

Evaluation du risque en matière de MST (dans le contexte des cliniques de planification familiale)

L'évaluation du risque en matière de maladies sexuellement transmissibles (MST) dans le contexte de la planification familiale (PF) est en étude. L'évaluation des risques en matière de MST devrait comporter divers avantages pour la santé reproductive (SR) et l'amélioration générale de la qualité des soins. Une évaluation des risques aidera probablement à déterminer le type de services de SR devant être fournis à une cliente, par exemple:

- a) quelles sont les options contraceptives qui répondent le mieux aux besoins des clients, notamment utilisation de méthode double,
- b) quel est le counseling nécessaire pour la réduction des risques,
- c) faut-il des tests et/ou traitement/référence pour les MST, et
- d) dans le cas des soins maternels et du nouveau-né, quels sont les diagnostics et/ou options de traitement nécessaires pour diminuer la morbidité et la mortalité maternelle et néonatale.

Aussi, est-on en train d'étudier des outils appropriés d'évaluation des risques en matière de MST pour une prise en charge efficace des MST et un counseling approprié en PF afin d'unifier la voie menant aux services intégrés de SR.

Utilisations de l'évaluation du risque en matière de MST dans le cadre de la santé reproductive

! Pour tous les clients de la planification familiale:

L'évaluation du risque en matière de MST peut aider le counseling concernant les options contraceptives appropriées. Par exemple, on ne recommande pas les dispositifs intra-utérins (DIU) pour les clientes qui courent un risque accru de contracter des MST. Par contre, les méthodes de barrière représentent un bon choix pour ces clientes.

! Pour les clients symptomatiques:

Pour les clients présentant des symptômes et des signes d'une MST, l'approche syndromique (à savoir, la prise en charge en fonction de symptômes et signes et non détection d'organismes spécifiques) constitue une option programmatique lorsque le diagnostic de laboratoire n'est pas possible. Lorsque des services de traitement des MST sont fournis, les clients devraient être traités avec des régimes d'antibiotiques permettant de lutter contre la gamme d'organismes qui sont la cause généralement du syndrome particulier. La prise en charge par approche syndromique des pertes urétrales chez les hommes et des ulcérations génitales chez les hommes et les femmes comporte, tel que l'indique la recherche, une valeur prédictive très positive. Dans le cas de pertes vaginales, lorsque la prise en charge par approche syndromique est problématique, l'évaluation du risque en matière de MST peut aider à prédire un traitement plus spécifique, à savoir un traitement uniquement pour la vaginite ou un traitement pour la vaginite et la cervicite.

! Pour les clients asymptomatiques:

L'évaluation du risque en matière de MST pourrait aider à identifier les clients qui courent le plus de risque d'être infectés et qui, partant, devraient subir un examen clinique

complémentaire ou un examen de laboratoire ou qui devraient être traités pour infections de présomption. Mais les études ont montré que les résultats de l'évaluation des risques en matière de MST chez les femmes asymptomatiques n'ont pas une bonne corrélation avec la présence effective d'infection. Pourtant, dans certains contextes, cela peut quand même s'avérer être une approche utile pour déterminer qui doit subir un bilan supplémentaire.

Facteurs de risque à évaluer

Plusieurs enquêtes récentes¹⁻³ ont montré que certains facteurs démographiques, comportementaux et cliniques (par exemple, pertes vaginales ou douleur au bas ventre autosignalées) étaient corrélés avec la présence de diverses MST dans les groupes de l'étude. Ces facteurs étaient (ou devraient être) utilisés pour évaluer la probabilité selon laquelle les personnes consultant les services de SR sont actuellement infectées ou à risque élevé d'infection future par les MST.

Aider les clients à recevoir une évaluation exacte des risques en matière de MST:

Les études susmentionnées montrent également que les facteurs de risque varient d'un endroit à l'autre. Aussi, une caractéristique qui indique un risque accru en matière de MST dans un pays/groupe de population n'est pas nécessairement indicative d'un risque élevé dans un pays/groupe différent. S'ils veulent accroître l'utilité et la valeur prédictive de l'évaluation des risques en matière de MST, les programmes devraient essayer d'établir le type de caractéristiques démographiques, de facteurs de risque comportementaux et de symptômes/signes cliniques liés aux diverses MST constatées dans leur contexte local. Lorsque ce n'est pas possible, on peut créer un outil d'évaluation des risques en fonction de certaines des caractéristiques dont on sait qu'elles sont des facteurs de risque pour l'infection par les MST dans d'autres milieux. L'utilité de l'évaluation des risques en matière de MST sans validation clinique doit être jugée dans le contexte des services disponibles et la gravité du problème des MST.

