

#### 4.5 Chlamydia trachomatis : revue des aspects épidémiologiques et de prévention et des aspects cliniques et de laboratoire

Dans l'introduction du sujet des infections à *Chlamydia trachomatis*, le Dr F. Catalan a présenté un algorithme modèle permettant le diagnostic présomptif d'une infection à *Chlamydia trachomatis* (C.T.) à partir des indices cliniques et des résultats d'examens de laboratoire simples. Ainsi est précisé le rôle prépondérant de C.T. dans l'urétrite non-gonococcique chez l'homme et dans la leucorrhée chez la femme.

Les données générales sur les infections à *Chlamydia trachomatis* présentées par le Prof. Robert font état qu'il s'agit d'une infection à transmission sexuelle, dont l'incubation est d'une à deux semaines, souvent asymptomatique et dont l'agent responsable doit être considéré comme toujours pathogène.

Chez l'homme des études de prévalence ont montré le rôle important joué par C.T. dans l'urétrite non-gonococcique, l'urétrite post-gonococcique, et l'état occasionnel de porteur asymptomatique. C'est l'homme hétérosexuel de 20 à 25 ans qui est touché davantage par l'infection à C.T. et l'incidence de C.T. est probablement en progression.

Chez la femme les données de prévalence disponibles indiquent une prédominance chez l'adulte jeune, une fréquence d'infection asymptomatique, et un taux appréciable en grossesse. L'infection tardivement symptomatique comporte des risques non négligeables de morbidité et de complications.

La transmission de la mère au nouveau-né lors de l'accouchement comporte des risques majeurs d'ophtalmie et de pneumonite pour ce dernier.

L'établissement de programmes de prévention exige l'utilisation d'une ou plusieurs épreuves de laboratoire pour le diagnostic et le dépistage. Il y a lieu également d'établir un protocole thérapeutique des cervicites, des urétrites non-gonococciques par les cyclines et un traitement empirique (ou "épidémiologique") du/de la/des partenaire/s des cas diagnostiqués. Il faut tenir compte des nombreuses infections mixtes, Neisseria gonorrhoeae (N.G.) et Chlamydia trachomatis, chez les personnes à pratiques hétérosexuelles.

Quant aux nouveau-nés, le dépistage de l'infection et l'éventuel traitement de la mère dépistée comme infectée durant le troisième trimestre de la grossesse (et le traitement extemporané de son/ses conjoint/s) est une mesure à considérer comme efficace même si parfois difficile d'application.

De même, et malgré des limites, l'instillation d'un collyre antibiotique (érythromycine ou tétracycline) efficace est une mesure préventive privilégiée contre l'ophtalmie à la condition de tenir compte de la prévalence locale et de l'antibiorésistance du Neisseria gonorrhoeae à ces antibiotiques.

Les principales méthodes d'analyses de laboratoire sont passées en revue par le Dr Catalan, notamment l'examen direct du frottis coloré au Giemsa, la microscopie en fluorescence avec des anticorps de groupe et des anticorps monoclonaux. Une insistance particulière est apportée quant aux modalités nécessaires et obligatoires d'un prélèvement adéquat et de qualité tant chez la femme que chez l'homme, aux conditions de conservation (-70°) et de transport éventuel vers un laboratoire central spécialisé. La valeur et les limites de la sérologie chlamydienne sont exposées. Une sérologie positive ne permet pas d'établir le diagnostic de l'infection. Elle indique seulement que la personne a été exposée à l'infection par *Chlamydia trachomatis*.

La présentation sur l'infection chlamydienne a suscité un vif débat sur l'importance de cette infection dans cette région du monde où sévissait, jusqu'à tout récemment, le trachome et sur l'utilité d'abord de mieux connaître sa prévalence. Cette prévalence devrait être obtenue par une étude épidémiologique dans le cadre local et non sur la base d'une extrapolation de chiffres obtenus en Europe, aux Etats-Unis ou au Canada.

Une étude tunisienne laisse croire que le taux de prévalence du C.T. observé en Europe (3 à 7%) parmi les consultants en clinique serait semblable en Tunisie ainsi que le taux de séropositivité (15 à 20%). La technicité et le coût de différents types d'examens de laboratoire ont été discutés. L'examen direct du frottis coloré ou Giemsa manque de fiabilité (sensibilité de 15%) et la culture cellulaire est une technique lourde et dont le prix de revient est élevé (estimé à 25 US\$ par examen avec les mêmes couches de cellules Mc Coy). Les structures de laboratoire existent dans les trois pays du Maghreb, mais il convient d'établir d'abord la prévalence seule du C.T. dans les groupes concernés et d'étudier l'approche du problème. Peut-on par exemple considérer les infections qui sont ni gonococciques ni tréponémiques comme des infections à chlamydia ? Faut-il procéder en premier lieu à des études sérologiques auprès des groupes-cible choisis ?

Les éléments d'une stratégie qui ont été suggérés comportent :

- un examen sérologique sur un échantillonnage de la population cible;
- le traitement des porteurs sains (car l'infection C.T. ne confère qu'une immunité très locale, donc une réinfection des séropositifs est tout à fait possible);
- l'organisation du ou des laboratoires selon les résultats de l'échantillonnage.

