

L'ÉDUCATION ET LA POLITIQUE DÉMOGRAPHIQUE, « FACTEURS DE RISQUE » DU SIDA EN AFRIQUE ?

Jean-Loup REY *

Selon les données de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Afrique compte 120 000 cas de sida en 1992, soit plus du quart des cas déclarés dans le monde, alors que sa population ne représente qu'un huitième de la population mondiale.

Ces données, qui reflètent les déclarations officielles des États, sont partout sous-évaluées, mais particulièrement en Afrique; moins pour des raisons politiques, car les États qui retiennent encore l'information sont désormais rares, que pour des raisons matérielles et médicales; en effet, la reconnaissance, la déclaration et le recensement des cas dépendent étroitement de la qualité des structures de santé responsables du diagnostic.

Pour l'Afrique, le sida ne constitue plus seulement un problème de santé: il devient un problème majeur de développement; devant son ampleur, encore mal connue, tous les responsables du développement doivent se sentir concernés.

1. SIDA ET SCOLARISATION

1.1. La scolarisation comme facteur de risque du sida

Au début apparent de l'épidémie, quand la maladie est identifiée, les personnes de niveau scolaire élevé sont les plus atteintes; ceci est compréhensible, car le facteur déterminant dans la diffusion du sida en Afrique est la disponibilité monétaire qui facilite l'accès aux relations illégitimes (PIOT *et al.*, 1991).

Dans certains pays d'Afrique centrale ou orientale, entre 1985 et 1988, les intellectuels, les responsables politiques et économiques paient un tel tribut à la maladie que de graves problèmes de fonctionnement des administrations ou des entreprises sont parfois observés. Dans les entreprises, en plus des situations à risques liées aux migrations, on observe que les employés de niveau intermédiaire sont plus atteints que les manœuvres. En Sierra Leone, KOSIA (1990) montre que

* Médecin, Orstom, Montpellier.

les étudiants et les hommes d'affaires sont plus infectés que les autres ; cette situation pourrait traduire une épidémie, due au VIH2, d'apparition récente dans ce pays. Il est à craindre qu'une diffusion plus générale du virus dans les années à venir, touche les sujets moins scolarisés, comme cela a été constaté ailleurs.

1.2. Un mécanisme particulier de conduite à risque liée à la scolarité

Dans l'ouest de la Côte-d'Ivoire, une étude du service de santé scolaire de Man (DOGORE *et al.*, 1990) montre que l'incidence annuelle des maladies sexuellement transmissibles (MST) est particulièrement élevée (12,5 %). Les jeunes sont atteints à partir de douze ans. Caractéristique classique de ces maladies dont les manifestations sont plus évidentes et plus douloureuses pour le sexe masculin : les garçons sont plus nombreux que les filles à consulter et leurs réticences, moins fortes.

Les jeunes originaires de la sous-préfecture de Man représentent 16 % des cas de maladies sexuellement transmissibles seulement et 45 % des élèves ; au contraire, ceux qui viennent d'autres régions que l'Ouest ivoirien totalisent 29 % des cas de maladies sexuellement transmissibles pour 15 % de la population scolaire (tabl. I) ; les jeunes originaires des régions extérieures à celle de Man sont donc plus souvent atteints par les maladies sexuellement transmissibles.

TABLEAU I

Diffusion des maladies sexuellement transmissibles parmi la population scolaire selon l'origine géographique (Man, Côte-d'Ivoire, 1987)

Origine géographique	Cas de maladies sexuellement transmissibles		Elèves scolarisés
	Effectif	Pourcentage	Pourcentage
Sous-préfecture de Man	32	16	45
Autres sous-préfectures de l'Ouest	111	55	40
Autres régions	58	29	15
Total	201	100	100

L'éloignement géographique des jeunes malades par rapport à leur famille est une des causes favorisant les maladies sexuellement transmissibles. À partir de la sixième, les collégiens sont affectés dans les établissements où des places sont disponibles, quelquefois à plusieurs centaines de kilomètres du domicile de leurs parents ; parfois pensionnaires, ces jeunes sont le plus souvent externes, ils dorment et se nourrissent chez leurs « tuteurs ».

