

Évaluation en 1991 des risques de MST et d'infection par VIH en zone rurale sénégalaise

Pierre Lemardeley, Aldiouma Diallo, Aïssatou Gueye-N'Diaye,
Charles Becker, Souleymane Mboup, Jean-Loup Rey

Un observatoire démographique ayant été installé dès 1962 par l'Orstom à Niakhar (Sénégal), avec un fichier exhaustif des habitants actualisé depuis 1983, il nous a semblé intéressant d'étudier l'extension de l'épidémie à VIH dans cette zone rurale. De plus, certaines caractéristiques démographiques des habitants (polygamie: 1,8 femme en moyenne, taux de divorce élevé: 41 %, forte migration saisonnière) pouvaient être considérées dans cette région comme des facteurs possibles de diffusion du Sida [1]. Les études menées entre mai 1989 et mai 1991 avaient pour objectif d'évaluer les risques liés à ces facteurs. La zone de Niakhar est située à 150 kilomètres à l'est de Dakar. Elle compte environ 26 000 habitants répartis en 30 villages (113 hab./km²). Elle se trouve dans la région sahélo-soudanienne du Sénégal, au cœur du bassin arachidier. Le climat y est sec et chaud de novembre à juin, chaud et humide de juillet à octobre (hivernage). Cette société rurale, d'ethnie Sereer, en majorité musulmane, a un niveau de revenus faible, provenant de la culture du mil et de l'arachide, de

l'élevage et des revenus des migrants temporaires qui séjournent à Dakar pendant la saison sèche et reviennent au village à la saison des pluies.

Méthodologie

Population

En début de projet, nous avions envisagé de pratiquer une étude sérologique cas/témoins par enquête domiciliaire simultanément à l'étude menée sur les comportements sexuels, les migrations et les maladies sexuelles [2].

L'absence totale de perception du risque de Sida, dont le nom même est inconnu dans la zone pour plus de 95 % des habitants de 15 à 40 ans, et le souvenir des prélèvements intrafémoraux réalisés en 1981 dans la même zone rendirent cette étude impossible. De plus, l'enquête exhaustive sur les comportements sexuels dans un tiers des villages de la zone avait un taux de réponse de 65 % seulement: l'absentéisme étant lié à l'un des facteurs de risque étudié, la migration. Par ailleurs, compte tenu de la faible séroprévalence (estimée à 10/100), faire une enquête avec sondage aléatoire aurait nécessité un effectif très élevé. Nous avons donc décidé d'évaluer la pénétration du VIH dans la zone par une surveillance épidémiologique organisée dans les dispensaires de Toucar, Diohine et Ngayokhème.

Les sujets entrant dans l'étude sont de trois origines :

- les suspects cliniques de MST eux-mêmes divisés en deux sous-groupes : celui des consultants spontanés au dispensaire et celui des sujets suspects recrutés lors de l'enquête sociologique à domicile ;
- toutes les femmes dont la grossesse s'est déclarée durant la période de l'étude et qui se rendent aux consultations de PMI des dispensaires ;
- tous les toussoteurs chroniques (toux durant plus de trois semaines) avec deux sous-groupes, l'un dépisté lors de la visite domiciliaire des enquêteurs et l'autre consultant spontanément au dispensaire.

Examens biologiques

Les prélèvements sanguins ont été réalisés, après information et consentement individuel, au bout du doigt sur Microtainer®, au moment de la première visite. Les tests de dépistage ont été réalisés à Dakar, par VDRL sur carte (RPR®) pour la syphilis et par test rapide HIV Chek® 1+2 (Dupont) pour la sérologie VIH. Les prélèvements positifs ont été restés en TPHA pour la confirmation de la syphilis et en Western Blot HIV 1 et 2 (Behring) au laboratoire de biologie médicale de l'hôpital Le Dantec. Par ailleurs, les résultats de l'interrogatoire et de l'examen des MST ont été consignés sur une fiche clinique.

