



Bulletin médical de l'IPPF

Sommaire

Tests permettant un diagnostic rapide des infections sexuellement transmissibles

David Mabey, Rosanna W Peeling1

Santé reproductive et VIH : modifier le comportement sexuel des jeunes

Nancy E Williamson3

Nouvelles4

Tests permettant un diagnostic rapide des infections sexuellement transmissibles

David Mabey, Rosanna W Peeling

Lors de la Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire, 1994), on a prôné l'intégration des services spécialisés dans le diagnostic et le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST) aux programmes de planification familiale et de santé maternelle, dans le cadre d'un ensemble complet de services de santé reproductive¹. Rares sont les pays dans lesquels cet objectif a été atteint ; même lorsque c'est le cas, rien ne permet d'affirmer avec certitude que la prévalence ou l'incidence des IST sont en diminution de ce fait. Des raisons politiques et techniques expliquent ce phénomène.

Dans la plupart des pays, la lutte contre les IST ne figure pas parmi les priorités en matière de santé publique, et la sensibilisation de la population – voire des responsables des programmes de planification familiale – aux IST et à leurs conséquences laisse beaucoup à désirer. En outre, les programmes de planification familiale ont tendance à se concentrer presque exclusivement sur les femmes : or, il est presque impossible de lutter contre les IST à moins que les partenaires masculins des femmes infectées reçoivent eux-mêmes un traitement.

Gestion syndromique

Une approche possible est celle de la « gestion syndromique » : lorsqu'il est possible que les symptômes soient imputables à une ou plusieurs infections dont il est impossible d'établir la nature sans procéder à des tests en laboratoire, le traitement administré couvre toutes les causes possibles. En général, la gestion syndromique donne de bons résultats chez les hommes, mais elle s'avère moins efficace qu'on ne l'avait d'abord espéré chez les femmes. Des études réalisées dans plusieurs pays en développement montrent que chez les femmes qui font état d'écoulements vaginaux, la gestion syndromique n'est pas assez sensible et ne permet pas d'identifier avec la spécificité voulue celles qui souffrent d'une IST^{2,3}. La sensibilité est insuffisante car la plupart des femmes souffrant d'une IST ne présentent pas de symptômes⁴. La spécificité laisse à désirer parce que la plupart des femmes qui souffrent d'écoulements vaginaux ne souffrent pas d'une IST mais d'une modification de la flore bactérienne vaginale normale, due à une vaginose ou à une candidose. Cette spécificité insuffisante, qui se traduit par l'administration d'un traitement trop fort à grande échelle, constitue un inconvénient majeur au sein des populations parmi lesquelles la prévalence des IST est faible, contrairement à celle des écoulements vaginaux symptomatiques, ce qui est souvent le cas en Asie^{5,6}. Outre le coût élevé et les effets secondaires possibles associés au surtraitement, le surdiagnostic des IST chez les femmes peut avoir des conséquences personnelles et sociales élevées – notamment lorsque les femmes sont encouragées à conseiller à leur mari ou à leurs partenaires sexuels de subir un traitement. Les tentatives visant à améliorer la précision de la gestion syndromique des écoulements vaginaux grâce à l'utilisation de tests de laboratoire simples, tels que la microscopie ou l'utilisation de bandelettes urinaires qui détectent la présence d'estérase leucocytaire n'ont pas été très concluantes⁷.

Tests réalisés dans les centres de soins

Une large gamme de tests sont désormais disponibles sur le marché pour diagnostiquer les IST⁸. Les techniques d'amplification des acides nucléiques telles que l'amplification en chaîne par polymérase et par ligase sont commercialisées pour le diagnostic des infections à *Chlamydia trachomatis* et à *Neisseria gonorrhoeae*⁹⁻¹¹. Ces tests d'amplification sont extrêmement sensibles et spécifiques, et ils sont devenus « la » norme pour le diagnostic en laboratoire de l'infection à *C. trachomatis*. Grâce à leur sensibilité élevée, ils rendent possible le recours à des spécimens non invasifs tels que le premier jet d'urine ou les prélèvements vaginaux effectués par les patientes elles-mêmes pour procéder au diagnostic. Cela a conduit à l'élaboration d'approches novatrices du dépistage en dehors de centres médicaux, grâce à l'utilisation de prélèvements vaginaux ou vulvaires effectués par la patiente et envoyés par la poste¹².