#### 4.6 Les Infections virales

L'objectif de la présentation du Dr Catalan et du Prof. Robert a été d'exposer les problèmes épidémiologiques en rapport avec les infections virales et particulièrement celles liées aux MST. Un algorithme de la conduite devant

une ulcération génitale a introduit le sujet, démontrant la possibilité que l'examen direct coloré par le Giemsa pouvait offrir à propos de l'infection herpétique symptomatique.

L'autre objectif de la présentation était d'expliquer par le mécanisme même de l'infection virale, l'impact que cette dernière peut avoir dans le problème de santé de la population, et ses relations avec certains processus malins qui peuvent en résulter. Enfin, l'introduction aux infections virales a porté sur l'évaluation de l'ampleur du risque de certaines de ces infections virales, en décrivant les moyens simples de diagnostic (rôle de l'examen clinique et de l'examen direct) et en mettant l'accent sur le degré d'ubiquité de la plupart des infections virales de type inapparent, particulièrement marqué pour l'Herpès simplex virus, surtout dans les pays à faible infrastructure sanitaire.

Après un exposé rapide de la situation mondiale des infections dues aux virus herpès (HSV 1 et 2, CMV et Epstein Barr) des risques de complications et du rôle de la prévention, les participants ont pris conscience de la nécessité d'aborder ce problème par l'évaluation des complications néo-natales. La complexité et la lourdeur des moyens de diagnostic qui s'appliquent en règle générale, aux infections virales (support cellulaire, utilisation de méthodes sophistiquées d'identification) ont ancré l'idée de la nécessité d'établir des études ponctuelles de prévalence permettant de juger de l'ampleur de l'atteinte de la population.

Les marqueurs sérologiques se sont avérés être d'une application plus facile pour juger du taux de prévalence dans la population infantile et adulte jeune.

A propos de l'hépatite B, une diapositive donnant la répartition mondiale, divisée en zones d'hypoendémie (<2%), d'endémie (jusqu'à 10%) et d'hyperendémie (>10%), a introduit l'approche épidémiologique de cette infection, et son importance dans le Maghreb. L'impossibilité d'isoler le virus oblige donc à aborder ce problème par la sérologie qui permet la mise en évidence des marqueurs du virus, et tout particulièrement les anticorps HB qui signalent la guérison du sujet, ou la persistance de l'antigène de surface HB, toujours de mauvais pronostic (hépatite chronique active, évolution vers un cancer primitif du foie). Le taux de prévalence non négligeable de ce type de cancer dans les trois pays du Maghreb a fait ressortir la discussion à propos de l'évaluation du risque dans la population adulte d'une part et neo-natale d'autre part (transmission verticale). Dans ce cadre évidemment s'est inséré le problème de l'hépatite non A non B à caractère épidémique comme l'hépatite et qui a fait considérer les taux de morbidité-mortalité dans certains pays du Maghreb.

En dernière partie, il a été question de l'étendue des infections sexuellement transmissibles à HPV, et le rôle prépondérant que certains sérotypes (6, 11, 16, 18, 33) pourraient jouer dans la transformation carcinoïde au niveau du col.

Compte tenu de l'impossibilité de mettre en évidence le virus de façon aisée, l'attention a été attirée sur les modifications cellulaires pathognomoniques (koïlocytes) de plus en plus fréquentes (jusqu'à 2% et chez les jeunes femmes jusqu'à 10%) alors que d'autres altérations (dysplasies) qui s'associent inéluctablement font de cette lésion, l'atypie cervicale la plus fréquente.

Les taux élevés que certaines statistiques montrent, sont liés au fait que le diagnostic associe des données à la fois cytologiques, histologiques et coloscopiques, ce qui permet d'associer à cette infection bon nombre de celles qui échappent à la cytologie seule.

#### 4.7 Le problème de la résistance du gonocoque aux antibiotiques

Le Prof. Robert a brossé le tableau historique de la résistance du gonocoque dès l'apparition des sulfamidés en 1940. La première résistance fut constatée en 1950 et depuis lors, une sélection des souches résistantes a nécessité l'augmentation progressive du dosage d'antibiotiques. Il s'agit aussi d'une résistance à plusieurs antibiotiques (chloramphénicol, érythromycine, tétracycline, streptomycine, spectinomycine). En 1976 un nouvel aspect s'est ajouté, la résistance plasmidique (à la bêta-lactamase).

Un bref survol des différentes méthodes de mise en évidence des souches isolées a été fait par le Dr Catalan pour ancrer l'idée de la nécessité de pratiquer cette recherche afin d'évaluer l'ampleur du problème et définir ainsi une conduite thérapeutique adaptée. Trois méthodes simples et rapides sont disponibles pour détecter la résistance et la méthode acidométrique est à la portée de tout laboratoire. Un algorithme a défini les grandes lignes, ou étapes, du diagnostic de la gonococcie. L'exposé s'est terminé par la présentation de quelques données parisiennes (Institut Alfred Fournier). La stabilité et/ou les fluctuations des taux obtenus pour les souches résistantes ont motivé quelques questions au sujet de leur compréhension.