Les MST étaient traitées selon les protocoles proposés par le Centre national de référence de lutte contre les MST du Sénégal pour les formations non dotées de moyens diagnostiques. Nous nous sommes mis dans la position d'un centre

P. Lemardeley, A. Diallo, C. Becker: Orstom, Programme Sida, Dakar, Sénégal.
A. Gueye-N'Diaye, S. Mboup: Service de biologie médicale, Hôpital Le Dantec, Dakar, Sénégal.
J.L. Rey: Orstom, Programme Sida, Montpellier, France. Adresse actuelle: Section Épidémiologie, DCSSA, 00459 Armées, France.

Tirés à part: J.-L. Rey

09 OCT. 1995

Cahiers Santé 1995; 5: 43-8

43

ORSTOM Fonds Documentaire

N° : 42569. ex 1

Cote : R

sans examen biologique, en ne réalisant que la sérologie après transport des sérums à Dakar, ce qui était impossible pour les prélèvements bactériologiques concernant les autres MST.

Résultats

Sérologie pour le VIH

Les résultats généraux sont rapportés dans le *tableau 1*.

Globalement, la prévalence est de 0,2 % chez les femmes et de 1,3 % chez les hommes (différence non significative, $p = 0,06$).

- Deux femmes enceintes ont été diagnostiquées porteuses d'anticorps anti-VIH2, l'analyse de leurs contacts familiaux n'a pas été possible.

- Chez les consultants MST, cinq prélèvements sont positifs au Western Blot pour VIH2, soit un taux de séroprévalence de 1% (0,32 - 2,32%). Deux personnes sont venues consulter spontanément et trois après l'enquête anthropologique, soit un taux de prévalence respectivement de 1,8 et 0,6 % (différence non significative).

- Aucune séropositivité n'a été mise en évidence chez les tousseurs chroniques.

Les taux de séroprévalence spécifique selon le sexe sont de 0,7 % chez la femme et 2,4 % chez l'homme (différence non significative). On ne trouve pas de cas avant 20 ans. Le taux est de 1,3 % pour les 20-29 ans et de 1,4 % pour les 30 ans et plus (différence non significative). Le taux de séroprévalence est de 1,3 % chez les sujets vivant hors union, 0,6 % chez les mariés monogames et 2,2 % chez les mariés polygames (effec-

tifs insuffisants pour tester ces différences).

Parmi les cinq cas dépistés, trois présentent des signes généraux. Les contacts familiaux n'ont pu être examinés que pour un cas : il s'agissait d'un homme travaillant dans un hôtel sur la Petite-Côte, qui avait des rapports sexuels avec des prostituées et était malade depuis trois ans. Sa femme a consulté et était séropositive, son enfant de 4 ans séronégatif.

Sérologie pour la syphilis

Les résultats globaux sont rapportés dans le *tableau 2*.

- Chez les femmes enceintes, la séropositivité à la syphilis (RPR + TPHA) est de 1,8 % ($\pm 0,6$). Le taux de prévalence est significativement plus élevé chez les femmes venant de villages situés hors de la zone d'étude (3,9%).

Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative selon le dispensaire ou la situation matrimoniale. La prévalence est maximale entre 30 et 34 ans, mais les taux de prévalence spécifique par âge ne sont pas significativement différents.

- Chez les consultants MST, vingt-quatre RPR étaient positifs (séroprévalence RPR de 4,8 %), dont dix confirmés par TPHA. En se référant aux 493 consultants MST, le taux de prévalence est donc de 2 % (0,8 % - 3,2 %). Huit cas sont venus consulter à la suite de l'enquête anthropologique (soit 2,4 %), et deux cas étaient consultants spontanés (soit 1,2 %, différence non significative). Les taux de prévalence spécifiques selon le sexe sont de 1,7 % chez la femme et 3,6 % chez l'homme (différence non significative). Les taux spécifiques selon

l'âge sont de 1,8 % de 0 à 19 ans, 3,8 % entre 20 et 29 ans et 0,9 % à 30 ans et plus. Les taux spécifiques selon la situation matrimoniale sont de 0 % pour les personnes vivant hors union, 2,5 % chez les mariés monogames et 1,1 % chez les mariés polygames (différences non significatives).

Nous n'avons jamais rencontré de chancre avec son adénopathie typique. Les lésions cutanées étaient présentes dans deux cas. Sur les dix cas, on ne retrouve que trois formes associées à des signes cliniques : deux cervicovaginites et un écoulement urétral.