Bien que les tests d'amplification des acides nucléiques présentent un bon rapport coût-efficacité dans les zones de prévalence élevée, ils sont coûteux et nécessitent le recours à des techniques complexes. Du fait que nombre de patientes connaissent des difficultés pour retourner à la clinique chercher les résultats, des tests moins sensibles mais qui peuvent être réalisés rapidement au centre de soins, ce qui permet l'administration immédiate d'un traitement, ont souvent une incidence plus grande que des tests plus sensibles qui exigent que des échantillons soient envoyés à un laboratoire éloigné¹³⁻¹⁵. Outre qu'ils permettent l'administration immédiate d'un traitement – ce qui empêche l'apparition de complications à long terme telles que l'inflammation génitale haute et l'infécondité –, les tests facilement accessibles aux patientes ou réalisés dans des centres de soins permettent aux femmes d'informer en toute confiance leur partenaire dès la première visite à la clinique. La réalisation de tests à grande échelle, si elle va de pair avec des systèmes de notification efficaces, attirera l'attention des agents sanitaires et des responsables politiques sur la prévalence élevée des IST au sein de certaines populations et permettra l'élaboration de programmes d'intervention appropriés.

Bien que la plupart des tests facilement accessibles aux patientes pour le diagnostic des IST se trouvent aujourd'hui dans le commerce, leur performance n'a pas fait l'objet d'une évaluation à grande échelle^{8,15}. Le Tableau 1 dresse la liste des tests disponibles et présente les caractéristiques de leur performance telle qu'elle a été évaluée à ce jour. La plupart des tests rapides reposent sur l'immunochromatographie, technique grâce à laquelle les réactions au complexe antigène-anticorps sont enregistrées sur les bandelettes et apparaissent sous forme de lignes ou de points de couleur. Dans le cas des infections génitales à chlamydia et gonococciques, la cible du diagnostic est l'antigène ; dans celui de la syphilis et des IST virales, c'est l'anticorps. La plupart des tests rapides sont conçus pour être entreposés à température ambiante, effectués en moins de 30 minutes par un personnel ayant reçu une formation minimale, et ne nécessitent aucun matériel ou presque.

Chlamydia

Le test Clearview Chlamydia (Unipath, Royaume-Uni) est un test simple, rapide, facilement accessible, dont l'évaluation visuelle s'effectue, chez l'homme, au moyen d'un prélèvement urétral ou d'urine concentrée centrifugée ou, chez la femme, au moyen d'un prélèvement cervical. Il doit être porté à un seuil de chaleur donné, aussi une source d'électricité est-elle nécessaire, même si un bloc chauffant est fourni avec le kit. Les tests Chlamydia Quickvue (Quidel, Etats-Unis) et OIA (ThermoBiostar, Etats-Unis) sont similaires au test Clearview, mais ne nécessitent pas de chaleur, et un dispositif de filtrage est disponible pour concentrer le *C. trachomatis* dans les spécimens d'urine. Dans le cadre d'évaluations limitées, il a été établi que la sensibilité de ces tests se situait entre 50 et 75 % et leur spécificité entre 98 et 99 % (lorsque des comparaisons ont été établies avec le test