Vu la nature délicate de la sexualité et des MST dans un grand nombre de cultures, les clients hésiteront peut-être à répondre d'une manière sincère aux questions posées lors de l'évaluation du risque en matière de MST. Aussi, le prestataire devrait-il poser ces questions sans porter de jugement et garantir à la cliente que la discussion est strictement confidentielle.

Les méthodes d'autoévaluation selon lesquelles la cliente détermine son propre niveau de risque en fonction de la formation donnée par le prestataire mais qui n'indiquent pas quels sont les facteurs de risque spécifiques peuvent être utiles dans certains contextes. Une recherche est en cours sur l'utilité de l'autoévaluation du risque en matière de MST.

Citations:

1. Behets FM, Liomba G, Lule G, Dallabetta G, Hoffman IF, Hamilton HA, et al. Sexually transmitted diseases and human immunodeficiency virus control in Malawi: a field study of genital ulcer disease. *Journal of Infectious Diseases* 1995;171(2):451-5.
2. Vuylsteke B, Laga M, Alary M, Gerniers MM, Lebughe J, Nzila N, et al. Clinical algorithms for the screening of women for gonococcal and chlamydial infection: evaluation of pregnant women and prostitutes in Zaire. *Clinical Infectious Diseases* 1993;17(1):82-8.
3. Behets FM, Williams Y, Brathwaite A, Hylton-Kong T, Hoffman I, Dallabetta G, et al. Management of vaginal discharge in women treated at a Jamaican sexually transmitted disease clinic: use of diagnostic algorithms versus laboratory testing. *Clinical Infectious Diseases* 1995;21(6):1450-5.

Nous présentons ci-après une liste des facteurs de risque associés au risque accru de contracter des MST. Ces facteurs de risque ne sont pas applicables universellement. Il est utile d'élaborer une évaluation locale des risques en matière de MST basée sur le contexte local.

Quelles sont les caractéristiques démographiques, comportementales et cliniques liées au risque accru de contracter des MST?

Facteurs de risque*

Raisons fondamentales

* (L'élaboration d'un protocole local d'évaluation des risques en fonction de la situation locale est utile)

1. Démographiques

a) Age.

(par exemple, <20 ans versus ³20 ans)

a) Des enquêtes récentes faites dans plusieurs pays indiquent que la prévalence des MST est plus élevée chez les femmes de moins de 20 ans. En général, les adolescents et les adolescentes courent un risque accru de contracter les MST. Les facteurs tant biologiques (par exemple, immaturité du tractus génital féminin) que comportementaux (par exemple, nombre accru de partenaires, faible connaissance du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) et d'autres MST, et utilisation limitée de la protection contre les MST) semblent contribuer à ce risque. *L'âge "seuil" n'est nécessairement 20 ans dans toutes les sociétés.* C'est à partir de l'information locale/régionale qu'il faudrait déterminer l'âge véritable à utiliser lors de l'évaluation des risques en matière de MST.

- 1) Brabin L, Kemp J, Obunge OK, Ikimalo J, Dollimore N, Odu NN, et al. Reproductive tract infections and abortion among adolescent girls in rural Nigeria. *Lancet* 1995;345:300-4.
- 2) Duncan ME, Tibaux G, Pelzer A, Reimann K, Peutherer JF, Simmonds P, et al. First coitus before menarche and the risk of sexually transmitted disease. *Lancet* 1990;335:338-40.
- 3) Duncan ME, Tibaux G, Pelzer A, Mehari L, Peutherer J, Young H, et al. Teenage obstetric and gynecological problems in an African city. *Central Africa Journal of Medicine* 1994;40:234-44.
- 4) Lema VM, Hassan MA. Knowledge of sexually transmitted diseases, HIV infection and AIDS among sexually active adolescents in Nairobi, Kenya and its relationship to their sexual behaviour and contraception. *East African Medical Journal* 1994;71:122-8.

