

pn 79

LES ENQUÊTES SUR LE SIDA EN AFRIQUE

Par A. GUILLAUME (*) & J.-L. REY (**) (***)

RÉSUMÉ

A travers cet article est analysé l'intérêt des enquêtes sur le SIDA pour mesurer l'ampleur de la maladie au sein de la population, mais également pour analyser les connaissances et attitudes vis-à-vis de cette maladie afin de mieux organiser les campagnes de prévention. Il s'agit donc de mener d'une part des enquêtes de type épidémiologique mais également de type socio-démographique et anthropologique pour étudier les attitudes face à la maladie et à sa prévention.

Mots-clés : SIDA, AFRIQUE, ENQUÊTES, ÉPIDÉMIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE, ANTHROPOLOGIE.

SUMMARY

Inquiries on SIDA in Africa.

The interest of inquiries on SIDA is analysed through this article to test the disease extent among the population and to analyse knowledge and behaviour in front of this disease either, in order to organise better prevention campaigns. Thus this is the point to lead inquiries on one hand of epidemiological type and in the other hand of socio-demographic and anthropological type to study behaviours in front of disease and its prevention.

Key-words: SIDA, AFRICA, INQUIRY, EPIDEMIOLOGY, DEMOGRAPHY, ANTHROPOLOGY.

INTRODUCTION

Le SIDA continue sa progression sur tous les continents et les responsables de la Santé publique dans les différents pays se trouvent confrontés à des situations très difficiles : les informations dont ils disposent sur la maladie sont parfois disparates et peu représentatives de la population générale. La situation est particulièrement critique dans les pays africains où les systèmes sanitaires ne fonctionnent pas toujours très bien.

Nous étudierons ici les intérêts et problèmes que pose la réalisation des enquêtes sur le SIDA, enquêtes pour étudier ce problème de santé sous différents aspects : sanitaires, épidémiologiques, socio-démographiques, mais également les connaissances, attitudes et comportements face à cette maladie.

(*) ORSTOM, 213, rue Lafayette, 75010 Paris.

(**) ORSTOM, Montpellier.

(***) Manuscrit n° 926. Séance du 12 septembre 1990.

Pourquoi se poser ce problème spécialement à propos du SIDA? La réponse est évidemment liée au caractère très particulier de cette maladie quant à sa transmission mettant en jeu les fluides vitaux, le sperme et le sang, sa gravité et les inconnues concernant son évolution (temps de latence, porteur asymptomatique, etc.). De plus, les conséquences de cette épidémie sont nombreuses surtout dans les régions où l'équilibre économique est précaire et l'état sanitaire des populations déficient.

1. LES CONSÉQUENCES DU SIDA

1.1. Les conséquences sanitaires.

Dans les pays où la situation sanitaire est déjà fragile, l'apparition d'une nouvelle maladie est toujours un facteur d'aggravation de l'état global de santé. C'est particulièrement vrai pour le SIDA dont l'évolution est lente, douloureuse, handicapante et nécessite de nombreux soins. De plus, sa relation privilégiée avec certaines maladies infectieuses va entraîner la recrudescence de celles-ci.

Le SIDA va contribuer à grever les budgets déjà insuffisants pour faire face à nombre d'affections très graves et fréquentes au plan communautaire (paludisme, rougeole, malnutrition, etc.). A ces dépenses viennent s'ajouter celles consenties pour la protection du personnel médical, pour éviter la contamination des malades non atteints par le virus mais fréquentant les mêmes structures sanitaires, celles pour le dépistage et celles concernant les banques de sang puisqu'il devient impératif de fournir du « sang propre ».

1.2. Les conséquences sociales.

Elles sont importantes et universelles et constituent ce que J. MANN a qualifié de « troisième épidémie » (1). Il est à craindre en effet une entrave à la libre circulation des personnes, à la liberté individuelle, et des phénomènes de rejet d'individus ou de groupes spécifiques (population dite à risque, groupe ethnique).

1.3. Les conséquences démographiques.

Les conséquences démographiques du SIDA sont importantes : dans de nombreux pays, le SIDA est devenu la première cause de mortalité des jeunes adultes des deux sexes entre 15 et 39 ans. De plus, en Afrique, le niveau de la mortalité infantile qui depuis quelques années tendait à baisser accuse maintenant une stagnation, voire une croissance.