Enfin, le Prof. Robert a enchaîné sur la surveillance épidémiologique de ces souches en insistant sur les problèmes de multi-résistance qui s'observent dans tous les domaines, y compris les antiseptiques.

A l'avenir, il faut compter sur une tolérance progressive des souches gonococciques car des traitements incomplets continuent à poser des problèmes. Les implications pratiques de cette situation sont :

- une sélectivité dans l'application du "traitement minute" (seulement indiqué dans le traitement des gonococcies nouvelles au niveau des organes génitaux);
- le choix du schéma thérapeutique selon les sites de l'infection;
- un traitement complet;
- un emploi judicieux des collyres désinfectants (nouveau-nés);
- une surveillance épidémiologique de l'infection, de sa localisation et de sa tolérance aux antibiotiques.

La discussion sur la résistance aux antibiotiques a permis un échange de vues entre participants des trois pays maghrébins des schémas de traitement en vigueur. En réalité, au niveau de la santé publique, c'est la pénicilline qui est préconisée (Algérie, Maroc), de là la nécessité d'établir le diagnostic du germe impliqué.

Les grandes étapes du diagnostic du gonocoque sont d'insister sur la valeur du simple Gram comme moyen de diagnostic dans le cas d'urétrite masculine aiguë à gonocoque. La nécessité d'identifier le gonocoque dans le cas de localisation extra-génitales du germe a été soulignée, surtout

dans le cas de vaginite à gonocoque de la petite fille, à cause des conséquences socio-morales qu'un tel diagnostic peut entraîner, alors que l'auto-inoculation par du méningocoque n'est pas rare.

Parmi les questions à propos des complications de la gonococcie, le problème du comportement du malade fut posé (par exemple peur de consulter en cas d'écoulement) ainsi que la banalisation de la gonorrhée par le public et le corps médical. Là-dessus s'est greffée une discussion vive d'où est ressortie la nécessité d'informer au niveau de la population, et le rôle important à cet effet des généralités car au Maroc par exemple, il est estimé qu'un tiers des malades font l'auto-traitement, un tiers se traiteraient à la pharmacie et un tiers consulteraient le médecin après trois ou quatre tentatives de traitement.

Une sensibilisation du public et des malades est indiquée surtout au niveau rural où des tabous persistent en matière des MST. Celui qui prend en charge le malade avec un écoulement doit l'inciter à contacter son/sa partenaire sexuel/le.

Le type de comportement sexuel du malade et sa conduite au niveau du traitement et du dépistage est lié à sa mentalité et sa personne. Les pays du Maghreb devraient attaquer les MST comme dans les autres pays, à savoir, par une programmation structurelle de la lutte contre les MST comme c'est le cas pour la tuberculose.

#### 4.8 Les aspects éducatifs de la lutte contre les MST

La lutte contre les MST nécessite une éducation sanitaire du public, des malades et de leur partenaires sexuels et quelques aspects éducatifs ont été évoqués par le Dr L. Van Parijs qui a proposé dans son introduction au sujet, un schéma de réflexion et d'action partant de trois niveaux de lutte : la prévention primaire et secondaire et la stratégie de traitement des MST.

Au niveau de la prévention primaire, il convient aux responsables sanitaires des pays de s'interroger sur les informations et les conséquences du public et la présence éventuelle d'une discrimination sociale vis-à-vis des sujets atteints d'une MST. Ces informations sont à récolter au niveau des pays du Maghreb et même par régions, à l'intérieur de chaque pays. Elles seront à la base des décisions sur une stratégie d'intervention comprenant, par exemple, une sensibilisation du public, par le médecin et le personnel de santé, aux signes précoces des MST et une éducation sexuelle des jeunes. Des critères d'action ont été proposés concernant la dissémination des informations par les médias, le combat de fausses croyances et l'éducation sexuelle des jeunes.

La promotion d'un dépistage (passif) précoce des sujets atteints par l'éducation sanitaire comprend une enquête sur l'utilisation des différents services et sur l'auto-traitement par les malades ainsi que sur les causes du délai, y compris les attitudes et le comportement du personnel de santé chargé de la lutte contre les MST et la réputation des services MST.

Ensuite, le problème du dépistage précoce est à étudier dans le cadre de l'intégration plus ou moins avancée de la consultation MST dans les services de santé de base.

Parmi les problèmes éducatifs qui se posent au niveau de la stratégie des traitements (l'assiduité des malades et leur concours au dépistage des contacts sexuels), l'importance de la communication entre le personnel de

santé et les malades fut évoquée et un profil de gestes essentiels du médecin ou de l'infirmière au cours de l'entretien avec le malade fut proposé afin de gagner sa participation au traitement.

#### 4.9 Le SIDA : épidémiologie, aspects microbiologiques et de diagnostic, prévention

Partant de l'histoire du SIDA (ou Syndrome d'immuno-déficience acquis) ayant fait son apparition aux Etats Unis, le Dr Catalan a exposé la méthodologie scientifique qui, à partir d'un phénomène nouveau, a mené les différentes équipes médicales et scientifiques à découvrir l'agent étiologique.