TABLEAU 1. TESTS RAPIDES POUR LE DIAGNOSTIC DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ET DE LA VAGINITE

Condition	Type	Cible	Spécimens	Sensibilité	Spécificité	Commentaires
Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>	Bandelettes immunochromatographiques	Antigène	Prélèvement urétral ou cervical	50-75 %	98-99 %	Résultats comparés à ceux obtenus à partir des TAAN et/ou d'une culture. Certains kits peuvent être utilisés avec de l'urine concentrée (hommes).
Infection à <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Coloration de Gram	Morphologie	Prélèvement urétral ou cervical	>90 % (H) 45-65 % (F)	>95 % (H) 90-95 % (F)	Résultats comparés à ceux obtenus à partir d'une culture. Nécessite microscope et compétences techniques.
	Bandelettes immunochromatographiques	Antigène	Prélèvement urétral ou cervical	50-70 %	98-99 %	Résultats comparés à ceux obtenus à partir d'une culture. Certains kits peuvent être utilisés avec de l'urine concentrée (hommes).
Infection à <i>Trichomonas vaginalis</i>	Wet mount	Trichomonas motile	Sécrétions vaginales	50-70 %	99-100 %	Résultats comparés à ceux obtenus à partir d'une culture. Nécessite un microscope.
Vaginose bactérienne	Coloration de Gram	Gram-ve	Prélèvement vaginal	?*	?*	Microscope nécessaire; Normalisation des scores (méthodologie de Nugent)
	Wet mount	Clue cells	Sécrétions vaginales	38-70 %	90-95 %	Résultats comparés à ceux obtenus grâce à la méthodologie de Nugent; microscope nécessaire.
	Test avec carte	Enzyme : proline aminopeptidase	Prélèvement vaginal	93 %	93 %	Résultats comparés à ceux obtenus grâce à la méthodologie de Nugent;
Syphilis	Tests non-spécifiques	Anticorps	Sérum	90-98 %	90-95 %	Centrifugeuse et rotateur nécessaires
	Tests spécifiques	Anticorps	Sérum, plasma ou sang total	90-99 %	99-100 %	Ne distingue pas entre infections actuelles et passées.
	Microscopie en champ sombre	Spirochete motile	Lésion	<50 %	95-100 %	Microscope nécessaire; faible sensibilité en raison de l'application préalable d'un antiseptique ou de l'administration d'un traitement antibiotique. Pas utile en cas de syphilis latente.
Virus herpès simplex de type II	Bandelettes immunochromatographiques	Anticorps	Sérum	96 %	98 %	Résultats comparés à ceux obtenus avec une culture pour la sensibilité et avec immunoblot pour la spécificité.

TAAN = test d'amplification des acides nucléiques

* Performance incertaine en l'absence de norme de référence faisant l'objet d'un consensus.

d'amplification des acides nucléiques) parmi les populations symptomatiques et à prévalence élevée¹⁶⁻¹⁸. Leur utilité dans le cadre du dépistage des IST parmi les populations asymptomatiques ou à faible prévalence doit faire l'objet d'études complémentaires.

Infections vaginales

Des tests relativement simples, qui ne requièrent qu'un microscope et un microscopiste compétent, sont disponibles pour le diagnostic des infections vaginales. Il s'agit du « wet mount » pour le *Trichomonas vaginalis* ou pour l'identification de clue cells (cellules épithéliales complètement recouvertes de petits bacilles adhérent à la membrane cellulaire), qui suggèrent une vaginose bactérienne. On peut aussi diagnostiquer la vaginose bactérienne grâce au calcul d'un score selon la méthodologie de Nugent, fondée sur la proportion de lactobacilles dans la flore vaginale, visualisée au moyen d'un frottis avec coloration de Gram. Un certain nombre de tests rapides accessibles aux patients, qui détectent les enzymes bactériennes ou l'agglutination d'antigènes sur une carte sont aujourd'hui commercialisés pour le diagnostic des infections vaginales. Faciles à utiliser, ils sont néanmoins coûteux et n'ont pas été validés par un nombre d'études suffisant. En l'absence de stratégies de lutte contre les IST dont l'efficacité soit incontestable, et compte tenu du caractère peu significatif, a priori, de la présence d'une vaginose bactérienne chez les femmes

asymptomatiques, il n'est pas certain qu'il soit rentable d'avoir recours à de tels tests.