1.4. Les conséquences économiques.

Elles sont elles-mêmes la résultante des phénomènes déjà cités : augmentation des coûts de la santé et surtout diminution des forces vives de la société : la population la plus atteinte est celle de jeunes adultes, la population active, clé de voûte des économies des pays en développement centrées sur le secteur agricole, mais également la population des femmes en âge fécond, qui assure la reproduction de cette force de travail.

ORSTOM Fonds Documentaire

N° : 31.250-ep1

Cote : B Plo

25 JAN. 1991

2. JUSTIFICATION DES ENQUÊTES

2.1. Intérêts.

Les données que nous possédons actuellement en Afrique sur le SIDA montrent de grandes disparités régionales et entre populations. Il est important de savoir, pour organiser la prévention, si l'origine de ces différences vient de l'agent pathogène, du sujet réceptif ou de l'environnement.

En Amérique du Nord et en Europe, c'est grâce à des enquêtes épidémiologiques qu'ont été reconnus initialement la maladie, puis ses modes de transmission et enfin son origine virale avant que le virus lui-même ne soit isolé et caractérisé.

C'est encore par des enquêtes socio-épidémiologiques qu'ont été découverts les différents modes de transmission et les comportements à risque.

2.2. Objectifs des enquêtes.

Les objectifs de ces enquêtes pourront être multiples et variables selon l'importance et l'ancienneté de la maladie dans le pays.

D'un point de vue épidémiologique, les objectifs peuvent se résumer en trois points :

- la connaissance de la situation de la maladie dans un pays (malades et séropositifs) nécessaire aux autorités sanitaires pour organiser leurs services et prévoir les ressources adéquates;
- la définition des facteurs de risque et des modes de transmission indispensable pour orienter les actions de lutte et de prévention;
- l'évaluation des actions entreprises.

Les enquêtes démographiques ont pour but :

- d'évaluer les répercussions de la maladie sur la survie et la reproduction des populations,
- de définir les populations réceptives pour faire passer les messages de la prévention,
- de juger de la place de la maladie dans les phénomènes sociaux particulièrement en ce qui concerne la fécondité et la nuptialité.

Les enquêtes anthropologiques et sociologiques ont pour objectifs d'étudier :

- les comportements pouvant favoriser la transmission du virus,
- les réactions sociales à la maladie et aux changements de comportement imposés par la prévention.

Elles font le lien entre les résultats épidémiologiques bruts (caractérisation des « risques » significatifs de transmission) et la traduction sociale nécessaire (mise en évidence de « situations à risque » ou de comportements à risque et non de groupes désignés dans leur ensemble à risque (2).

3. LES DIFFÉRENTS TYPES D'ENQUÊTE

3.1. Les enquêtes épidémiologiques.

Les enquêtes épidémiologiques sont d'abord destinées à connaître la situation initiale de l'épidémie par une évaluation de la prévalence de la maladie ou de l'infection (séropositivité), c'est-à-dire le nombre total de cas, malades et/ou infectés, à un instant donné.

Ces enquêtes à partir de la population générale sont difficiles, elles nécessitent la constitution d'un échantillon représentatif et ont rarement été entreprises en Afrique, comme ailleurs, sauf en Guinée-Bissau, Gambie, Côte-d'Ivoire. Leur réalisation est problématique pour des raisons éthiques et financières et encore plus leur répétition dans le temps : rapport coût/efficacité faible, réticence des populations.

L'orientation actuelle se fait plus vers la surveillance épidémiologique dans des centres sentinelles (PMI, certains services hospitaliers, centre de récupération nutritionnelle) ou sur des groupes cibles (donneurs de sang, femmes enceintes, malades atteints de MST ou de tuberculose).

Cette stratégie permettra d'appréhender l'incidence de la maladie et de l'infection, c'est-à-dire la dynamique du phénomène par suivi dans le temps de cohortes. Le principal handicap de cette méthode est que seule la population fréquentant les structures sanitaires est concernée. Les avantages sont nombreux : simplicité, anonymat éventuel ou inversement prise en charge possible, possibilité de sensibilisation efficace, contrôle des changements de comportements, etc.