- Chez les tousseurs chroniques, les caractéristiques démographiques (sexe, âge, statut matrimonial) sont semblables entre les deux sous-groupes et, par ailleurs, ne sont pas significativement liées à la positivité de l'examen sérologique.

Résultats concernant les MST

Un peu plus de la moitié seulement des 493 consultants pour MST se sont révélés positifs au sens de la médecine occidentale. Cette proportion est de 49 % chez les 330 consultants envoyés par les enquêteurs de l'étude sur les comportements sexuels, contre 62 % chez les consultants spontanés. Ces deux types de consultants ne diffèrent entre eux ni par l'âge, ni par le sexe.

La prédominance féminine est très forte : 70 % des consultants spontanés, 90 % des consultants envoyés par les enquêteurs, 92 % des patients porteurs de MST au sens « biomédical » du terme.

La quasi-totalité des femmes souffrant de MST (239/243) présentaient une cervicovaginite. Nous n'avons revu en consul-

Tableau 1

Résultats de la sérologie VIH-2 selon l'origine des sujets

Origine	Nombre de sujets testés	VIH+ confirmés	% de positifs
Femmes enceintes	1868	2	0,11
Tousseurs femmes	72	0	0,00
Consultants MST femmes	409	3	0,73
Tousseurs hommes	71	0	0,00
Consultants MST hommes	84	2	2,38

HIV-2 serology according to reason for enrolment in the study

Tableau 2

Résultats de la sérologie tréponémique (TPHA) selon l'origine des sujets

Origine	Nombre de sujets testés	Nombre de positifs	% de positifs
Femmes enceintes	1868	33	1,77
Tousseurs femmes	72	1	1,39
Consultants MST femmes	409	8	1,95
Tousseurs hommes	71	3	4,23
Consultants MST hommes	84	2	2,38

Treponema serology according to enrolment

Tableau 3**Répartition des diagnostics de MST selon le sexe**

Diagnostic	Hommes	Femmes	Total
Ulcérations génitales	7	27	34
Urétrites	13	0	13
Cervicovaginites	0	239	239
Végétations	1	1	2
Gale	1	1	2
Total diagnostics	22	268	290*
Total malades	19	243	262*
Total consultants	84	409	493

* Plusieurs diagnostics peuvent être associés.

STD diagnoses according to sex**Tableau 4****Corrélations entre les diagnostics modernes et traditionnels de MST**

Diagnostic moderne traditionnel	Cervicovaginite	Ulcérations	Urétrites	Total
<i>Kurfeteng</i>	50	2	5	57
<i>Socet</i>	16*	2	1	19
Autres	35	3	5	43
Sans	55	21	12	88
Total	156	28	23	207

* Seul lien significatif ($p = 0,04$).

Correlation between modern and traditional diagnoses

ration de contrôle que 67% d'entre elles (159/239). Les autres syndromes MST rencontrés sont rapportés dans le *tableau 3*.

Presque 50% des consultants sont venus au dispensaire pour des maladies traditionnelles apparentées à nos MST. La médecine traditionnelle décrit deux maladies, le *kurfeteng* et le *socet*, qui sont tenues pour sexuellement transmissibles et que nous avons essayé de décrire selon des critères biomédicaux et épidémiologiques. Une troisième maladie, le *mboot*, n'a été rencontrée qu'une seule fois et n'a pas pu être étudiée.

Les corrélations entre les diagnostics traditionnels et biomédicaux figurent dans le *tableau 4*.

Le *kurfeteng* est fréquent parmi nos consultants puisque 60% des sujets s'en déclarent atteints. Le *socet* isolé semble être moins fréquent (7,8%) ; il est en revanche souvent associé au *kurfeteng* et il apparait, dans notre étude, comme étant une maladie exclusivement féminine.

Études des facteurs de risque liés au comportement

Pour appréhender l'impact des comportements sexuels sur les MST, nous avons comparé les données de la surveillance des MST à celles de l'enquête sur les comportements sexuels dont certains résultats ont été exposés ailleurs [3]. Le nombre de cas d'ulcères génitaux, d'écoulements urétraux et de syphilis étant insuffisant pour une étude statistique avec une puissance suffisante, nous avons limité notre étude des facteurs de risque aux cervicovaginites. En comparant les réponses des femmes porteuses de cervicovaginite et de celles qui en étaient exemptes, nous avons recherché une différence significative au test du Chi² et calculé un *odd ratio* brut.