Syphilis

Pour le diagnostic de la syphilis, il faut en priorité identifier les femmes enceintes, ainsi que les hommes et les femmes présentant un risque élevé de contracter une infection. Des tests rapides non spécifiques, mettant en évidence des réagines, sont couramment utilisés pour le dépistage dans les milieux à prévalence élevée. Bien qu'ils soient peu coûteux et simples à effectuer, ces tests nécessitent une source d'alimentation électrique pour faire fonctionner un rotateur, ainsi que, dans certains cas, une centrifugeuse pour la séparation du sérum. Des réactifs pour ces tests, qu'il est possible d'entreposer à température ambiante sont aujourd'hui disponibles, ainsi que des rotateurs activés par l'énergie solaire. Les tests non-spécifiques donnent souvent des résultats faux positifs, notamment chez les femmes enceintes. Idéalement, les résultats obtenus devraient être confirmés au moyen d'un test spécifique. Mais les tests de ce type font appel à des techniques complexes et ne sont souvent réalisables que dans des laboratoires de référence. Aujourd'hui, plus de 20 firmes fabriquent des tests spécifiques rapides et simples, qui peuvent être pratiqués sur du sang total, du sérum ou du plasma. Ils peuvent être effectués dans des antennes dispensant des soins de santé primaires, car ils demeurent stables pendant plusieurs mois à

température ambiante, ne nécessitent aucun matériel, et permettent une lecture des résultats après une période comprise entre 8 et 15 minutes. Des évaluations limitées suggèrent que certains d'entre eux donnent des résultats d'une fiabilité comparable à ceux de tests effectués en laboratoire¹⁹. Des tests spécifiques rapides accessibles aux patients s'avèrent utiles pour le dépistage de la syphilis parmi les populations à faible prévalence, mais beaucoup moins lorsque la prévalence est élevée : en effet, ils ne font pas de distinction entre les infections actuelles et les infections passées.

Herpès génital

Pour ce qui est des infections génitales à herpès, il existe des tests rapides pour la détection des anticorps de l'herpès simplex virus de type II, mais ils sont coûteux²⁰. Compte tenu de l'absence de stratégies de lutte contre l'infection génitale à herpès dans la plupart des pays et de traitement de curatif, mais aussi de la faible faisabilité du traitement par prophylaxie clinique, l'utilité de tels tests dans le cadre de la lutte contre la maladie est douteuse.

Autres évaluations

L'Initiative pour la mise au point d'épreuves de diagnostic des maladies sexuellement transmissibles de l'Organisation mondiale de la santé a donné naissance à un programme qui a pour objectif d'évaluer des tests simples, peu coûteux et rapides applicables à la syphilis et aux infections génitales à chlamydia et gonococciques, qui puissent être utilisés dans les antennes dispensant des soins de santé primaires dans les pays en développement. Du fait que plus de 40 tests rapides sont commercialisés s'agissant de ces trois maladies et que les essais sur le terrain sont onéreux, les tests en question seront d'abord évalués en laboratoire dans divers sites géographiques. Les plus prometteurs feront l'objet d'une évaluation plus approfondie, non seulement de leur performance, mais aussi de leur faisabilité et de leur acceptabilité sur le terrain. Plusieurs institutions ont consenti des fonds à l'appui de l'élaboration de tests rapides applicables aux IST – par exemple, le Wellcome Trust, USAID, et les Instituts nationaux de la santé des Etats-Unis. Dans le cadre de l'Initiative pour la mise au point d'épreuves de diagnostic des maladies sexuellement transmissibles, il est prévu d'élaborer un cadre permettant à ces institutions et à d'autres encore d'œuvrer en collaboration afin que d'autres tests soient élaborés et que l'incidence des tests rapides sur la lutte contre les IST puisse être évaluée.

Le Professeur David Mabey fait partie de la Clinical Research Unit du Department of Infectious and Tropical Diseases, à la London School of Hygiene and Tropical Medicine, Keppel Street, London WC1E 7HT, Royaume-Uni (e-mail, David.Mabey@lshtm.ac.uk); Le Dr Rosanna Peeling travaille dans le cadre de l'Initiative pour la mise au point d'épreuves de diagnostic des maladies sexuellement transmissibles, qui fait partie du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (Banque mondiale/PNUD/Organisation mondiale de la santé), à l'OMS, à Genève.