Enfin, l'épidémiologie va permettre l'analyse des facteurs qui favorisent la transmission du virus et le passage à la maladie par des études comparées entre des sujets malades et non malades, ou entre sujets exposés à un facteur favorisant et non exposés. Ces enquêtes sont nécessaires pour connaître le virus en cause et mettre en évidence les associations morbides favorisantes. A partir des résultats de ces enquêtes, pourront être calculées les morbidité et mortalité imputables au SIDA.

Ces études fournissent une mesure quantitative de la propagation du virus, mais demeurent insuffisantes pour expliquer les processus de contamination; il apparaît donc important de les coupler à d'autres investigations quantitatives et qualitatives étudiant les caractéristiques socio-démographiques et les comportements des individus. L'explication de ces attitudes nécessite une analyse du contexte social, chaque conduite individuelle étant le fait d'un choix qui s'opère en tenant compte des règles édictées par la société et des normes en vigueur dans chaque groupe social d'appartenance. Une approche anthropologique contribue à l'explication des conduites adoptées par les individus, elle permet également d'analyser les perceptions et connaissances du SIDA qu'a la population. Approches anthropologique et socio-démographique abordent chacune un aspect d'une même réalité et se complètent.

3.2. Les enquêtes socio-démographiques.

Outre une évaluation des répercussions du SIDA sur la structure démographique des populations, différents aspects seront approfondis pour expliquer les conduites (à risque) des individus.

Une étude de la fécondité est utile pour comprendre les déterminants et pratiques entourant cette fécondité, qui peuvent induire des conduites à risque et identifier les obstacles à l'utilisation de moyens préventifs. L'évolution de la fécondité dépend de nombreux facteurs : la mobilité conjugale, certaines pratiques d'espacement des naissances, etc. La durée d'abstinence post-partum très longue pour certaines ethnies peut amener les époux monogames à avoir des relations sexuelles extra-conjugales (3). La stérilité (ou sous-fécondité), généralement imputée aux femmes, est souvent une cause de mobilité conjugale, chaque conjoint espérant constituer sa descendance avec d'autres partenaires.

Le principal moyen proposé actuellement pour éviter la propagation du virus est l'utilisation de préservatifs, difficile à faire accepter dans les sociétés africaines qui valorisent une forte fécondité et où la reconnaissance sociale des femmes passe par leur rôle de procréatrice : limiter sa descendance est une idée contraire aux normes culturelles ou religieuses. Une forte fécondité répond à certains besoins de la famille ou du lignage : une descendance nombreuse satisfait les besoins en main-d'œuvre agricole et assure la survie du lignage. Il est donc important de connaître les attitudes de la population face à la contraception pour comprendre les réactions et réticences envers les mesures préventives proposées en étudiant plusieurs aspects : la connaissance des différentes méthodes contraceptives, traditionnelles ou modernes, leur utilisation actuelle et passée et les raisons de recours/refus à ces méthodes. La contraception est peu pratiquée sur le continent africain surtout en zone rurale : selon les résultats de l'Enquête Mondiale Fécondité dans douze pays africains parmi les 10 % de femmes âgées de 15 à 49 ans mariées utilisant des méthodes contraceptives (pourcentage qui varie de 0,8 à 31 % selon les pays), le préservatif représente en moyenne 3 % des méthodes utilisées (la pilule 29 %, l'abstinence 19 %) (4). Ce problème d'acceptation des préservatifs comme moyen de prévention du SIDA dépend également de l'attitude des gouvernements vis-à-vis des méthodes de planification familiale. Un point important sera d'apprécier si les préservatifs sont perçus comme des méthodes préventives et/ou contraceptives.

La transmission prénatale du virus du SIDA en fait une cause de mortalité infantile. A travers ces enquêtes sur la fécondité, pourra être analysée la mortalité des enfants et la part de cette mortalité imputable au SIDA.

Les pratiques matrimoniales sont à prendre en compte car elles régissent la vie sociale des individus et expliquent nombre de comportements, notamment les comportements sexuels. Variables selon les ethnies et l'environnement socio-culturel, elles influencent sur les relations entre conjoints, la stabilité des unions et la liberté des individus (unions monogame ou polygame, pratique de lévirat, répression de l'adultère pour les femmes...). Ces pratiques évoluent vers un modèle matrimonial occidental et on assiste actuellement à une forte mobilité conjugale liée à l'augmentation des ruptures d'union par divorce et à l'apparition de nouvelles formes d'union (l'union libre, les « deuxièmes bureaux ») et une fréquence beaucoup plus élevée du célibat définitif. Ces évolutions entraînent une plus grande liberté aussi bien pour les hommes que les femmes.