Le Dr Catalan a discuté des manifestations cliniques classiques au cours de la maladie : infections opportunistes et sarcome de Kaposi et, après un "flash" sur la détection de la maladie, a insisté sur la réalité d'existence d'au moins trois sortes de tumeurs Kaposi (classique, africaine et associée au SIDA).

La notion de groupes à risques dont le pourcentage a été d'abord de 80% pour les homosexuels hommes, a été exposée. La prévalence du syndrome a évolué dans le temps et la variété des groupes exposés à l'heure actuelle estompent un peu la notion de maladie associée à l'homosexualité qui est ainsi déculpabilisée. Il est probable que la diminution des cas dans ce groupe soit une conséquence multifactorielle (changement de comportements, évolution propre de l'épidémie, etc.). L'agent causal et les différentes étapes qui ont mené à sa découverte ont été évoqués ensuite et sa meilleure connaissance a introduit la méthodologie du diagnostic du contact avec le virus et la nécessité de contrôler un test positif, observé au cours d'un dépistage par une technique ELISA seule. En ce qui concerne la méthode d'approche, l'état de l'infection dans la population des donneurs de sang doit dicter, la nécessité de mise en place d'un dépistage ou non, suivie d'un sondage éventuel dans une population à risque.

Le Prof. Robert a enchaîné ensuite sur la répartition mondiale de l'infection virale, et sa distribution au sein des différentes populations en indiquant que nos connaissances sur l'épidémiologie du SIDA sont encore fragmentaires et clairsemées. Depuis l'observation du syndrome en Occident depuis juin 1981 et la découverte de l'agent viral responsable au début 1983, environ 15 000 cas ont été rapportés dans le monde dont 13 000 aux Etats-Unis, 300 au Canada et 1700 ailleurs dans le monde, notamment dans 19 pays européens. Certaines études à posteriori sur des sérums congelés d'origine africaine, indiquent que le virus y était présent depuis plus d'une décennie, qu'il est apparu en occident en 1979 et qu'il est vraisemblablement encore absent d'Asie. Là où il est présent, sa distribution demeure très inégale notamment d'une ville à l'autre, pour des raisons (ou co-facteurs) qui nous échappent.

Ainsi en Afrique, la maladie atteint indifféremment hommes, femmes et enfants. Aux Etats-Unis, en Europe (sauf en Belgique) et au Canada (sauf au Québec) les hommes homosexuels actifs sont particulièrement touchés. Il est connu en Belgique, la majorité des cas sont retrouvés dans la sous-population migrante Zaïroise, alors qu'au Québec, près de la moitié des cas se dénombrent chez les migrants haïtiens après 1979, dont une vingtaine d'enfants. Le mode de pénétration et d'installation du virus dans une population qui en était vierge peut donc varier notablement et, plutôt alors de parler de "groupes à risques", il vaut mieux utiliser la notion de facteurs (et co-facteurs) de risque.

Il importe aussi de bien distinguer l'infection par le retrovirus, le syndrome lymphadénopathique généralisé (SLG) et le SIDA dont la proportion relative est de 80%, 10% et 10%. Cette notion est capitale puisque les épreuves présomptives ont systématiquement donné lieu à de la désinformation.

Sur le plan de la protection de la santé publique, nous sommes obligés de constater notre inhabileté à réagir rapidement et correctement devant l'arrivée d'un virus "nouveau" certes, mais selon un mode épidémiologique connu et malheureusement oublié.

Il n'est pas évident que nous puissions récupérer la désinformation, pour la neutraliser et pour réinformer adéquatement la population générale, dont les professionnels de la santé font partie. La qualité de l'information correcte devraient en régler la quantité.

Actuellement, outre l'information, les mesures techniques à notre disposition sont notamment :

- le filtre sérologique appliqué aux unités de sang recueillies par les centres de transfusion;
- le traitement par la chaleur ou l'alcool des dérivés sanguins (Facteurs VIII et IX, immunoglobulines);
- la promotion de l'utilisation du préservatif en situation de risque (avec lubrifiant spermicide et/ou désinfectant), particulièrement en rapport génito-anal (milieu homosexuel masculin actif et milieu prostitué hétérosexuel et homosexuel).

Les participants ont été vivement intéressés par le sujet du SIDA et il se placent en situation d'attente ne sachant pas quand ni comment s'installera le rétrovirus du SIDA dans les pays du Maghreb.

#### 5. Discussion d'un plan de prévention et d'organisation de la lutte contre les MST et recommandations

Suite aux trois journées d'études maghrébines sur les problèmes des maladies sexuellement transmissibles et leur prise en charge, et tenant compte des objectifs de la réunion, les participants ont débattu les éléments d'un plan de prévention et d'organisation de la lutte contre les MST.

Ils ont souligné qu'un problème MST existe dans leur pays et qu'il s'agit d'un problème de santé comme d'autres problèmes de santé dans les pays du Maghreb. Il importe d'abord de mieux connaître la prévalence des différentes pathologies, d'identifier les populations à risque. Un centre de référence capable d'identifier les germes en circulation pourrait devenir l'organe de réflexion sur l'épidémiologie des MST et inviter la structuration d'une programmation concernant ces maladies intégrée dans les services de base.