La proportion des personnes n'ayant pas répondu et la distribution des âges ne diffèrent pas significativement entre les sujets malades et les sujets non malades.

Le niveau d'instruction est lui aussi comparable dans les deux groupes.

L'âge moyen au premier rapport sexuel (16 ans environ) est sensiblement le même chez les malades et les non-malades, tout comme l'identité du premier partenaire: il s'agit du mari dans 44% des cas, du fiancé dans 40% des cas et de quelqu'un d'autre dans 16% des cas. Le nombre moyen de partenaires sexuels est plus élevé chez les malades atteintes de cervicovaginite (2,1) que chez les témoins (1,9), mais la différence n'est pas significative.

Nous n'avons trouvé aucune liaison statistique entre l'appartenance au groupe des cervicovaginites et les indicateurs de la situation matrimoniale actuelle, c'est-à-dire le nombre d'épouses, de partenaires occasionnels ou réguliers au cours de la dernière année, de rapports sexuels lors de la dernière année ou lors du dernier mois.

En revanche, le nombre moyen de partenaires sexuels réguliers est significativement plus élevé chez les malades : 1,2 contre 1 chez les témoins ($p = 0,02$), mais l'*odd ratio* des cervicovaginites est de 1,9 avec un intervalle incluant l'unité (0,91 - 4,02) lorsque le nombre de partenaires sexuels réguliers est supérieur ou égal à 2 ($p = 0,06$). Le nombre moyen de mariages contractés est significativement plus élevé chez les malades que chez les témoins et l'*odd ratio* des cervicovaginites est de 2,16 (1,01 - 4,63) lorsque la femme a contracté au moins deux mariages ($p = 0,03$).

De même, les déplacements en ville au cours des douze derniers mois sont significativement plus fréquents chez les malades avec cervicovaginite que chez les témoins. L'*odd ratio* est de 3,8 (1,11 - 15,6) lorsque le sujet s'est déplacé plus de deux fois ($p = 0,01$).

Efficacité des stratégies de traitement des MST

L'application contrôlée des schémas de traitement standardisé pour les MST nous permet d'évaluer de façon pragmatique leur efficacité ; les résultats globaux sont rapportés dans le *tableau 5*. Les taux globaux de guérison ne sont pas significativement différents pour les trois syndromes.

Commentaires

Efficacité de la visite prénatale

Entre mai 1990 et juin 1991, 1 866 femmes enceintes ont subi des prélèvements, et 20 % des consultantes provenaient de villages situés en dehors de la zone d'étude. Les dispensaires de Toucar et de Diohine ont accueilli chacun 40 % de l'effectif, celui de Ngayokhème 20 %. En comparant le nombre de grossesses déclarées aux enquêteurs démographiques et celui des grossesses suivies au dispensaire, le taux de couverture de la visite prénatale a été évalué à 50 %, sans variation significative selon le dispensaire. Ce taux de couverture est inférieur à celui prévu au départ et observé durant les années antérieures ; il est dû en partie à la poursuite d'autres projets de recherches dans la même région.

Séroprévalence pour le VIH

Le taux de prévalence de VIH de 30/00 trouvé à Niakhar est significativement plus faible que ceux établis par la surveillance sentinelle du CNPS (Comité national de prévention du Sida) pour Dakar (1,4 %), Kaolack (1,6 %) et Ziguinchor (1,9 %). Il n'est pas significativement différent de celui de Saint-Louis.

Les facteurs considérés *a priori* comme « à risques » résultant des caractéristiques démographiques connues dans la zone (migrations, taux de divorce, polygamie) ne sont donc pas, à cette date, responsables d'une pénétration des VIH dans la région.

La séroprévalence n'est pas significativement différente entre les hommes et les femmes avec $p = 0,06$ (Chi² corrigé à cause des faibles effectifs).

Toutes les confirmations sont à VIH-2.