Le fait que le nom de certaines firmes ou de certains produits soient mentionnés n'implique pas qu'ils ont l'aval de l'OMS, ni qu'elle les recommande de préférence à d'autres firmes ou produits similaires.

Références

1. United Nations. Programme of Action of the UN International Conference on Population and Development. New York: United Nations, 1994
2. Dallabetta GA, Gerbase AC, Holmes KK. Problems, solutions and challenges in syndromic management of sexually transmitted diseases. *Sex Transm Infect* 1998;**74** (suppl 1):S29-33
3. Alary M, Baganizi E, Guedeme A, et al. Evaluation of clinical algorithms for the diagnosis of gonococcal and chlamydial infections among men with urethral discharge or dysuria and women with vaginal discharge in Benin [erratum appears in *Sex Transm Infect* 1998;**74**: 459]. *Sex Transm Infect* 1998;**74** (suppl 1):44-9
4. Turner CF, Rogers SM, Miller HG, et al. Untreated gonococcal and chlamydial infection in a probability sample of adults. *JAMA* 2002;**287**:726-33
5. Hawkes S, Morison L, Foster S, Gausia K, Chakraborty J, Peeling RW, Mabey D. Reproductive tract infections in women in low income, low prevalence situations: assessment of syndromic management in Matlab, Bangladesh. *Lancet* 1999;**354**:1776-81
6. Iskandar MB, Patten JH, Qomariyah SN, Vickers C, Molyneux SI. Detecting cervical infection among family planning clients: difficulties at the primary health-care level in Indonesia. *Int J STD & AIDS* 2000;**11**:180-6
7. Tyndall MW, Kidula N, Sande J, Ombette J, Temmerman M. Predicting *Neisseria gonorrhoeae* and *Chlamydia trachomatis* infection using risk scores, physical examination, microscopy, and leukocyte esterase urine

- dipsticks among asymptomatic women attending a family planning clinic in Kenya. *Sex Transm Dis* 1999;**26**:476-82
8. World Health Organization, Western Pacific Regional Office (1999). Laboratory Tests for the Detection of Reproductive Tract Infections. www.who.org.ph
9. Livengood CH, Wrenn JW. Evaluation of COBAS Amplicor (Roche): accuracy in detection of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* by coamplification of endocervical specimens. *J Clin Microbiol* 2001;**39**:2928-32
10. Carroll KC, Aldeen WE, Morrison M, Anderson R, Lee DD, Mottice S. Evaluation of the Abbott LCX ligase chain reaction assay for detection of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* in urine and genital swab specimens from a sexually transmitted disease clinic population. *J Clin Microbiol* 1998;**36**:1630-3
11. Koumans EH, Johnson RE, Knapp JS, St Louis ME. Laboratory testing for *Neisseria gonorrhoeae* by recently introduced nonculture tests: a performance review with clinical and public health considerations. *Clin Infect Dis* 1998;**27**:1171-80
12. MacMillan S, McKenzie H, Flett G, Templeton A. Feasibility of patient-collected vulval swabs for the diagnosis of *Chlamydia trachomatis* in a family planning clinic: a pilot study. *Br J Fam Planning* 2000;**26**:202-6
13. Gift TL, Pate MS, Hook EW, Kassler WJ. The rapid test paradox: when fewer cases detected led to more cases treated. *Sex Transm Dis* 1999;**26**:232-40
14. Temmerman M, Mohamedali F, Fransen L. Syphilis prevention in pregnancy: an opportunity to improve reproductive and child health in Kenya. *Health Pol Plann* 1993;**18**:122-7
15. Mabey D, Peeling RW, Perkins MD. Rapid and simple point-of-care diagnostics for STIs. *Sex Transm Inf* 2001;**7**:397-8
16. Woolley PD, Pumphrey J. Application of 'Clearview Chlamydia' for the rapid detection of cervical chlamydial antigen. *Int J STD & AIDS* 1997;**8**:257-8
17. Widjaja S, Cohen S, Brady WE, et al. Evaluation of a rapid assay for detection of *Chlamydia trachomatis* infections in outpatient clinics in South Kalimantan, Indonesia. *J Clin Microbiol* 1999;**37**:4183-5
18. Pate MS, Dixon PB, Hardy K, Crosby M, Hook EW 3rd. Evaluation of the Biostar Chlamydia OIA assay with specimens from women attending a sexually transmitted disease clinic. *J Clin Microbiol* 1998;**36**:2183-6
19. Fears MB, Pope V. Syphilis Fast Latex agglutination test, a rapid confirmatory test. *Clin Diagn Lab Immunol* 2001;**8**:841-2
20. Ashley RL, Wald A, Eagleton M. Premarket evaluation of the POckit HSV-2 type-specific serologic test in culture-documented cases of genital herpes simplex virus type 2. *Sex Transm Dis* 2000;**27**:266-9