Une biographie migratoire des individus retraçant les différentes étapes et parcours au cours de leur vie est un élément important à prendre en considération dans les enquêtes. Au cours de leurs déplacements, les individus migrants risquent

de séjourner dans des zones plus exposées (zones urbaines, foyers de contamination) alors qu'ils échappent au contrôle social de leur famille et disposent ainsi d'une plus grande liberté (notamment sexuelle pour les individus migrant seuls) les conduisant parfois à adopter des conduites à risque.

Les enquêtes sur les connaissances, attitudes, comportements et pratiques relatives au SIDA, initiées par l'OMS, poursuivent ces buts et permettent à partir d'une connaissance approfondie des populations de définir des actions d'éducation et prévention mieux ciblées sur des groupes identifiés comme ayant des comportements à risque, ces comportements étant souvent dus à un manque d'information ou plus à une information incomplète.

3.3. Approches anthropologiques.

Une approche des comportements des individus expliquera les paramètres culturels déterminant ces comportements aussi bien au sujet de la prévention que de l'acceptation du risque.

Par ailleurs l'étude des pratiques entourant la fécondité et la nuptialité, des pratiques sexuelles et rituelles, ainsi que des comportements sanitaires sera à privilégier car ces aspects socio-culturels génèrent parfois des risques de contamination.

Des études sur les comportements thérapeutiques auprès de la population, des thérapeutes traditionnels et des agents de santé permettront d'expliquer certains facteurs de contamination. Confrontés à la maladie, les individus mettent en jeu toute une stratégie pour identifier les acteurs responsables de cette maladie et les moyens pour l'enrayer. Ils recourent à différentes instances thérapeutiques capables de trouver les causes de son apparition, mais également d'en soigner les manifestations cliniques. Dans le cas du SIDA, on comprend l'engouement pour les thérapeutes traditionnels (5), la biomédecine se déclarant incapable de soigner cette affection.

Outre ces informations sur les conduites thérapeutiques, il sera important de dresser un bilan de l'état des connaissances de la population et des différents acteurs de la santé concernant :

- les causes et origines de la maladie (naturelle ou provoquée);
- la perception de la maladie, notamment sa gravité : est-elle considérée comme une maladie imaginaire (un « syndrome inventé pour décourager les amoureux ») ou au contraire une maladie grave (incitant à limiter le nombre de ses partenaires sexuels)?
- les manifestations cliniques de la maladie et ses modes de transmission;
- la possibilité d'être porteur asymptomatique. Comment amener un individu à se prémunir lui-même ou contre les autres alors que seul un test sérologique a permis de dépister une séropositivité et qu'il ne présente aucun signe clinique?
- la conscience du risque et la prévention. Ont-ils conscience des risques que représente cette maladie et des conduites à adopter pour minimiser ces risques?

La connaissance de ces attitudes, comportements et perceptions apportera des éléments pour améliorer les campagnes d'information : certaines campagnes de prévention restent très limitées par manque de données sur la forme et le contenu des messages à diffuser (types de médias, supports, population à atteindre).

4. LES PROBLÈMES POSÉS PAR CES ENQUÊTES

4.1. La population à enquêter.

L'idéal est que les enquêtes s'adressent à une large population : en effet, les différents modes de transmission en font une maladie potentiellement universelle. Mais, comme nous l'avons déjà mentionné, pour des raisons matérielles et psychologiques, les enquêtes sont orientées sur des populations spécifiques.

Un certain nombre d'enquêtes devraient être échelonnées et répétées dans le temps pour assurer un suivi longitudinal indispensable pour mesurer l'évolution de la propagation du virus. Le suivi d'un sous-échantillon d'individus séropositifs et d'un groupe d'individus apparentés à cette sous-population (conjoint, co-épouse pour les unions polygames, enfants) permettra de mesurer l'étendue de la contamination au sein de la famille.