Séroprévalence pour la syphilis

Le taux de prévalence de la séropositivité aux tréponématoses mis en évidence par cette étude (1,8 %) est peu élevé pour l'Afrique où les données déjà publiées signalent des taux de prévalence sérologique avec RPR, non confirmée par TPHA, de 10 à 14 %. Ces résultats

Summary

Evaluation of the risks of STD and infection by HIV in a rural area in Senegal in 1991

P. Lemardeley, A. Diallo, A. Gueye, E. Sarr, C. Becker, S. Mboup, J.L. Rey

This study was performed in the Sereer region 150 km to the east of Dakar, the capital of Senegal. The population of the region is characterised by large seasonal migration, a high divorce rate (41% of marriages end in divorce) and frequent polygamy (1.8 married women per married man).

We organised the medical centres in the region to monitor actively the epidemiology of HIV infection. Three populations were targeted: pregnant women presenting for their first prenatal consultation; patients presenting with STD; and people with chronic (more than three weeks) cough. The patients consulting for STD were recruited two ways: those presenting spontaneously and those identified during home interviews by the team performing a parallel sociological study of behaviour.

Overall, the prevalence of HIV seropositivity was 0.2% of the women and 1.3% of the men (the difference is not significant). The seropositive individuals identified were 2 pregnant women and 5 patients (3 of 409 women and 2 of 84 men) with STD. There was no significant difference between the sex, age, marital status, or type of recruitment (spontaneous or identified by the sociological survey) of the HIV seropositive and seronegative individuals.

The prevalence of treponema antibodies was 1.8% among pregnant women, 2% among STD patients and 2.4% among patients with chronic cough. There was no significant difference according to age, sex, marital status or motivation for consultation.

More than half the patients consulting for STD presented biomedical disease. The majority of the STD patients were women: 70% of those spontaneously consulting; 90% of those identified by the survey; and 92% of those with biomedical disease were women. Almost all these women were suffering from cervicovaginitis.

The incidence of traditional sexual diseases was assessed: mboot was very rare, and kurfeteng frequent (60%) without any correlation with biomedical STD. Socet was rare (7.8%) but significantly correlated with cervicovaginitis.

The efficacy of standard treatments for STD was good, with an overall success rate of 60%.

Only cervicovaginitis was studied for its correlation to behaviour. The incidence did not correlate with age, age at first sexual contact, status of sexual partner or other indicators of current sexual activity. However, the incidence of cervicovaginitis correlated with the number of previous marriages ($p = 0.03$) and number of visits to the town during the previous year ($p = 0.01$).

In conclusion, the region is not currently severely afflicted by HIV. The incidence of STD is high and correlates with the number of previous marriages (and thus divorces) and visits to the town. As divorce and remarriage are very frequent in this population, and the trips to the town numerous, close monitoring of the STD and HIV epidemiology is required. The data collected can also be used to improve the care of STD patients.

Cahiers Santé 1995; 5: 43-8.

confirment l'absence partielle de « risques » pour les MST dans la région étudiée (dont l'infection par le VIH).

Il est possible que ces résultats sérologiques soient partiellement dus aux tréponématoses endémiques, néanmoins, s'agissant d'adultes, il est admis qu'une

sérologie RPR confirmée par TPHA est plus révélatrice d'une infection vénérienne que d'une tréponématose endémique ; le bejel (*Treponema pallidum*) est fréquent dans la région mais avec une prévalence faible depuis les grandes campagnes de pénicillinothérapie des années 50 et 60.

Étude des MST

L'étude a mis en évidence deux obstacles majeurs à la prise en charge des MST en milieu rural :

– la rareté des hommes parmi les consultants (10 %) ;

– la rareté des consultations chez les cas contacts (20 % des consultants).

Par ailleurs, l'efficacité de la prise en charge est fortement diminuée par l'ancienneté des troubles : 85 % des écoulements urétraux, 87 % des ulcérations génitales et 92 % des cervicovaginites évoluent depuis plus d'un mois.

Trois autres facteurs diminuent l'efficacité de cette prise en charge :

– la recontamination par l'absence de traitement du partenaire, pour la cervicovaginite par exemple ;

– l'anarchie des traitements proposés le plus souvent par des infirmiers, en particulier pour les sujets se présentant avec un écoulement ou une ulcération. La spécificité de l'utilisation des médicaments pour les MST est très faible, et ceux-ci sont souvent prescrits pour de multiples autres affections ;

– enfin, seulement 67 % des femmes sont venues à la consultation de contrôle des traitements.