Les différents avis au sujet de la lutte contre les MST ont mené les participants à proposer les recommandations ci-après :

- les MST dans les pays du Maghreb posent un problème de santé, parmi d'autres problèmes de santé dont il faut prendre conscience;
- il est nécessaire de structurer un programme de lutte dans chaque pays pour maîtriser ces maladies;

- pour ceci, il s'avère nécessaire de mieux connaître la prévalence des MST par des enquêtes nationales voire régionales ce qui aboutirait à une meilleure identification des groupes à risque;
- avec ces informations, il convient de mettre sur pied un programme de lutte contre les MST qui peut s'articuler sur trois composantes :
  1. la formation du personnel de santé à tous les niveaux;
  2. responsabiliser chaque niveau et chaque agent de santé et hiérarchiser les actions qui peuvent être réalisées à chaque niveau;
  3. une information générale du public sur les MST.
- ce plan d'action nécessite une structure de programmation qui doit être nationale pour qu'il y ait une place accordée aux MST dans la programmation sanitaire et pour qu'on fasse appel à des personnes ressources (et toutes personnes qui sont en mesure de contribuer à la lutte contre les MST) qui peuvent au mieux cerner le problème;
- ceci implique la création d'un centre de référence pour l'identification bactériologique des MST avec et selon les besoins, l'organisation des centres satellites;
- ce programme nécessitera une modélisation des actions à entreprendre afin que ces actions servent de guide pour la prise en charge des MST par les agents de santé à chaque niveau;
- le programme de lutte doit avoir une structure de suivi et d'évaluation permettant de prendre en compte des informations dans le programme de lutte et d'exercer la vigilance aux nouvelles formes de MST qui peuvent surgir.

#### 6. Clôture des journées d'études

Au cours de la clôture de la réunion, les participants ont exprimé le souhait de se retrouver dans le cadre des réunions périodiques afin d'évaluer le suivi de ces journées d'études et d'échanger leurs expériences dans la mise sur pied d'une programmation de lutte contre les MST.

Des représentants de l'Algérie, de la Tunisie et du Maroc ont vivement remercié les organisateurs des journées d'études pour le déroulement impeccable de la réunion et les services du secrétariat. Ils ont remercié le Directeur du Centre National de Formation en Reproduction Humaine et son équipe pour la qualité de l'accueil qui a été réservé à tous.

Enfin, le Prof. Alaoui, organisateur national des journées d'études à Rabat, a remercié très chaleureusement l'OMS, en la personne de Mlle Haddad, pour son appui à la mise sur pied de cette réunion et pour son rôle dans l'invitation des participants des trois pays du Maghreb appartenant à trois Bureaux régionaux différents de l'OMS, à savoir, le Bureau pour l'Europe (Maroc), pour la Méditerranée (Tunisie) et pour l'Afrique (Algérie). Il a également remercié les enseignants nationaux et internationaux qui ont beaucoup contribué à la réunion par la qualité des informations apportées ainsi que par leur engagement personnel.



Annex 1

PORTEE ET OBJECTIFS

Les maladies sexuellement transmissibles (MST) constituent un problème de santé publique considérable en raison des conséquences sanitaires et socio-économiques qu'elles entraînent.

L'incidence de la plupart des MST a augmenté considérablement au cours de la dernière décennie. En outre, le spectre des MST s'est élargi et comprend non seulement les maladies vénériennes classiques mais également un nombre d'affections bactériennes et virales comme les chlamydias et le SIDA dont l'importance a été récemment reconnue. Les infections MST sont une cause très commune et évitable des stérilités aussi bien chez l'homme que chez la femme. Dans certains pays il arrive que les programmes de planification familiale soient la seule source de soins médicaux pour de nombreuses jeunes femmes sexuellement actives. De plus, les centres de planification familiale sont souvent les seuls établissements qui effectuent l'examen de l'appareil génital chez la femme ainsi que l'homme.

En vue de ceci, le Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la Santé conjointement avec le Centre collaborateur de l'OMS pour l'enseignement et la recherche en matière de reproduction humaine, santé maternelle et infantile, et planification familiale, Rabat, Maroc, ont convoqués soit des obstétriciens-gynécologues, soit des spécialistes en dermatologie, soit des médecins responsables des services de santé maternelle et infantile ou de planification familiale aussi bien dans un milieu hospitalier que dans le cadre des soins de santé primaires, de trois pays (Algérie, Maroc et Tunisie), pour des journées d'études portant sur:

- une mise à jour des aspects épidémiologiques des maladies sexuellement transmises;
- l'établissement de diagnostics des maladies sexuellement transmises;
- une mise au point des procédures de prise en charge dans le contexte des services de planification familiale (thérapeutique, surveillance);
- l'actualisation et renforcement des aspects préventifs pour leur introduction dans les services de planification familiale.

Au cours de la réunion, qui a lieu grâce au support financier du Fonds des Nations Unies pour les Activités en matière de Population, les divers sujets seront introduits par des enseignants marocains et internationaux et ils seront débattus par les participants en vue d'élaborer un plan de prévention et d'organisation de la lutte contre les MST.