Ce « follow-up » pose le problème de la déperdition importante de l'échantillon au fil du temps due à la mobilité spatiale des populations, particulièrement dans les zones urbaines, et au décès des individus : il sera alors nécessaire de réunir des informations concernant le décédé ou le migrant, d'établir la cause du décès et de suivre sa famille (le décès d'un chef de ménage entraîne parfois un changement de résidence de sa famille). Il sera nécessaire de faire des enquêtes complémentaires sur tous les perdus de vue pour éliminer au maximum les risques de biais.

4.2. La réalisation de ces enquêtes.

La réalisation de ces enquêtes se heurte à de nombreux problèmes : financiers, sociaux et politiques mais aussi à des problèmes d'éthique.

Les enquêtes sont financièrement lourdes à assumer, les tests chers : leur coût ne sera acceptable que si leurs objectifs sont clairement définis. Elles ne seront réalisables et efficaces que si les pouvoirs publics acceptent de les réaliser, d'en publier les résultats et de mettre sur pied une stratégie de lutte, ce qui se fait actuellement avec l'aide de l'OMS.

Quelles attitudes faut-il adopter lors de la réalisation de ces enquêtes, face à la population? L'informer des objectifs de l'enquête? Lui communiquer les résultats des tests sérologiques effectués? En cas de séropositivité, que proposer à la personne atteinte?

Souvent au début de l'épidémie, les enquêtes ont été réalisées sous couvert d'autres études : enquêtes épidémiologiques sur le paludisme, la toxoplasmose, les maladies sexuellement transmissibles, enquêtes démographiques sur la fécondité, étude anthropologique de la maladie. Ces attitudes s'expliquaient par la réticence des pouvoirs publics à admettre et faire connaître l'existence et/ou l'importance de cette maladie dans leur pays.

La solution qui semble la plus satisfaisante est certainement d'informer la population des objectifs de l'enquête et de laisser aux individus le libre arbitre de connaître ou non les résultats des tests (6). Cette attitude, bien que confortable d'un point de vue intellectuel, n'est malheureusement pas très réaliste dans bon nombre de pays. Informer la population des objectifs de l'enquête suppose qu'elle

dispose d'un minimum de connaissances sur la maladie et d'une compréhension claire de ses modes de transmission, ce qui n'est pas le cas dans de nombreux pays et surtout dans certaines régions. Annoncer à un individu qu'il est malade du SIDA ou séropositif implique d'être en mesure de lui assurer, ainsi qu'à son entourage, un soutien médical et psychologique souvent difficile dans des pays où le système sanitaire est parfois défaillant pour assumer les problèmes de santé courants, mais aussi de pouvoir mettre à leur disposition des moyens de prévention. Il faut également éviter qu'un individu déclaré séronégatif ne se croit à jamais à l'abri du virus et risque d'être contaminé ou de contaminer ses partenaires s'il n'adopte pas une certaine hygiène de vie.

Face à l'urgence de la situation sanitaire dans la plupart des pays, il apparaît important de réaliser des enquêtes pour dresser un bilan des connaissances concernant le SIDA et de l'ampleur de la maladie. C'est dans cette perspective que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), a, en liaison avec les comités SIDA des pays concernés, réalisé une série d'enquêtes CACP (Connaissances, Attitudes, Comportements et Pratiques) relatives au SIDA ainsi que sur les partenaires sexuels.

Cet éventail d'études proposé peut sembler difficile à réaliser mais la complexité de la maladie et de ses modes de transmission rend nécessaire la prise en compte d'un nombre important de paramètres pour progresser dans les recherches, améliorer les campagnes d'information et proposer des actions de prévention réalistes. Les résultats de ces différentes enquêtes sont, par ailleurs, essentiels pour construire des modèles mathématiques de prévision concernant l'évolution de l'épidémie.