Facteurs de risque*	Raisons fondamentales
<p>b) Statut marital du partenaire</p> <p>Célibataire ou marié/vivant avec un partenaire régulier</p>	<p>b) Dans certaines cultures, la situation matrimoniale/le concubinage est un bon indicateur d'une relation monogame. Aux Etats-Unis, les femmes utilisant un DIU qui sont mariées ou qui vivent avec un partenaire ne connaissent pas de risque accru de contracter une maladie inflammatoire pelvienne (MIP) comparativement à celles de la même situation qui n'utilisant aucune méthode contraceptive. La MIP est l'une de plusieurs conséquences possibles des MST sur la santé.</p> <p>Mais la situation matrimoniale ou le concubinage n'offre pas forcément de protection contre les MST, surtout si la femme est incapable de contrôler le comportement de son mari ou de son partenaire. <i>Il faut tenir compte des pratiques et croyances locales lorsqu'on détermine l'importance probable de ce facteur par rapport au risque en matière de MST.</i> Les femmes célibataires ou les femmes qui ne vivent pas avec un partenaire régulier courent un risque accru suite aux caractéristiques comportementales possibles, telles que les multiples partenaires ou les partenaires qui ont de multiples partenaires.</p> <ol style="list-style-type: none">1) Lee N, Rubin G, Borucki R. The intrauterine device and pelvic inflammatory disease revisited: new results from the Women's Health Study. <i>Obstetrics and Gynecology</i> 1988;72(1):1-6.2) Braddick MR, Ndinya-Achola J, Mirza N, Plummer FA, Irungu G, Sinei SK, et al. Towards developing a diagnostic algorithm for <i>Chlamydia trachomatis</i> and <i>Neisseria gonorrhoeae</i> cervicitis in pregnancy. <i>Genitourinary Medicine</i> 1990;66(2):62-5.3) Duncan ME, Tibaux G, Pelzer A, Mehari L, Peutherer J, Young H, et al. A socioeconomic, clinical and serological study in an African city of prostitutes and women still married to their first husbands. <i>Social Science & Medicine</i> 1994;39(3):323-33.4) Moses S, Ngugi E, Bradley J, Njeru E, Eldridge G, Muia E, et al. Health care-seeking behavior related to the transmission of sexually transmitted diseases in Kenya. <i>American Journal of Public Health</i> 1994;84(12):1947-51.5) Rosenfield A, Fathalla M (editors). <i>The FIGO manual of human reproduction</i>. Park Ridge, NJ: Parthenon Publishing Group, 1990.

Facteurs de risque*	Raisons fondamentales
<p>2. Comportementaux</p> <p>a) Un nouveau partenaire sexuel ou plus d'un partenaire sexuel au cours des trois derniers mois.</p> <p>b) Partenaires ayant d'autres/multiples partenaires sexuels.</p>	<p>a) Les clients ayant eu récemment de nouveaux partenaires ou des partenaires multiples courent un risque accru de contracter des MST, surtout s'ils n'utilisent pas des condoms.</p> <ol style="list-style-type: none">1) Padian NS, Shiboski SC, Hitchcock PJ. Risk factors for acquisition of sexually transmitted diseases and development of complication. In: Wasserheit JN, Aral SO, Holmes KK (eds). Research issues in human behavior and sexually transmitted diseases in the AIDS era. Washington, DC: American Society for Microbiology, 1991:83-96.2) Catania JA, Binson D, Dolcini MM, Stall R, Choi KH, Pollack LM, et al. Risk factors for HIV and other sexually transmitted diseases and prevention practices among U.S. heterosexual adults: changes from 1990-1992. American Journal of Public Health 1995;85(11):1492-9.3) Levin LI, Peterman TA, Renzullo PO, Lasley-Bibbs V, Shu XO, Brundage JF, et al. HIV-1 seroconversion and risk behaviors among young men in the US army. American Journal of Public Health 1995;85(11):1500-6.4) Aral SO, Soskoline V, Joesoef RM, O'Reilly KR. Sex partner recruitment as a risk factor for STD: clustering of risky modes. Sexually Transmitted Diseases 1991;18(1):10-7. <p>b) Les clients dont les partenaires ont d'autres ou de multiples partenaires courent un risque accru de contracter des MST. Il peut être extrêmement difficile pour les femmes d'évaluer le comportement de leur partenaire.</p> <ol style="list-style-type: none">1) Faxelid E, Ndulo J, Ahlberg BM, Krantz I. Behaviour, knowledge, and reactions concerning sexually transmitted diseases: implications for partner notification in Lusaka. East African Medical Journal 1994;71(2):118-21.

