

**Bibliographie**

- [1] Arnaud, M. D., Enquête par questionnaire sur la fécondité et la mortalité infantile chez 800 femmes d'un arrondissement du cercle de Kolokani, au Mali. Thèse, Faculté de médecine, Marseille 1978.
- [2] Belloncle, G., et Fournier, G., Santé et développement en milieu rural africain (Les Editions Ouvrières, Paris 1975).
- [3] Benzecri, J. P., et coll., L'analyse des données, tome 2 (Dunod, Paris 1973).
- [4] OMS, Participation et santé (publié sous la direction de K. W. Newell), Genève 1975.
- [5] Pressat, R., L'analyse démographique (Presses Universitaires de France, Paris 1973).
- [6] Vallin, J., La mortalité en Algérie. Population (INED, Paris), No 6, 1023–1046 (1975).
- [7] Vallin, J., La mortalité infantile dans le monde – Evolution depuis 1950. Publié en Rapp. Stat. San. Mond. (OMS) 29, 646–674, 1976, et en Population (INED, Paris), No 4–5, 801–838 (1976).

## Lutte contre les maladies sexuellement transmises au Sénégal

J. Ridet<sup>1</sup> et Ph. Selby<sup>2</sup>

### L'étendue du problème

Les maladies transmissibles restent encore le principal défi auquel doit faire face la santé publique au Sénégal, car elles sont directement responsables des taux élevés de morbidité et de mortalité infantiles et juvéniles de même, elles compromettant le développement économique et social. Parmi elles figurent, au tout premier plan, les maladies sexuellement transmises (MST). Bien que leurs agents pathogènes soient bien connus, leur diagnostic assez aisé, leur traitement efficace et bien codifié, leur incidence au Sénégal, comme dans la plupart des pays du monde, est sans cesse en augmentation et prend une allure épidémique.

Pour la gonococcie, les prévalences observées sont très élevées, parfois jusqu'à 18 % avec fréquemment des formes compliquées (dont 10 % ou plus sont dues à l'absence ou à l'insuffisance de traitement). Chez la femme, de nombreux cas de salpingite sont observés et il est probable qu'un grand nombre d'entre eux aboutissent à une stérilité souvent définitive. Lors de consultations systématiques, notamment dans les centres de protection maternelle et infantile (PMI), environ 30 % des cas décelés se présentent sans aucun symptôme. Chez les enfants, les cas de conjonctivite grave sont fréquents. On a trouvé des gonocoques chez plusieurs à partir de prélèvements conjonctivaux.

Les MST dites mineures (syndromes à trichomonas vaginalis et Candida albicans) prennent également une importance croissante en milieu tropical. Au Sénégal, les enquêtes menées lors de consultations de gynécologie et de PMI ont montré, outre la fréquence de la gonococcie et autres étiologies microbiennes, l'importance de ces MST mineures.

**Les MST sont fonction dans une très large mesure de facteurs socio-économiques (affaiblissement des structures traditionnelles, tourisme, prostitution). Les combattre en est rendu plus difficile et nécessite une approche pluridisciplinaire.**

	Trichomonase	Candidose
Zone rurale – consultations prénatales	17,7 %	34,0 %
Dakar – consultations gynécologiques	32,0 %	26,6 %

Chez l'homme, une enquête de Sarrat en 1973 montrait un pourcentage d'urétrite non gonococcique à étiologie parasitaire et mycosique de 2,5 % et 0,5 % – nettement inférieur à ceux rapportés dans les pays occidentaux.

### Facteurs sociaux

L'évolution du tourisme favorise, comme partout ailleurs, la propagation des maladies sexuellement transmises. D'après l'Office du tourisme de Dakar, le nombre des touristes est passé de 70 000 en 1971 à 120 000 en 1973. L'infrastructure hôtelière se développe, de même que les clubs de vacances. La prostitution s'aggrave, en rapport avec ce phénomène ainsi qu'avec le brassage des populations et l'urbanisation croissante. Dans beaucoup de régions, l'évolution des mœurs chez les jeunes entraîne un affaiblissement de la cellule familiale, une diminution du respect des croyances religieuses et un bouleversement des coutumes. Cette situation facilite la recherche d'aventures sexuelles multiples.