La faible attraction des centres de santé de la zone a été améliorée, lors de notre étude, par la mise en place d'une consultation spécialisée et par la fourniture de médicaments gratuits ; les années précédentes, les dispensaires ne signalaient que 20 cas de MST, contre 163 malades consultants spontanés dans notre étude.

La proportion de consultants se déclarant atteints de *kurfeteng* ou de *socet* n'est que de 20 % parmi les consultants spontanés, alors qu'elle est de 85 % chez les consultants après enquête anthropologique. Cela confirme que le recours spontané de ce type de patients au dispensaire est assez faible, cette pathologie étant difficilement déclarée et jugée plus de la compétence du thérapeute traditionnel que du médecin.

Pour le *kurfeteng*, aucun des signes cliniques notés à l'interrogatoire et à l'examen n'a une sensibilité supérieure à 35 %. Ces signes ne sont donc pas pertinents pour décrire cette pathologie qui est une entité nosographique traditionnelle ne coïncidant avec aucun tableau clinique médical de MST. La traduction habituelle de *kurfeteng* par syphilis est ainsi incorrecte. Le taux de séroprévalence de la syphilis n'est d'ailleurs pas signi-

Tableau 5

Efficacité des schémas de traitement standardisés des MST

Diagnostic	Nombre de traités	Guérison	Nombre perdus de vue	Poursuite du traitement	Taux de guérison
<i>Candida</i>	35	2	5	28	–
<i>Trichomonas</i>	116	28	16	72	–
Gonocoque	108	41	24	43	–
<i>Chlamydia</i>	43	21	9	13	–
Total cervicovaginite	159	92	–	–	58 %
Chancre mou	10	5	1	4	–
Syphilis	4	1	1	2	–
Total ulcérations	10	6	–	–	60 %
Gonococcie	13	3	0	10	–
<i>Chlamydia</i>	10	4	2	4	–
Total urétrite	13	7	–	–	57 %

Efficacy of standard treatments for STD

ficativement plus élevé chez les patients se plaignant de *kurfeteng* ($p = 0,4$).

Pour le *socet* en revanche, on rencontre dans plus de la moitié des cas des pertes, des brûlures à la miction, de la dysurie et un prurit local. Ce tableau peut donc être en première approximation rapproché des cervicovaginites. Le diagnostic de *socet* est statistiquement lié à l'existence d'une cervicovaginite, et la présence des différents signes est plus élevée chez les sujets qui s'en disent atteints ; la liaison est significative pour les pertes ($p = 0,02$) et le prurit local ($p = 0,03$), mais pas pour la dysurie ($p = 0,07$) ni les brûlures à la miction ($p = 0,08$).

Remarquons que nous n'avons rencontré de végétations vénériennes que dans deux cas et que la traduction de *socet* par « végétations vénériennes » n'est pas satisfaisante.

Ajoutons que les données qualitatives recueillies par entretiens auprès des thérapeutes traditionnels ont montré la grande complexité des représentations sereer au sujet des maladies transmises entre hommes et femmes, de leurs symptômes et de leur étiologie. De ce fait, il est impossible de retenir une traduction appropriée pour les noms de maladies cités ici [4]. En simplifiant il serait possible d'associer le *kurfeteng* à une maladie des deux sexes en rapport avec l'appareil génital et le *socet* aux infections génitales féminines.

MST et prévention du Sida

L'importance, en santé publique, des cervicovaginites est renforcée par le fait

que, sur trois femmes séropositives VIH, deux souffrent de cette affection, ainsi que deux femmes sur les trois positives en TPHA.

Il apparaît que toute politique de prévention de l'infection à VIH en zone rurale devra prendre en compte ces cervicovaginites malgré les difficultés pour en poser le diagnostic et pour standardiser leur traitement compte tenu des étiologies diverses.

