

« Se concentrer sur les MST symptomatiques peut être une stratégie plus efficace que le traitement de masse »

Le point de vue de Ibra NDoye

Isabelle Célérier

(Pistes)

responsable du Programme national de lutte contre le sida (PNLS) du Sénégal

Transcriptase : " Que sait-on, 15 ans après l'apparition de l'épidémie de sida, du rôle favorisant des maladies sexuellement transmissibles (MST) dans la transmission du VIH?

Ibra Ndoye : La pandémie VIH a commencé au début des années 80. Auparavant, certains programmes de prévention des MST avaient déjà fait leurs preuves au Sénégal, au Zimbabwe et au Kenya. Quand les programmes de prévention du sida ont démarré, la première préoccupation, au sein de l'OMS, était de savoir s'il fallait mettre en place des programmes MST d'un côté, et des programmes VIH de l'autre. Nous avons opté pour un programme intégré et, six ans après, l'OMS nous a rejoint dans cette combinaison. Dès cette époque, l'OMS avait perçu le lien entre MST et VIH.

Les premières études qui ont mis en évidence la relation de cause à effet entre VIH et MST, au Kenya et en Afrique de l'Est, ont montré que les MST ulcéraires apparaissaient comme un facteur de risque de transmission du VIH. Quelques temps après, le rôle des MST avec écoulement – comme la gonococcie, les infections à *Trichomonas*, et les vaginites microbiennes – a également été démontré. D'autres études plus fines sur le plan biologique ont, en effet, validé cette relation MST/VIH surtout pour les maladies ulcéraires et celles avec écoulement.

Un rôle favorisant a ainsi été prouvé pour le chancre mou, la syphilis et l'herpès génital de type II, comme pour la

gonococcie, les urétrites à chlamydia, et les trichomonases vaginales.

Quelle est la dynamique épidémiologique des MST en Afrique? Quelles sont les plus courantes?

En Afrique, le passé est assez flou en ce qui concerne la surveillance épidémiologique des MST. Jusqu'en 1980, l'épidémiologie était surtout basée sur le diagnostic clinique. Aujourd'hui, nous avons franchi un pas de plus grâce aux progrès de la biologie moléculaire qui ont permis de rendre plus fiable le diagnostic biologique des MST (chlamydia, trichomonas, herpès génital, papillomavirus...). Cette biologie a révolutionné les données.

A l'heure actuelle, les données les plus fiables sont celles de l'OMS qui parle d'une incidence annuelle de 333 millions de cas de MST dans le monde, sur la base de 4 infections principales: la gonococcie, le trichomonas, les chlamydia et la syphilis, 65 millions de ces MST (curables) se retrouveraient en Afrique. Mais ces chiffres ne tiennent pas compte du chancre mou dont l'OMS évalue l'incidence à 7 millions de cas par an, auxquels il faut ajouter 20 millions de cas d'herpès génital et 30 millions de condilomes génitaux et anaux. En Afrique, les MST les plus courantes restent le trichomonas et les chlamydia.

On a longtemps pensé que les MST ulcéraives favorisaient plus la propagation du VIH mais il semblerait désormais que d'autres MST constituent également un facteur important de susceptibilité à l'infection. Qu'en est-il?

Il faut des études de cohortes pour évaluer le risque de séroconversion. Les études prospectives se sont intéressées, d'une part à la transmission femme-homme et d'autre part à la transmission homme-femme. En ce qui concerne la transmission femme-homme, le risque de séroconversion par rapport au chancre mou a été estimé à environ 4% tandis que les urétrites présenteraient un risque relatif de 6%. Pour la transmission homme-femme, le risque de séroconversion serait de 3,3% avec le chancre mou et de 4-5% avec les urétrites.

Une étude menée au Zaïre en 1994 a, par ailleurs, démontré un risque relatif de 1,9% pour le trichomonas, ce qui est important compte tenu de la fréquence de le trichomonas, qui est l'une des MST les plus courantes en Afrique.

L'impact du traitement des MST afin de diminuer la prévalence du VIH est-il clairement établi?

La première étude qui a vraiment permis de montrer qu'une intervention sur les MST a un impact dans la transmission du VIH est celle de Mwanza où le traitement des infections curables

a permis de réduire de 42% l'incidence du VIH. Des études plus fines (non randomisées), comme celle menée sur 104 hommes au Malawi ont également montré que le traitement des urétrites réduisait significativement la concentration moyenne d'ARN du VIH dans le sperme: d'1/4 la première semaine à 3/4 la troisième semaine. Deux exemples qui montrent bien l'intérêt d'une prise en charge thérapeutique des MST dans la prévention du VIH.

Le rôle du préservatif est-il perceptible?

L'étude menée au Zaïre sur une cohorte de prostituées utilisant ou non le préservatif a montré une baisse très significative de l'incidence des MST et du VIH chez celles qui l'utilisaient. Le rôle préventif du préservatif a donc été prouvé dès 1989-90.

Comment expliquer les différences de résultats enregistrées dans les études de Mwanza (Tanzanie) et Rakai (Ouganda)?

Avant de parler de différences, il est important d'expliquer ces deux études.