Dans le domaine des MST, l'ignorance est presque totale. D'après des médecins et pharmaciens interrogés, «les jeunes attendent d'avoir une gonococcie compliquée pour consulter», et la possibilité de prévention par les préservatifs masculins est presque toujours ignorée. Les délais entre l'apparition du premier signe

<sup>1</sup> Médecin-chef de l'équipe OMS/VDT 001 et conseiller technique au Sénégal, Dakar.

<sup>2</sup> Médecin, Institut Sandoz d'études en matière de santé et d'économie sociale, 5, route de Florissant, CH-1206 Genève.

clinique et la première consultation dépassent souvent dix jours dans les conditions les meilleures. Il y a donc nécessité absolue au Sénégal, comme dans la plupart des pays du monde, de *diffuser des connaissances simples et précises* sur ces maladies afin d'informer et aussi d'éduquer tous les groupes sociaux, soit aussi bien les étudiants de la Faculté de médecine de Dakar que les nomades Peuls.

### Actions entreprises au Sénégal

En 1972, le Gouvernement du Sénégal a pris l'initiative d'intensifier la lutte contre les MST. Dans un premier temps, avec la collaboration de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de l'Institut Pasteur de Dakar, une série d'études épidémiologiques ont été entreprises pour définir l'étendue du problème. Puis les efforts ont porté sur la thérapeutique des affections vénériennes majeures (syphilis, gonococcie, chancre mou). Une série d'expérimentations a permis de schématiser et de standardiser des protocoles thérapeutiques aux fins de leur utilisation en santé publique, selon des critères d'efficacité, de brièveté et de prix de revient. Dans un deuxième temps, à partir de 1976, un projet a été élaboré pour développer la lutte contre les MST, avec des composants de services, formation du personnel, recherche et évaluation. Le projet découle d'un protocole d'accord entre le gouvernement, l'OMS et l'Institut Sandoz d'études en matière de santé et d'économie sociale, à Genève, et comporte un plan d'action portant sur deux années.

### Projet de lutte contre les MST

Ce protocole d'accord en vue de lutter contre les MST (principalement la gonococcie, la syphilis et le trichomonas) dans la République du Sénégal a fixé la durée du projet à quinze mois (1er janvier 1976–31 mars 1977). Il a été reconduit au 31 mars 1978 par accord entre les trois parties.

Les *objectifs* du projet s'énoncent comme suit:

1. Développer et assurer le fonctionnement effectif de trois centres pour la lutte contre les MST; ils seront considérés comme centres pilotes, dont l'expérience pourra servir lors de la création d'autres centres, en République du Sénégal et dans d'autres pays de la région africaine.
2. Développer la formation du personnel nécessaire à un fonctionnement continu de ces centres.
3. Procéder à des recherches en information et éducation pour la santé, en vue d'une action préventive contre les MST. Ces recherches devraient comprendre des études sociologiques sur les patients fréquentant les centres, ainsi que sur certains autres groupes de la population.
4. Evaluer le fonctionnement des centres et leur coût-efficacité, ainsi que leur impact sur la prévalence des MST chez certains groupes de population.

### Evolution du projet

Le premier objectif concernait la création et le fonctionnement des centres de Dakar, de Kaolack et de Saint-Louis, trois des principales villes du Sénégal.

Avant même d'avoir fait une évaluation systématique, on peut constater que ces réalisations constituent une réussite, tant du point de vue des locaux, de l'équipement, du fonctionnement et de la formation du personnel que de leur rayonnement. Les chiffres suivants en témoignent pour 1977:

	Malades traités		Prostituées contrôlées	
	hommes	femmes	anciennes	nouvelles
Dakar	1737	420	1004	207
Kaolack	580	490	–	94
Saint-Louis	513	506	–	41

On peut donc conclure, à fin 1977, que la création de ces trois centres a été un succès du point de vue de la médecine curative et de la surveillance de la prostitution, grâce à la mise au point de méthodes techniques et thérapeutiques standardisées et à la formation d'un personnel spécialisé digne d'éloges. Par contre, du point de vue de la santé publique, les résultats sont parfois décevants, les points faibles étant:

- a) Insuffisance des services sociaux et des moyens mis en œuvre (transport, personnel) pour la recherche des contacts, le repérage des points chauds et des lieux de prostitution clandestine.
- b) Manque d'action à la périphérie (banlieue, campagnes) et d'intégration au niveau des soins de santé primaires.
- c) Insuffisance de l'éducation pour la santé et de l'information, particulièrement chez les jeunes. Des moyens importants ont été mis en œuvre avec succès, mais l'action a été interrompue après août 1977.
- d) Manque de coordination avec les services chargés de la lutte contre la délinquance et du contrôle de la prostitution (répression policière plutôt qu'action médicale et sociale). La situation s'améliore cependant.
- e) Difficultés à susciter l'intérêt de spécialistes (sociologues, psychologues, etc.) en vue de l'étude socio-économique de ces problèmes dans la communauté. Toutefois, un groupe de travail dynamique a œuvré efficacement, d'une manière empirique et pragmatique.

Cette première évaluation a amené les parties signataires de l'accord à reconduire le projet selon le programme suivant:

- *Création d'un bureau des MST et tréponématoses au niveau de la Direction de santé publique (service des grandes endémies).*

Un projet à cet effet a été déposé fin 1977. Il prévoit la structure suivante: un médecin, un technicien, un secrétariat, dont la formation technique et administrative sera assurée par les experts de l'OMS. Un jeune médecin sénégalais, le docteur Ibra Ndoye, vient d'être nommé en mai 1978.

- Désignation d'un conseil scientifique, présidé par une personnalité universitaire, chargé de l'orientation et du contrôle du programme et des rapports extérieurs.
- Formation d'un groupe d'études, ouvert à toutes les disciplines, groupements et individuels volontaires.
- Fondation d'une ligue sénégalaise de lutte contre le péril vénérien, adhérant à l'Union internationale contre le péril vénérien et les tréponématoses.

### Extension du projet sur le terrain

- Création de satellites dans la banlieue-dortoir de Dakar (Pikine–Guediawaye), en coopération avec le programme des soins de santé primaires de la Coopération technique belge. Cette action a pour but d'étendre l'action à la périphérie afin d'avoir un rapport plus direct avec les patients, ce qui facilitera l'action du service social et la recherche des contacts. A cet effet, la formation du personnel infirmier travaillant dans les dispensaires périphériques et celle des travailleurs sociaux et des membres bénévoles des équipes sont en cours.
- Création d'un centre à Ziguinchor (Casamance), où une action de préparation a déjà été effectuée.
- Extension de la lutte au niveau des soins de santé primaires.
- Des manuels et notes techniques élémentaires ont été largement diffusés et commentés au niveau du personnel des services de santé de base.

### Evaluation des activités

Une fiche technique a été établie par les experts de l'OMS et de l'Institut Sandoz en vue de permettre l'évaluation du projet. Un avant-projet a été testé sur plusieurs centaines de patients en vue de l'élaboration de la fiche définitive. Le degré de précision et les modalités matérielles doivent, bien sûr, être adaptés aux possibilités locales.

### Perspectives d'avenir du projet

Les centres qui ont été créés devraient jouer un rôle pilote, à la fois au Sénégal et dans d'autres pays d'Afrique occidentale. Une évaluation ultérieure pourrait déterminer l'impact du projet sur la prévalence des MST au Sénégal, éventuellement chez certains groupes-cibles de la population.

La création de centres analogues dans d'autres pays de la région devrait être précédée d'études épidémiologiques sur la prévalence des MST. Cela permettra d'estimer les besoins et, ultérieurement, de contrôler l'efficacité des nouveaux centres.

L'infécondité, souvent due à la gonococcie, est un problème important dans certains pays africains. Grâce à un meilleur contrôle des MST, elle pourrait régresser.

Dans le domaine de l'éducation sanitaire, le redémarrage de l'étude sociologique mentionnée plus haut est prévu. Ses résultats devraient permettre d'assurer une prévention primaire et secondaire des MST plus adé-

quate. Enfin, des séminaires sont prévus en 1979 en Afrique occidentale francophone, notamment à Dakar.