Par ailleurs, cette affection, seule MST ayant pu être analysée quant à ses « risques », est liée significativement au nombre de mariages et aux déplacements en ville. Ces deux facteurs devront être pris en considération dans toute campagne de lutte contre le Sida et les MST. De plus, l'absence de lien avec le nombre de partenaires réguliers peut faire penser que les conduites à risque sont plus constituées par les mariages et divorces successifs que par les partenaires multiples habituels type « 2^e bureau ».

Les déplacements en ville au cours de l'année écoulée sont donc liés significativement à la fréquence des cervicovaginites, et si ces migrations n'ont pas encore provoqué une diffusion des VIH comme en Casamance [5, 6], il y a néanmoins un risque particulier à surveiller.

Enfin, l'étude a montré les qualités et les limites de la politique nationale de lutte contre les MST au Sénégal. Un taux de guérison voisin de 60 % est un résultat appréciable ; il pourrait être amélioré en simplifiant certains protocoles, en réservant l'usage de certains médicaments aux seules MST, en renforçant la formation

du personnel de santé pour un usage plus rationnel des médicaments et en améliorant l'image des centres de santé, ce que nous avons obtenu, en partie, par une consultation spécifique et un traitement gratuit. La prise en charge des MST faisant maintenant partie intégrante de la lutte contre le Sida, il nous semble que cette stratégie, consultation spécifique et traitement gratuit, pourrait être étendue à tout le territoire. Il serait souhaitable d'effectuer une nouvelle surveillance de trois ou six mois au cours de l'année 1995, afin de mieux appréhender le mode de pénétration éventuelle des VIH dans la région ■

Remerciements

Ce travail a été financé par une convention ANRS-Orstom et par le grand programme Sida de l'Orstom.

Références

1. Garenne M, Van de Walle E. Polygamy and Fertility among the Sereer of Senegal. *Population Studies*, 1989; 43: 267-283.
2. Becker C. *Étude anthropologique sur les migrations, la nuptialité et les comportements sexuels chez les Sereer du Sénégal. Rapport ANRS. 1990.* Dakar: Orstom, 1991; 49 + 68 + 63 + 55 p.
3. Garenne M, Cardenas R, Becker C. Heterogeneity, life cycle and the potential demographic impact of AIDS in a rural area of Africa. In: Dyson T, ed. *Sexual behaviour and networking: anthropological studies on the transmission of HIV.* Liège: Derouaux-Ordina, 1992; 385 p.
4. Becker C, Collignon R. *Entretiens sur les maladies sexuelles, leur représentation et leur thérapie chez les Sereer du Siin.* Dakar: Orstom, 1992; 242 p.
5. Pison G, Le Guenno B, Lagarde E, Enel C, Seck C. Seasonal migration. A risk factor for HIV infection in rural Senegal. *J of AIDS* 1993; 6: 196-200.
6. Lagarde E, Pison G, Le Guenno B, Enel C, Seck C. *Les facteurs de risque de l'infection à VIH 2 dans une région rurale au Sénégal.* Paris: Ined-Muséum Histoire Naturelle, 1992; 42 p. + ann. 27 p.

Résumé

L'étude s'est déroulée à Niakhar, à 150 km à l'est de Dakar. Il existe dans cette région un observatoire démographique depuis 20 ans. Les habitants de cette zone sont caractérisés par une forte polygamie, un taux de divorce élevé et des migrations saisonnières fréquentes vers les villes.

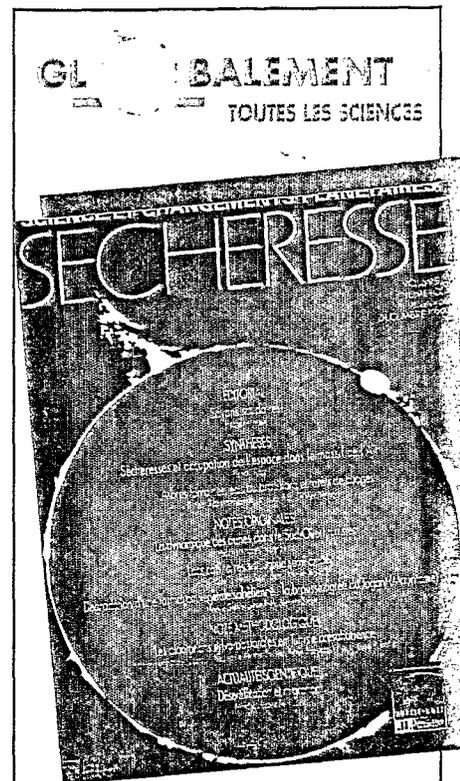
Une surveillance épidémiologique active a été mise en place de 1990 à 1991 et a permis de tester, pour le VIH, 1 868 femmes enceintes, 143 tousseurs chroniques (plus de 3 semaines) et 493 consultants pour MST.