Annex 2

PROGRAMME

Lundi 28 octobre 1985

- |             |   |
|-------------|---|
| 09H30       | Accueil et ouverture officielle des journées  |
| 10H00       | 1. Importance des maladies sexuellement transmissibles et leur relation avec la santé de la reproduction (Prof. T. Alaoui)                      |
| 10H30       | Discussions   |
| 10H45       | Pause café  |
| 11H15       | 2. Maladies sexuellement transmissibles : changements de fréquence et de type, épidémiologie, aspects cliniques, conséquences (Prof. J. Robert) |
| 12H00       | Discussions   |
| 12H30       | Déjeuner  |
| 14H30       | 3. Syphilis: situation actuelle (Prof. B. Lazrak et Prof. A. Sekkat)  |
| 15H00       | Discussions   |
| 15H15       | 4. Gonorrhée: situation actuelle (Prof. B. Lazrak et Prof. A. Sekkat)   |
| 15H45       | Discussions   |
| 16H00       | Pause café  |
| 16H30       | 5. Autres maladies vénériennes "traditionnelles": situation actuelle (Prof. B. Lazrak et Prof. A. Sekkat)                                       |
| 17H00       | 6. Infections spécifiques diverses sexuellement transmises (Prof. B. Lazrak et Prof. A. Sekkat)   |
| 17H30-18H00 | Discussion générale   |

Mardi 29 octobre 1985

- 09H00            7. Chlamydia : revue complète de la situation actuelle  
                  - aspects épidémiologiques et stratégie de prévention  
                  (Prof. J. Robert)  
                  - aspects microbiologiques et de diagnostic  
                  (Dr F. Catalan)
- 10H10            Discussions
- 10H30            Pause café
- 11H00            8. Chlamydia (suite) : infections oculaires et  
                  respiratoires et contribution à NGU, NSEI, etc.
- 11H40            Discussions
- 12H30            Déjeuner
- 14H30            9. Infections virales : Herpes simplex  
                  - aspects épidémiologiques et stratégie de  
                  prévention  
                  (Prof. J. Robert)  
                  - aspects microbiologiques et de diagnostic  
                  (Dr F. Catalan)
- 15H00            Discussions
- 15H30            Pause café
- 16H00            10. Infections virales (suite) : Hépatites
- 16h20            11. Infections virales (suite) : Divers : papilloma  
                  virus, cytomegalovirus, mononucleose Epstein-Barr  
                  virus, molluscum
- 17H00-17H30     Discussion générale

Mercredi 30 octobre 1985

- 09H00            12. Problèmes spéciaux : gonorrhée ne répondant pas aux  
                  médicaments, microbiologie, traitement, infections  
                  urinaires non spécifiques et infections génitales  
                  - aspects épidémiologiques et stratégie de  
                  prévention  
                  (Prof. J. Robert) -  
                  - aspects microbiologiques et de diagnostic  
                  (Dr F. Catalan)
- 10H15            Pause café

Mercredi 30 octobre 1985 (suite)

- |       |  |
|-------|--|
| 10H45 | 13. Problèmes spéciaux: SIDA   |
|       | - aspects épidémiologiques et stratégie de<br>prévention<br>(Prof. J. Robert)  |
|       | - aspects microbiologiques et de diagnostic<br>(Dr F. Catalan)   |
| 12H00 | Discussions  |
| 12H30 | Déjeuner   |
| 14H30 | 14. Importance des maladies sexuellement transmissibles<br>parmi les adolescents<br>(Dr F. Catalan)  |
| 15H00 | 15. Discussion d'un plan saillant en vue de<br>l'élaboration d'un plan de prévention et<br>d'organisation de la lutte contre les maladies<br>(Prof. J. Robert / Prof. T. Alaoui /<br>Dr L. Van Parijs) |
| 16H00 | Pause café   |
| 16H15 | Discussion d'un plan saillant en vue de<br>l'élaboration d'un plan de prévention (suite)   |
| 17H00 | Séance de clôture  |



Annex 3

LISTE DES DOCUMENTS DE REFERENCE

Willcox, R.R. Le traitement des maladies transmises par voie sexuelle.  
Copenhague, OMS, Bureau Regional de l'Europe, 1982 (Rapports et Etudes EURO,  
nr. 12).

Aspects sociaux et sanitaires des maladies transmises par voie sexuelle.  
Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1976 (Cahier de Santé publique,  
nr. 65).

Serie de Rapports techniques, nr.660, 1981 (Urétrites non gonococciques et  
autres maladies à transmission sexuelle choisies pour leur importance  
sanitaire : Rapport d'un groupe scientifique de l'OMS).

Les traitements actuellement utilisés dans la lutte contre les maladies  
sexuellement transmissibles : rapport d'un groupe consultatif de l'OMS,  
Genève, 16-19 novembre 1982, WHO/VDT/83.433.

Luger, A., Diagnostic de la syphilis, Bulletin de l'Organisation mondiale de  
la Santé, 60(1) : 17-24 (1982).