### Résumé

Les maladies sexuellement transmises (MST) sont un problème de santé publique important dans de nombreux pays en développement. Bien qu'on dispose de moyens diagnostiques et thérapeutiques satisfaisants, leur incidence augmente. Parmi les causes qui favorisent cette évolution, il faut noter des facteurs sociologiques, comme l'affaiblissement de la cellule familiale et le bouleversement des coutumes, ainsi que le développement du tourisme, qui accroît la prostitution. L'ignorance de la population en ce qui concerne les MST est marquée.

Le Gouvernement sénégalais, l'OMS et l'Institut Sandoz (Genève) ont entrepris depuis 1976 un programme conjoint de service, de formation et de recherche dans ce domaine. La recherche s'attache à développer une approche préventive, notamment par l'éducation pour la santé. Si les trois centres créés ont accompli localement un travail réjouissant, les résultats sont encore décevants du point de vue de la santé publique. Les points faibles sont notamment:

- insuffisance des services sociaux et des moyens de dépistage;
- manque d'action à la périphérie et d'intégration aux soins de santé primaires;
- manque de coordination avec d'autres services (y compris la police), ainsi qu'avec les spécialistes de diverses disciplines qui devraient contribuer à l'étude socio-économique du problème.

Plusieurs groupes de soutien du projet ont été constitués récemment au Sénégal. Une évaluation est sur le point d'être lancée.

### Summary

#### Control of Sexually Transmitted Diseases (STD) in Senegal

STD are an important public health problem in numerous developing countries. Although satisfactory diagnostic and therapeutic means are available, the incidence of STD is increasing. Among the causes for this are sociological factors, like the weakening of customs and the family unit, and the development of tourism, which stimulates prostitution. There is a marked ignorance of the population in respect to STD.

The Senegalese Government, WHO, and the Geneva-based Sandoz Institute launched in 1976 a joint programme of service, training and research. The research aims at developing a preventive approach, especially through health education. While the three centers set up have accomplished good work locally, results are still disappointing from a public health point of view. Weak spots are in particular:

- inadequacy of the social and contact-tracing services;
- lack of action at the periphery and of integration with primary health care;
- lack of coordination with other sectors (including police), and with professionals of various disciplines who should contribute to the socio-economic investigation of the problem.

Several groups have recently been created in Senegal to support the project. An evaluation will soon be carried out. Such programmes should be implemented in other countries of the region.

### Zusammenfassung

#### Massnahmen gegen Geschlechtskrankheiten in Senegal

In verschiedenen Entwicklungsländern sind Geschlechtskrankheiten ein wichtiges Gesundheitsproblem. Obwohl heute ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten zur Verfügung stehen, werden die Geschlechtskrankheiten immer häufiger. Unter den Gründen hierfür sind auch soziologische Faktoren zu berücksichtigen, wie zum Beispiel der Zerfall von Tradition und Familie sowie die Entwicklung des Tourismus, welcher die Prostitution fördert. Zudem besteht in der Bevölkerung eine markante Ignoranz bezüglich Geschlechtskrankheiten.

Die Regierung vom Senegal, die Weltgesundheitsorganisation und das Sandoz-Institut in Genf haben 1976 ein gemeinsames Programm für Dienstleistung, Schulung und Forschung lanciert. Die Forschung bezweckt Entwicklung von präventiven Methoden, speziell durch Mittel der Gesundheitserziehung.

Während die drei Zentren des Programmes lokal gute Arbeit geleistet haben, sind die Resultate bezüglich der Gesundheit der Gesamtbevölkerung immer noch enttäuschend, bzw.:

- Unzulänglichkeit der sozialen Dienste und der Anstrengungen zur «aktiven Früherfassung»;
- fehlende Aktionen an der Peripherie, fehlende Eingliederung der Aktionen in das System der medizinischen Grundversorgung;
- fehlende Koordination mit anderen Sektoren (inkl. [Seuchen-] Polizeidienste) und mit verschiedenen Berufsgattungen, welche zur sozioökonomischen Erforschung des Problems beitragen sollten.

Vor kurzem wurden mehrere Gruppen zur Unterstützung des Projekts gebildet. Eine Auswertung soll in Kürze durchgeführt werden.