Facteurs de risque*	Raisons fondamentales
<p>3. Cliniques</p> <p>a) Antécédents de MST ou MIP, ou traitement syndromique antérieur pour infection du tractus génital (ITG).</p> <p>b) Partenaire avec des symptômes de MST:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! écoulement urétral ! ulcérations génitales ! douleur à la miction 	<p>a) Les clients avec des antécédents de MST courent un risque accru, surtout si le partenaire ou les partenaires ne sont pas traités et s'il existe encore un comportement à risque. Les clients risquent de ne pas se rappeler ou de ne pas réaliser qu'ils ont reçu un traitement pour une MST.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Faxelid E, Ndulo J, Ahlberg BM, Krantz I. Behaviour, knowledge, and reactions concerning sexually transmitted diseases: implications for partner notification in Lusaka. <i>East African Medical Journal</i> 1994;71(2):118-21. 2) Daly C, Maggwa N, Mati JK, Solomon M, Mbugua S, Tukei PM, et al. Risk factors for gonorrhoea, syphilis, and trichomonas infections among women attending family planning clinics in Nairobi, Kenya. <i>Genitourinary Medicine</i> 1994;70(3): 155-61 3) Handsfield HH, Jasman LL, Roberts PL, Hanson VW, Kothenbeutel RL, Stamm WE. Criteria for selective screening for <i>Chlamydia trachomatis</i> infection in women attending family planning clinics. <i>Journal of the American Medical Association</i> 1986; 255(13):1730-4. 4) Addiss DG, Vaughn ML, Ludka D, Pfister J, Davis JP. Decreased prevalence of <i>Chlamydia trachomatis</i> infection associated with a selective screening program in family planning clinics in Wisconsin. <i>Sexually Transmitted Diseases</i> 1993;20(1):28-35. 5) Sellors JW, Pickard L, Gafni A, Goldsmith CH, Jang D, Mahony JB, et al. Effectiveness and efficiency of selective vs universal screening for chlamydial infection in sexually active young women. <i>Archives of Internal Medicine</i> 1992;152(9):1837-44. <p>b) Les clients dont les partenaires ont des symptômes de MST courent un risque accru de contracter l'infection. Il peut être extrêmement difficile pour les femmes d'évaluer les symptômes de leur partenaire.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Faxelid E, Ndulo J, Ahlberg BM, Krantz I. Behaviour, knowledge, and reactions concerning sexually transmitted diseases: implications for partner notification in Lusaka. <i>East African Medical Journal</i> 1994;71(2):118-21. 2) Behets FM, Williams Y, Brathwaite A, Hylton-Kong T, Hoffman I, Dallabetta G, et al. Management of vaginal discharge in women treated at a Jamaican sexually transmitted disease clinic: use of diagnostic algorithms versus laboratory testing. <i>Clinical Infectious Diseases</i> 1995;21(6):1450-5 3) Daly C, Wangel A-M, Hoffman I, Canner J, Lule G, Lema V, et al. Validation of the World Health Organization diagnostic algorithm and development of an alternative scoring system for the management of women presenting with vaginal discharge in Malawi. [In press].

Facteurs de risque*	Raisons fondamentales
<p>c) Symptômes ou signes actuels pouvant indiquer la présence d'une MST (certains ne sont pas spécifiques du tout):</p> <ul style="list-style-type: none">! pertes vaginales! ulcérations! douleurs pendant les rapports sexuels! saignements après les rapports sexuels! douleur à la miction! douleur au bas ventre	<p>c) Un bilan doit être fait des clients avec des symptômes/signes de MST et leur condition doit être prise en charge en fonction du protocole local. Plusieurs études ont évalué différents algorithmes pour déterminer les personnes symptomatiques qui ont des MST; mais dans les groupes à faible risque, ces algorithmes ont une sensibilité et/ou spécificité trop faible (à savoir la capacité de détecter si un client est véritablement positif ou négatif).</p> <ol style="list-style-type: none">1) Germain M, Alary M, Gredeme A, Mahony JB. Evaluation of a screening algorithm for the diagnosis of genital infections with <i>Neisseria gonorrhoea</i> and <i>Chlamydia trachomatis</i> among female sex workers in Benin. <i>Sexually Transmitted Diseases</i> 1997;24(2):109-15.2) Behets FM, Williams Y, Brathwaite A, Hylton-Kong T, Hoffman I, Dallabetta G, et al. Management of vaginal discharge in women treated at a Jamaican sexually transmitted disease clinic: use of diagnostic algorithms versus laboratory testing. <i>Clinical Infectious Diseases</i> 1995;21(6):1450-5.3) Daly C, Wangel A-M, Hoffman I, Canner J, Lule G, Lema V, et al. Validation of the World Health Organization diagnostic algorithm and development of an alternative scoring system for the management of women presenting with vaginal discharge in Malawi. [In press].