Willcox, R.R., Traitement de la syphilis, Bulletin de l'Organisation mondiale  
de la Santé, 60(1) : 25-34 (1982).

Syndrome d'immunodéficit acquis - le point de la situation dans le monde :  
Mémoire d'une réunion de l'OMS, Bulletin de l'Organisation mondiale de la  
Santé, 62(4) : 547-562 (1984).

Piot, P. & Meheus, A., Epidémiologie des maladies sexuellement transmissibles  
dans les pays en développement. Ann. Soc. belge Méd. trop., 63 : 87-110  
(1983).

Meheus, A. & Piot P., Lutte contre les maladies sexuellement transmissibles  
dans les pays en développement. Ann. Soc. belge Méd. trop., 63 : 281-311  
(1983).

Eschenbach, D.A., La salpingite. Bulletin médical de l'IPPF, 19(3) : 1-3  
(1985).

La stérilité et les maladies sexuellement transmissibles: un problème de santé  
publique. Population Report, Série L, 4 : L1-L44.



Annex 4

LISTE DES DOCUMENTS ET PUBLICATIONS DISTRIBUES AU COURS DE LA REUNION

OMS : allocution prononcée par Mlle Wadad Haddad.

OMS : lettre (15/10/85) sur le SIDA adressée aux homologues du service des maladies transmissibles du Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la Santé.

The council of Europe recommends measures concerning screening for AIDS in blood donors. Conseil de l'Europe, Direction de la Presse et de l'Information, Public Health I (85) 77.

Recommendation No R(85)12 of the Committee of Ministers to Member States on the screening of blood donors for the presence of AIDS markers.

Syndrome d'immunodéficit acquis, Relevé épidémiologique hebdomadaire, Organisation mondiale de la Santé, Genève (60) : 289-296 (1985).

Arrouji, Z. et coll. Recherche systématique de l'herpès génital latente chez les consultantess primipares. Hôpital Charles Nicolle, Faculté de Médecine et Centre Wassila Bourgiba, Tunis (document non publié).

Catalan, F. Role du laboratoire dans les infections à Chlamydia, Sud-Ouest Médical 7 (8) (1982).

Catalan, F. et coll. Les lésions virales du col utérin. Gynécologie 34 (3) : 187-194 (1983).

Catalan, F. et coll. Nouvelles méthodes de diagnostic des infections à Chlamydia. Revue française gynécol./obstétr. 79 (19) : 617-622 (1984).

Catalan, F. et Leventis, S. Parcours rapide sur les maladies sexuelles transmissibles (MST). Feuillets de Biologie 25 (141) : 49-58 (1984).

Catalan, F. Place de Chlamydia trachomatis dans l'étiologie des salpingites aiguës, La Presse Médicale 12 (45) (1983).

Catalan, F. et coll. La technologie nouvelle au service des maladies sexuelles transmissibles. Les infections à Chlamydia Trachomatis. Spectra supplément 11 (87) (1983).

Catalan, F. et coll. Infections à Chlamydiae et mycoplasmes et cystites inexplicées. Contraception - fertilité - sexualité, Supplément 13 (1) : 305-311 (1985).

Catalan, F. et coll. Les lésions virales du col utérin. Gynécologie 34 (3) : 187-194 (1983).

Khrouf, M et coll. Recherche systématique de l'Herpès génital latent chez les consultantess primipares (document non publié).

Robert, J. La Santé Vénérienne. CONTAC-T-NOUS, 1682 rue Saint-Denis, Montréal, Québec, 1980 (32 pages).

Sekkat, A. et coll. Le chancre mou et son traitement. Maroc Medical 4 (3) : 237-247 (1984).

Sekkat, A. et coll. L'évolution sérologique cardiolipidique de la syphilis précoce traitée par une injection unique de benzathène-penicilline. Maroc Medical 4 (1) : 39-48 (1982).

Sekkat, A. et coll. Etude comparative "du traitement minute" de la Gonococcie par bipenicilline et prototapen. Médecine et armées 10 (8) (1982).

Van Parijs, L. Les aspects éducatifs dans la lutte contre les MST. Copenhague, OMS, Bureau régional de l'Europe, 1985, (document non publié).

Annex 5

EVALUATION DES JOURNEES D'ETUDES

Un questionnaire d'évaluation a été rempli par 17 participants à la fin de la réunion.

Deux tiers des participants trouvent que les journées d'études ont bien répondu au premier objectif concernant la mise à jour de l'épidémiologie des MST. L'établissement de diagnostics et les procédures de prise en charge n'ont été traités que partiellement. La majorité des participants trouvent que le dernier objectif, la prévention des MST dans les services de planification familiale n'a pas été traité suffisamment.