Santé reproductive et VIH : modifier le comportement sexuel des jeunes

Nancy E Williamson

Pour améliorer leur état de santé et leur bien-être actuels et futurs, les jeunes du monde entier (ils sont aujourd'hui 1,7 milliard, âgés de 10 à 24 ans) doivent se plier à un certain nombre d'impératifs : retarder le moment de la première expérience sexuelle, éviter de fumer et de consommer alcool ou drogues, faire de l'exercice et ne pas prendre de risques une fois qu'ils sont sexuellement actifs. En effet, l'Organisation mondiale de la santé estime que 70 % des décès prématurés parmi les adultes résultent de comportements adoptés au cours de l'adolescence. Pour se prémunir contre ce danger, il est nécessaire de posséder les informations et les compétences nécessaires. Mais pour tous ceux qui travaillent auprès des jeunes, le véritable défi consiste à les convaincre de renoncer à certains comportements à risques. Dans le domaine de la prévention de l'infection à VIH, des résultats encourageants ont été obtenus en Ouganda¹ et en Zambie², où les jeunes, en particulier les filles, entament désormais plus tard leur vie sexuelle, réduisent le nombre de leurs partenaires et utilisent davantage le préservatif – ce qui a entraîné un déclin de la prévalence du VIH. En Thaïlande, des interventions auprès des jeunes conscrits ont abouti à une diminution similaire des infections sexuellement transmissibles, dont le VIH³. Les succès ainsi enregistrés sont très importants en ce qu'ils permettent de convaincre les responsables politiques et les donateurs d'investir des ressources dans les programmes destinés aux jeunes, qui comptent parmi les moins bien lotis par les fonds pour le développement.

Le comportement des jeunes varie énormément d'un groupe à l'autre. Il est particulièrement influencé par l'âge, le sexe, la situation maritale, la scolarisation et le lieu de résidence (milieu urbain ou rural). C'est pourquoi la tâche qui consiste à fournir informations, compétences et services au plus grand nombre d'entre eux est immense. Jusque récemment, la plupart des programmes consacrés aux jeunes étaient limités, isolés, et leurs responsables n'étaient pas en mesure de rendre compte de l'efficacité ni de l'incidence de leurs interventions. Néanmoins, il est aujourd'hui possible de tirer certaines conclusions générales et de déterminer ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas.

VIH et santé reproductive

L'un des récents numéros de *Population Reports*⁴, consacré aux jeunes et au VIH/sida, porte le sous-titre suivant : « Est-il possible d'éviter une catastrophe ? ». Aujourd'hui, 12 millions de jeunes sont infectés par le virus, et la moitié des nouvelles infections concerne des jeunes âgés de 15 à 24 ans. On prévoit que dans six pays africains, entre 42 et 88 % de la population actuelle de jeunes de 15 ans décéderont des suites du sida.