La séroprévalence pour le VIH est globalement de 0,2 % pour les femmes et 1,3 % pour les hommes (différence non significative). Elle est de 1 % chez les consultants pour MST, de 0,11 % chez les femmes enceintes et de 0 % chez les tousseurs chroniques.

La sérologie tréponémique (RPR + TPHA) est peu élevée: 1,9 % chez les femmes enceintes, 2 % chez les consultants pour MST et 2,8 % chez les tousseurs chroniques.

Parmi les 493 consultants pour MST, 262 se sont révélés positifs, dont une grande majorité de femmes (243) qui souffrent presque toutes de cervicovaginites. Les diagnostics traditionnels n'apparaissent pas pertinents pour dépister ces MST.

Seules les cervicovaginites ont pu être étudiées quant aux facteurs de risques comportementaux; leur fréquence est significativement liée au nombre de mariages et aux déplacements en ville.



- Agronomie, élevage, écologie
- Climatologie, météorologie, hydrologie, géographie
- Pédologie, géologie
- Urbanisme, aménagement du territoire, architecture rurale
- Santé de l'homme et de l'animal, nutrition
- Biologie, génie génétique
- Sciences de l'ingénieur
- Éducation, communication
- Droit international

SCIENCE ET CHANGEMENTS PLANÉTAIRES SÉCHERESSE

1995 - 4 numéros par an -
Particuliers : 300 FF - Institutions : 510 FF
Étudiants : 220 FF
(50 % de remise : Afrique, Asie, Amérique du Sud, Haïti)

Nom
Fonction
Adresse complète

- Je désire m'abonner au tarif de.....FF
(joindre le règlement)
- Je désire recevoir un numéro gratuit

A retourner à :
JOHN LIBBEY EUROTEXT
127, avenue de la République
92120 Montrouge - France
Tél. : 46.73.06.60 - Fax : 40.84.09.99



Santé

Études originales

Efficacité d'un système d'iodation de l'eau dans la lutte contre les troubles dus à la carence iodée en Afrique centrale

Dieudonné Yazipo, Léonie Fio Ngaindiro, Luc Barrière-Constantin, et al.

Traitement des accès palustres à *Plasmodium falciparum* de l'enfant par l'artéméther (Gabon)

Maryvonne Kombila, Denis Dufillot, Thanh Hai Duong, et al.

Chimiosensibilité *in vivo* et *in vitro* de *Plasmodium falciparum* à Brazzaville (Congo)

Jacques Chandenier, Mathieu Ndounga, Bernard Carme, et al.

Description et enquête lors d'une épidémie de rougeole au Burkina Faso

Martin Schlumberger, Idrissa Sawadogo, Christophe Sanou, et al.

Inclusion de la vaccination contre l'hépatite B dans le PEV : étude de faisabilité dans la région médicale de Kolda (Sénégal)

Jean-Louis Excler, Bernard Yvonnet, Youssouf Gaye, et al.

Évaluation des risques de MST et d'infection par VIH en zone rurale sénégalaise (1991)

Pierre Lemardeley, Aldiouma Diallo, Aïssatou Gueye-N'Diaye, et al.

Mortalité maternelle évitable en milieu urbain à Niamey (Niger)

Charles Vangeenderhuysen, Jean-Paul Banos, Taher Mahaman, et al.

État bucco-dentaire de la population scolarisée de Wallis âgée de 5 à 15 ans

Xavier Hignard, Frédérique Resmond-Richard, Diane Toulemont, et al.



PM 203
KNT

ORSTOM - LNT

Reçu le :

20/03/95

ISSN 1157-5999

Prix au numéro :
120 FF pays du Nord
60 FF pays du Sud

Volume 5 Numéro 1 Pages 3 à 66 Janvier-Février 1995