Le tableau ci-après reflète l'intérêt et l'utilité accordés par les participants aux thèmes traités au cours de la réunion.(1)

<u>Thèmes</u>	intérêt (en %)			utilité (en %)		
	<u>Bon</u>	<u>Moyen</u>	<u>Peu</u>	<u>Bon</u>	<u>Moyen</u>	<u>Peu</u>
L'importance des MST pour la santé de la reproduction	71	12	12	59	23	6
La Syphilis	47	47	6	47	41	6
La Gonorrhée	82	12	6	71	12	6
Autres maladies vénériennes traditionnelles	29	41	29	18	41	23
Les Chlamydias	94	6	-	82	12	-
Les infections virales (autres que le SIDA)	47	35	12	44	41	-
Le SIDA	65	23	6	53	23	6
La résistance des MST aux antibiotiques	59	18	6	41	29	6
Les MST parmi les adolescents	47	29	18	41	35	6
La prévention et l'organisation de la lutte contre les MST	76	6	-	76	6	-

Les abstentions expliquent les totaux de moins de 100%

En ce qui concerne les thèmes à approfondir davantage, les participants suggèrent :

- la prévention et l'organisation de la lutte contre les MST (dans le cadre des structures sanitaires existantes) (9 fois);
- le SIDA (5 fois);
- les MST parmi les adolescents et l'éducation sanitaire (4 fois);
- les Chlamydias (3 fois) et les infections virales autres que le SIDA (3 fois).

D'autres thèmes à traiter au cours des futures journées d'études comprennent :

- les aspects psychologiques et sociologiques de la sexualité et des MST dans le milieu maghrébin;
- la prise en charge des MST par les structures sanitaires des pays en voie de développement;
- les méthodes d'approche et de sensibilisation du personnel de santé publique toute catégorie et des médias, et la surveillance des MST.

La documentation soumise aux participants a été jugée valable par 71% et l'organisation des journées a été trouvée très bonne par 12 sur 17.

Parmi les observations/remarques, les participants souhaiteraient recevoir les documents plus à l'avance et considèrent le programme trop court en vue des objectifs visés. Ils auraient voulu voir plus les informations dans le contexte de leur région. A certains points dans la discussion les préoccupations des participants auraient pu être mieux cernées. Les participants indiquent que l'organisation des journées d'études sur les MST seraient fort souhaitable à d'autres niveaux. Les niveaux indiqués le plus souvent sont: le niveau paramédical (y compris les sages-femmes), les personnes des secteurs non médicaux impliquées et en rapport avec les âges 15 à 35 ans, et les pharmaciens.

Annex 6

LISTE DES PARTICIPANTS

ALGERIE

- Dr A. Chakou  
Directeur, Direction de la Prévention, Ministère de la Santé publique,  
Alger
- Dr Fatima Mabrouki  
Service de Dermatologie, Secteur sanitaire et universitaire de  
Sidi M. Hamed, Alger
- Dr Malika Abdelhat  
Service de Gynécologie/Obstétrique, Secteur sanitaire et universitaire de  
Sidi M. Hamed, Alger

MAROC

- Dr M. Akhmisse  
Médecin Chef, Préfecture médicale de Casablanca ANFA, Casablanca
- Dr M. Belrhiti  
Médecin Chef, Préfecture médicale de Rabat, Rabat
- Dr M.A. El Hitmi  
Médecin Chef de la Province de Fès, Fès
- Dr M. Essolbi  
Médecin Chef de la Province d'Agadir, Agadir
- Dr El Idrissi  
Médecin Chef de la Province de Khemisset, Khemisset
- Dr M. Izzedine  
Médecin chef de la Province de Kenitra, Kenitra
- Dr F. Jouahri  
Centre National de Formation en Reproduction Humaine, Rabat
- Dr A. Moussaoui  
Centre National de Formation en Reproduction Humaine, Rabat
- Dr K. Sebti  
Centre National de Formation en Reproduction Humaine, Rabat
- Dr Haddou Senane-El-Fehri  
Centre National de Formation en Reproduction Humaine, Rabat

TUNISIE

Prof. R. Gharbi

Service de Dermatologie, Hôpital Charles Nicole, Tunis

Dr L. Jemni

Maladies infectueuses, Service de Médecine interne, Hôpital universitaire Farhat Hached, Sousse

Prof. M. Kharouf

Maternité Wassila Bourguiba de Gynécologie, d'Obstétrique et de Planning familial, Tunis

ORGANISATEUR NATIONAL

Prof. T. Alaoui

Directeur des Affaires techniques, Ministère de la Santé publique, Rabat, Maroc

CONSEILLERS TEMPORAIRES

Dr F. Catalan

Institut Alfred Fournier, Paris, France

Prof. B. Lazrak

Service de Dermatologie, Hôpital Avicenne, Rabat, Maroc

Prof. J. Robert

Chef du Département de Santé communautaire, Montréal, Canada

Prof. A. Sekkat

Hôpital militaire (Instruction) Mohammed V, Rabat, Maroc

Dr L. Van Parijs

69 Chaussée de la Grande Espinette, Rhode St Genèse, Belgique (Rapporteur)

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

Bureau régional de l'Europe

Mlle Wadad Haddad

Fonctionnaire régional pour la sexualité et la planification familiale (Secrétaire)

SUPPORT ADMINISTRATIF

M. M. Boukhrissi

Centre National de Formation, en Matière de Reproduction humaine, Service de Gynécologie/Obstétrique, Rabat, Maroc

Mme D. Dalsgaard

Secrétaire, OMS, Copenhague