Les données relatives à la santé reproductive sont tout aussi inquiétantes. En effet, chaque année, 15 millions de jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans donnent naissance à un enfant et nombre de ces grossesses ne sont pas planifiées. On observe parmi les jeunes mères un taux de mortalité plus élevé que parmi les mères âgées de 20 à 39 ans ; leurs bébés se portent moins bien que ceux de mères plus âgées ; quant à celles qui ne sont pas mariées, elles ont moins facilement accès aux contraceptifs et sont moins susceptibles d'y avoir recours lors des rapports sexuels.

Programmes qui encouragent un changement de comportement

Plusieurs programmes d'envergure sont actuellement en cours. Le plus important, sans doute, la première campagne mondiale axée sur la lutte contre le VIH parmi les jeunes, sera lancé lors de la réunion qui sera consacrée au sida à Barcelone, cet été. Ce programme de six mois, dont l'initiative revient à MTV, s'articulera autour de messages sur le service public, d'une vidéo, de concerts de rock et de publicité pour les services locaux destinés aux jeunes, les lignes téléphoniques confidentielles et les organisations pertinentes. Dans le cadre du programme FOCUS⁵, d'une durée de 6 ans, trente-neuf études d'une qualité exceptionnelle en provenance des pays en développement ont été examinées. Les données actuelles indiquent que quatre activités méritent une attention particulière. Les programmes à base communautaire, axés sur le développement des jeunes, la promotion par les pairs et la distribution de contraceptifs « sont à même d'améliorer le comportement des jeunes en matière de reproduction ». Les programmes en milieu scolaire « parviennent pratiquement dans tous les cas à améliorer les connaissances des jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive ». L'utilisation des médias, notamment la télévision, la radio, les lignes téléphoniques confidentielles et l'Internet sont riches de promesses – notamment le marketing social visant à rendre l'utilisation régulière du préservatif plus acceptable d'un point de vue social. Mais il est surprenant de constater que l'adaptation aux jeunes des services cliniques ne porte guère ses fruits. Certes, les données recueillies ne proviennent parfois que d'un nombre limité d'études, comme dans ce dernier exemple. Mais les résultats négatifs ont leur importance. Sur la base des informations existantes, il ressort que les centres destinés aux jeunes ne présentent pas un bon rapport coût-efficacité pour ce qui est de la prestation de services de santé reproductive. Il est donc urgent d'évaluer le mode de fonctionnement et l'incidence des programmes destinés aux jeunes, et notamment leur coût.

Dans un autre article, reposant largement sur les travaux réalisés en Amérique du Nord, Kirby⁶ établit la liste des dix caractéristiques communes aux programmes d'éducation sexuelle et d'éducation au VIH les plus efficaces. Ces programmes :

- Se concentrent sur un ou plusieurs comportements sexuels qui conduisent à une grossesse non intentionnelle ou à une infection transmise sexuellement;
- Reposent sur des approches dont il a été prouvé qu'elles exerçaient une influence sur d'autres comportements associés à la santé et qui ciblent des antécédents sexuels spécifiques;
- Transmettent et réitèrent constamment le message suivant : mieux vaut s'abstenir de toute relation sexuelle, mais si ce n'est pas le cas, il faut avoir recours au préservatif ou à d'autres formes de contraception;
- Fournissent des informations précises quant aux risques liés à l'activité sexuelle des adolescents et sur les moyens d'éviter les rapports sexuels ou de se protéger contre la grossesse et l'infection;
- Indiquent quel genre de réponse apporter aux pressions sociales qui influencent le comportement sexuel;
- Fournissent des conseils pratiques en matière de communication, de négociation et de refus;
- Utilisent des méthodes pédagogiques qui impliquent les participants et sont personnalisées;

- Fixent des objectifs en matière d'amélioration du comportement et appliquent des méthodes pédagogiques appropriées en fonction de l'âge, de l'expérience sexuelle et de la culture;
- Sont d'une durée supérieure à quelques heures; les programmes à court terme (qu'ils se limitent ou non à encourager l'abstinence et à fournir une éducation sexuelle de base) ont une incidence négligeable ;
- Sélectionnent des pairs et des enseignants qui croient au succès du programme et leur fournissent une formation adéquate.