BIBLIOGRAPHIE

1. MANN (J.). — *Le SIDA : une ombre menaçante*. Santé du Monde, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, mars 1988, 4-8.
2. FASSIN (D.) & DOZON (J.-P.). — Les États africains à l'épreuve du SIDA. *Politique africaine*, 1988, 32, 79-85.
3. PIOT (P.) & CARAEL (M.). — Epidemiological and sociological aspects of HIV-infection in developing countries. *British Medical Bulletin*, 1988, 44, 1-21.
4. Fertility behaviour in the context of development evident from the WFS (1987). *Population Studies*, n° 100, New York.
5. Les guérisseurs et le SIDA. *La revue du Monde noir*, Bingo, mai 1988.
6. ANONYME (1988). — Cette solution a été retenue pour une enquête réalisée dans une grande ville africaine. La population était déjà informée et sensibilisée par de précédentes enquêtes et des campagnes d'information. Les résultats des tests étaient déposés chez un homme de loi qui ne les communiquait qu'aux personnes qui en faisaient la demande.

Commentaires en séance : 12 septembre 1990

COMMENTAIRE DE M. LABADIE

Réunion à l'UNESCO en mars 1989 sous l'égide du Ministère de la Santé, DGS et DRI Consensus des participants africains et occidentaux pour reconnaître l'insuffisance des modèles d'enquête occidentaux appliqués aux populations africaines. Nécessité de bâtir une anthropologie médicale africaine.

COMMENTAIRE DE M. RACCURT

L'approche anthropologique des comportements sexuels et de leur motivation profonde en Afrique est effectivement indispensable, d'autant que la sexualité africaine est avant tout fondée sur la nécessité de procréer, aussi bien pour l'homme que pour la femme. Dans ce contexte, proposer le préservatif comme moyen de protection est parfaitement inadapté et probablement illusoire.

ENTOMOLOGIE MÉDICALE

LES CULICOIDES (DIPTERA, CERATOPOGONIDAE)
DU PORTUGAL CONTINENTAL ET DE PORTO SANTO

Par R. CAPELA (*), M. KREMER (**), N. MESSADDEQ (**),
C. LEMBLE (**) & J. WALLER (**) (***)

RÉSUMÉ

Les auteurs rapportent les premiers résultats d'une étude sur les Culicoides capturés au Portugal. Ils signalent la présence de 14 espèces nouvelles pour le Portugal : *C. atripennis*, *C. begueti*, *C. furcillatus*, *C. haranti*, *C. heteroclitus*, *C. indistinctus*, *C. kurensis*, *C. pallidicornis*, *C. pseudoheliophilus*, *C. pseudopallidus*, *C. scoticus*, *C. similis-baghdadensis*, *C. subfascipennis* et *C. univittatus*, ce qui porte à 41 le nombre d'espèces actuellement connues au Portugal continental. *C. algecirensis*, *C. newsteadi* et *C. scoticus* sont signalés à Porto-Santo.

Mots-clés : PORTUGAL, PORTO SANTO, CULICOIDES, FAUNISTIQUE, PESTE ÉQUINE.

SUMMARY

Culicoides (Diptera, Ceratopogonidae) from continental Portugal and from Porto Santo.

The authors report the first results of a study about Culicoides (Diptera, Ceratopogonidae) caught in Portugal. They show the existence of 14 species hitherto unknown in Portugal, which now brings the number of known species in Portugal to 41. *C. algecirensis*, *C. newsteadi* and *C. scoticus* are present in Porto-Santo.

Key-words: PORTUGAL, PORTO SANTO, CULICOIDES, FAUNISTIC, AFRICAN HORSE SICKNESS.

L'importance prise par la peste équine dans le sud de l'Europe (Portugal, Espagne) rend urgente la connaissance de la répartition des vecteurs reconnus ou potentiels. Ce travail s'inscrit dans cette perspective.

ORIGINE ET CAPTURE DU MATÉRIEL

Les captures des Cératopogonidés ont été réalisées par R. CAPELA à l'aide de divers pièges lumineux (N. Jersey, CDC), au Portugal pendant la période de 1977 à 1989. Une part significative du matériel étudié a été récoltée par l'équipe d'entomologie de l'Institut d'hygiène et de médecine tropicale de Lisbonne, sous

(*) Departamento de Zoologia e Antropologia, Faculdade de Ciências de Lisboa, Rua Ernesto de Vasconcelos, B1. C2 - 1700 Lisboa, Portugal.

(**) Laboratoire de Parasitologie et Pathologie Tropicale, 3, rue Koeberlé, 67000 Strasbourg, France.

(***) Manuscrit n° 993. Séance du 13 septembre 1990.