#### Bibliographie

- [1] *Deubel, V., Sarrat, H., et Ridet, J.*, A propos des urétrites aiguës masculines à Dakar. Essai d'un traitement en une seule injection, document non publié WHO/VDT/RES/GON 74.85 (1974).  
*Sarrat, H.*, Les urétrites masculines à Dakar (aspects épidémiologiques et biologiques), Bull. Soc. Méd. Afr. Noire, Lang. Frse 18, 4, 581–586 (1973).
- [3] *Sarrat, H.*, Infections génitales féminines à Dakar (note préliminaire), Bull. Soc. Méd. Afr. Noire Lang. Frse 19, 1, 29–32 (1974).  
*Sarrat, H., Ridet, J., et Deubel, V.*, Résultats d'une enquête étiologique sur les infections génitales féminines en zone rurale sénégalaise, Bull. Soc. Méd. Afr. Noire Lang. Frse 19, 1, 76–79 (1974).
- [5] *Siboulet, A.*, Les syndromes uro-génitaux à «Trichomonas vaginalis» et à «Candida albicans», La Presse Médicale 56, 2779–2780 (1963).
- [6] *Siboulet, A.*, Infections génitales féminines et traitement local par Polygynax, Feuilletts médicaux, juillet 1969, fascicule 147 (1969).
- [7] *Siboulet, A.*, Chronique des urétrites infectieuses, Paris: Concours médical, 1971.

## Les questions fondamentales que posent la formation d'agents de santé primaires et le maintien de la qualité de leur travail<sup>1</sup>

J.-P. Habicht<sup>2</sup>

### I. Introduction

Il est encourageant qu'il ne soit plus besoin aujourd'hui de fournir des justifications quant au fait que des non-médecins donnent des soins de santé primaires. Il n'est plus besoin non plus de démontrer que c'est faisable sur le plan de l'organisation et que c'est acceptable pour les patients. Mais, il y a à peine plus de cinq ans, l'organisation internationale responsable dans le domaine sanitaire était opposée à ce concept [5], parce qu'elle considérait que cela allait forcément réduire la qualité des soins [7]. Ces dernières années par contre, l'Organisation mondiale de la santé a pris la tête des efforts de promotion de l'utilisation de non-médecins [8]. Derrière l'acceptation de ce concept autrefois considéré comme révolutionnaire, il y a

**La pratique et la recherche sur le terrain montrent qu'il y a lieu d'appliquer certains principes et modes de faire précis dans la formation et la supervision d'agents de santé primaires. Il y a aussi des obstacles, dus notamment à certaines «idées reçues» des professionnels de la santé. Cet article tire les leçons d'un programme mis en œuvre au Guatemala.**

d'abord la réalisation de notre obligation de fournir des soins de santé à tous ceux qui en ont besoin, alors même que les ressources sont sévèrement limitées. La motivation est surtout économique.

En fait, ce changement pourrait mener à une meilleure qualité de l'ensemble des soins de santé. Mais, si nous voulons cette amélioration, nous devons nous préoccuper autant de la qualité des prestations que ceux qui ont œuvré pour élever le niveau des médecins dans les années 1910 [2]. Comme pour tant d'innovations techniques, les aspects pratiques de la mise en œuvre et de la poursuite d'un contrôle de la qualité sont beaucoup moins difficiles à résoudre que le problème de la modification des attitudes quant à la gestion des soins médicaux.

La prémisse qui se trouvait à la base des réformes flexnériennes dans les écoles de médecine nord-améri-

<sup>1</sup> Ce texte reprend, avec l'aimable autorisation de l'auteur et de l'éditeur, la première partie et la conclusion d'un article de l'auteur intitulé «Assurance of quality in the provision of primary medical care by non-professionals», publié dans le journal Social Science and Medicine (Pergamon Press, Oxford). Nous recommandons aux lecteurs intéressés par les aspects pratiques du contrôle de qualité et la saisie des données correspondantes la lecture de l'article original dans son entier.

Traduction française par les soins du Dr Jean Martin, Lausanne.

<sup>2</sup> Actuellement professeur d'épidémiologie à la Division of Nutritional Sciences, Cornell University, Ithaca, N. Y., USA. Auparavant, il a notamment travaillé au Guatemala, dans le cadre de l'Institut de nutrition d'Amérique centrale et du Panama (INCAP).