Conclusion

Aucune des approches évoquées ici ne garantit à elle seule l'obtention des résultats escomptés. La solution, ce sont les jeunes eux-mêmes, car ce sont eux qui doivent accomplir les milliards de petits actes quotidiens qui assurent leur protection. Quelle que soit l'approche privilégiée, les jeunes doivent participer, voire prendre l'initiative. La mise en œuvre de tels programmes dans les pays en développement constitue un défi particulier. Par exemple, les méthodes d'enseignement participatives ne sont pas en usage dans nombre de systèmes scolaires, et les enseignants eux-mêmes ignorent parfois quels messages faire passer à leurs élèves. Le « professeur de biologie », par exemple, n'est pas toujours le plus qualifié pour parler de sexualité ou enseigner les compétences interpersonnelles nécessaires pour refuser un rapport sexuel. Certaines études randomisées à grande échelle consacrées aux interventions en matière éducative, dont les résultats seront bientôt publiés, fourniront à ce titre des informations précieuses – que leurs résultats soient positifs ou négatifs.

Nancy Williamson est Directrice du YouthNet Program de Family Health International, 2101 Wilson Boulevard, Suite 700, Arlington, VA 22201, Etats-Unis (e-mail : nwilliamson@fhi.org).

Références

1. Asiimwe-Okiror G, Opio AA, Musinguzi J, Madraa E, Tembo G, Carael M. Change in sexual behaviour and decline in HIV infection among young pregnant women in urban Uganda. *AIDS* 1997;11:1757-63
2. Bloom SS, Banda C, Songolo G, Mulendema S, Cunningham AE, Boerma JT. Looking for change in response to the AIDS epidemic: trend in AIDS knowledge and sexual behaviour in Zambia, 1990 through 1998. *J Acq Immune Defic Syndr* 2000;25:77-85
3. Celentano DD, Bond KC, Lyles CM, et al. Preventive intervention to reduce sexually transmitted infections: a field trial in the Royal Thai Army. *Arch Intern Med* 2000;160:535-40
4. Kiragu K. Youth and AIDS. Can we avoid catastrophe? *Popn Rep* 2001;series L, no 1
5. FOCUS. Advancing Young Adult Reproductive Health: end of program report. Washington, DC, 2001
6. Kirby D. Emerging Answers: research findings on programs to reduce teen pregnancies. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, 2001

Nouvelles

La contraception d'urgence n'est pas un avortement provoqué

Au Royaume-Uni, le lévonorgestrel, contraceptif d'urgence, peut désormais être délivré par les pharmaciens aux femmes âgées de 16 ans ou plus. Opposée à cette libéralisation, la Society for the Protection of the Unborn Child (Société pour la protection des enfants à naître), s'appuyant sur le fait que cette méthode empêche l'implantation d'un œuf fécondé, a avancé que la fourniture de pilules par les pharmaciens équivalait à « provoquer un avortement spontané » – ce qui constitue une infraction pénale. Arguant que la contraception d'urgence devrait être soumise à la législation applicable à l'avortement, la Société a tenté d'obtenir du tribunal de grande instance qu'il examine la question. Le 18 avril, elle a été déboutée sans ambiguïté. Le juge Munby a fait valoir que l'argument avancé par la Société pouvait être appliqué à toute forme de contraception qui tend à empêcher l'implantation d'un œuf fécondé – par exemple, le dispositif intra-utérin ou la minipilule. Il a conclu de ses consultations qu'un « avortement spontané » ne pouvait être survenir qu'après l'implantation. Il s'est montré particulièrement critique de la tentative par la Société d'ériger en infraction à la loi pénale des méthodes utilisées par un grand nombre d'individus : « Il n'appartient nullement, selon moi, aux autorités publiques, a fortiori au droit pénal, de dire à des adultes s'il convient ou non qu'ils utilisent des moyens contraceptifs du type de celui que j'ai examiné. »