Conclusion

La recherche actuelle indique qu'une approche d'évaluation des risques de contracter une MST peut être une approche pratique et faisable pour déterminer un comportement sexuel à haut risque chez les clients dans la but du counseling, notamment pour le choix du contraceptif.

Conjointement avec un algorithme de prise en charge des MST, l'évaluation du risque de contracter des MST est appliquée comme méthode pour déterminer si une femme symptomatique avec une infection vaginale peut également avoir une MST cervicale. Les approches d'évaluation des risques de contracter une MST pour les femmes asymptomatiques sont utiles pour identifier les clientes courant un risque accru d'être infectées par une MST mais elles sont problématiques pour déterminer si les clientes ont actuellement des MST. Puisqu'il n'existe pas, pour le moment, des tests de diagnostic rapides et simples pour la plupart des MST les plus courantes, il convient de faire une recherche supplémentaire pour étudier les nouvelles approches permettant d'améliorer les outils d'évaluation des risques de contracter une MST et les algorithmes de l'approche syndromique.

Citations supplémentaires pour de plus amples informations:

1. Aral SO. Sexual behavior as a risk factor for sexually transmitted disease. In: Germain A, Holmes KK, Piot P, Wasserheit JN (editors). *Reproductive tract infections: global impact and priorities for women's reproductive health*. New York: Plenum Press, 1992:185-98.
2. Bulut A, Yolsal N, Filippi V, Graham W. In search of truth: comparing alternative sources of information on reproductive tract infection. *Reproductive Health Matters* 1995;6:31-9.
3. Dixon-Mueller R, Wasserheit J. The culture of silence: reproductive tract infections among women in the third world. New York: International Women's Health Coalition, 1991.
4. FHI/AIDSCAP. STD Risk and Dual Method Use Study Questionnaire. Kingston, Jamaica.
5. Stergachis A, Scholes D, Heidrich FE, Scherer DM, Holmes KK, Stamm WE. Selective screening for *Chlamydia trachomatis* infection in a primary care population of women. *American Journal of Epidemiology* 1993;138(3):143-53.

6. WHO Global Programme on AIDS. Management of sexually transmitted diseases. Geneva: World Health Organization, 1994.
7. World Health Organization. Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive use. Geneva: WHO, 1996.
8. Zurayk H, Khattab H, Younis N, Kamal O, el-Helw M. Comparing women's reports with medical diagnoses of reproductive morbidity conditions in rural Egypt. *Studies in Family Planning* 1995;26(1):14-21.
9. Behets FM, Desormeaux J, Josef D, Adrien M, Coicou G, Dallabetta G, et al. Control of sexually transmitted diseases in Haiti: results and implications of a baseline study among pregnant women living in Cite Soleil Shantytowns. *Journal of Infectious Diseases* 1995;172(3):764-71.
10. Lule G, Behets FM, Hoffman IF, Dallabetta G, Hamilton HA, Moeng S, et al. STD/HIV control in Malawi and the search for affordable and effective urethritis therapy: a first field evaluation. *Genitourinary Medicine* 1994;70(6):384-8.
11. Dallabetta G, Laga M, Lampety P (editors). Control of sexually transmitted diseases: a handbook for the design and management of programs. Arlington, VA: AIDSCAP/FHI, 1996.
12. Mayaud P, Grosskurth H, Chagalucha J, Todd J, West B, Gabone R, et al. Risk assessment and other screening options for gonorrhoea and chlamydial infections in women attending rural Tanzanian antenatal clinics. *Bulletin of the World Health Organization* 1995;73(5):621-30.