Pour celle de Mwanza, dont les résultats ont été publiés en 1994, la stratégie utilisée pourrait se résumer ainsi: accès continu et facilité aux traitements améliorés avec une approche diagnostique très simple, formation au diagnostic et aux traitements qui pouvaient être distribués par les infirmières de premier niveau, et enfin fourniture des médicaments pour promouvoir la recherche de soins et comparer les résultats sur des communautés ciblées (groupes témoins et traités).

Les résultats ont montré que l'incidence du VIH chutait de 42% avec, parallèlement, une réduction significative de la prévalence des autres MST.

Quant à l'étude de Rakai, dont les résultats ont été publiés en 1998, elle consistait en un traitement de masse des MST curables dans des communautés ciblées (5 groupes de 4 à 7 villages), avec un intervalle de 10 mois entre chaque phase de traitement. Donc sans intervention entre les deux périodes de traitement, si ce n'est l'éducation à la prévention et le counselling.

Cette étude a montré qu'après 3 périodes de traitement de masse de 20 mois avec 2 intervalles de suivi, l'incidence du VIH restait comparable dans tous les groupes. Lors de la troisième phase de traitement, on a cependant constaté une réduction significative de la prévalence de la syphilis et de le trichomonas, et une réduction limitée de celle de la vaginite bactérienne. La question qu'on se pose aujourd'hui, c'est donc de savoir pourquoi a-t-on observé une réduction significative à Mwanza et pas à Rakai. J'y vois plusieurs raisons:

- l'accès continu au traitement amélioré est plus efficace que le traitement de masse intermittent;
- se concentrer sur les MST symptomatiques peut être une stratégie plus efficace que le traitement de masse;
- le traitement des MST peut jouer un rôle plus important dans la prévention de la transmission du VIH dans les phases précoces que dans les phases tardives de l'épidémie de sida. Mwanza était, en effet, dans une phase plus précoce avec une prévalence VIH de 4%, à la différence de Rakai, où l'épidémie était déjà plus avancée avec une prévalence de 16%.
- enfin, l'incidence, la prévalence et l'étiologie des MST au niveau d'une région donnée sont des déterminants critiques de l'impact de toute intervention sur la transmission du VIH. Autrement dit, pour conclure, les résultats de ces deux études ne sont pas différents mais complémentaires.

**Quelle éducation les jeunes reçoivent-ils sur les MST?
Quelles sont les connaissances des adolescents en la matière
et y-a-t-il des différences entre filles et garçons?**

En Afrique, l'éducation que les jeunes reçoivent - je parle pour le Sénégal- essaye d'intégrer, de façon globale, l'information sur les MST et le VIH dans les cours d'éducation à la vie familiale. Les MST et le VIH sont partie effective des programmes des lycées et collèges depuis 3 ans. Parler des MST, c'est parler des infections sexuellement transmissibles, y compris des asymptomatiques. Malheureusement, les adolescents ne sont globalement pas très informés des dangers du VIH et des MST.

Dans des pays très touchés par l'épidémie, les 15-19 ans, surtout les jeunes filles, sont très atteints et des efforts doivent encore être faits, en particulier auprès d'elles. Les derniers chiffres d'Onusida montrent, en effet, que les jeunes filles de 15-24 ans sont 5 à 6 fois plus atteintes que les garçons.

Au Sénégal, beaucoup de programmes d'information des adolescents et des jeunes sont, par ailleurs, menés par des pairs (les jeunes parlent aux jeunes), des associations de jeunes filles ou pendant des conférences organisées lors de périodes de vacances. Ce sont des initiatives nationales, départementales ou régionales. Mais il nous faut maintenant essayer de systématiser plus fortement ces actions. Cela fait partie de nos priorités, aux côtés de la lutte contre la vulnérabilité des femmes.

Comment les MST sont-elles perçues en Afrique? Le VIH est-il perçu comme une MST?

Jusqu'à peu, les MST relevaient du tabou. Mais le Sénégal est un des rares pays où le sida fut, dès le départ, considéré comme

une maladie et pas dénié comme dans beaucoup d'autres pays africains. On sait que le déni des gouvernements à été un des facteurs importants de propagation de l'épidémie. Ceux qui n'ont pas opposé de déni ont mieux réagi que les autres. C'est une des données en faveur des bons résultats enregistrés par mon pays qui sont aujourd'hui palpables: le tabou disparaît mais pour laisser place à la peur et à la stigmatisation, ce qui rend encore difficile la déclaration des cas de sida. C'est une étape qu'il nous faut traverser. En Afrique, nous employons des chemins plus détournés qu'en Occident pour atteindre nos cibles.

Le VIH est désormais perçu comme une MST mais, dans beaucoup de pays d'Afrique, c'est une MST essentiellement transmise par les hétérosexuels. La transmission homosexuelle est encore taboue, ce n'est pas le problème n°1 en Afrique.

Comment se passe le traitement des partenaires? Est-il facilement accepté?

Il rencontre, malheureusement, les mêmes contraintes qu'en Occident. C'est difficile car les gens ne veulent pas créer de problèmes dans l'intimité conjugale. Mais on essaye, on fait des efforts. Le VIH est une maladie mortelle. On essaye de promouvoir la notification des partenaires. - propos recueillis par Isabelle Célérier