Le nombre de cas augmente significativement au retour des congés scolaires ; cette recrudescence signifie qu'il existe une diffusion des maladies sexuellement transmissibles dans les deux sens, du lieu de scolarisation vers le lieu de domicile familial et inversement, d'où une diffusion étendue des agents pathogènes responsables. Il est très vraisemblable que l'infection par le virus du sida, qui n'a pas été étudiée dans ce travail réalisé en 1987, suit des modalités de diffusion identiques.

2. INFECTION VIH ET POLITIQUE DÉMOGRAPHIQUE

2.1. « Politique traditionnelle »

La recherche d'une descendance nombreuse, valorisée par la tradition africaine, peut favoriser la diffusion du virus du sida comme celle des autres agents de maladies sexuellement transmissibles par trois mécanismes principaux : la multiplicité des partenaires, la précocité des rapports sexuels, les pratiques de régulation traditionnelle des naissances.

Dans ses travaux sur l'hypofécondité en Afrique par RETEL-LAURENTIN (1975 et 1979) décrit le « cercle vicieux » de la stérilité : la stérilité entraîne l'instabilité du couple qui en est frappé ; chacun (ou la femme seule) va chercher une descendance « ailleurs » ; cette mobilité de l'un ou des deux conjoints entraîne une multiplicité de partenaires ; elle favorise les maladies sexuellement transmissibles dont les séquelles constituent, avec les autres infections génitales, les principales causes de stérilité. Par les mêmes mécanismes, la recherche d'une descendance peut favoriser la diffusion du sida.

Dans certaines sociétés africaines, la femme doit prouver sa fécondité avant le mariage ; cette pratique favorise un plus grand nombre de partenaires, en particulier à un âge sexuel précoce. Ainsi, à Brazzaville, dans une étude récente, MAKUWA *et al.* (1991) ont recherché la séropositivité parmi un échantillon de 2 000 femmes enceintes ; la présence d'enfants communs aux deux partenaires s'accompagne d'un taux plus bas d'infection par le virus du sida à l'intérieur du couple, par opposition à ceux qui ont des enfants nés avant leur union actuelle.

Ce comportement est plus rare, sinon impossible, dans les sociétés islamisées où la virginité est exigée des femmes avant leur mariage ; ce qui expliquerait, en partie, que l'appartenance à l'islam soit associée à un taux plus bas de séropositivité en Côte-d'Ivoire et sur l'ensemble du continent africain comme le montre la répartition géographique du sida (SORO *et al.*, 1991).

Les pratiques qui interdisent à la femme tout rapport sexuel pendant six à vingt-quatre mois (selon les ethnies) après une naissance ne limitent pas l'extension des maladies sexuellement transmissibles, ni celle du sida. Tout clinicien de dispensaire anti-vénérien constate dans sa pratique que les maladies sexuellement transmissibles sont plus fréquentes chez les hommes durant cette période d'abstinence conjugale. Si les rapports sexuels sont interdits à la femme dans la période postnatale pour favoriser l'allaitement et l'espacement des naissances, rien n'est précisé pour le mari ; il cherche ailleurs des partenaires, le plus souvent parmi des femmes à partenaires multiples, donc plus fréquemment atteintes de maladies sexuellement transmissibles.

Or les moyens contraceptifs dont certains sont aussi des moyens de protection ne sont pas facilement acceptés. Les perceptions du préservatif varient beaucoup d'une région à l'autre sous l'effet de nombreux éléments négatifs liés au sperme, comme la possibilité de le voir, parfois interdite, ou la nécessité de le jeter, qui peut être considéré comme néfaste, il en est de même de sa rétention dans des sociétés où les mythes et les symboles sont très vivants. La conséquence des rapports sexuels y est plus souvent perçue comme la transmission d'un souffle de vie que comme le transfert matériel de cellules ou de fluides.

2.2. « Politique moderne »

Pour diverses raisons, la politique démographique des pays africains est nataliste, le plus souvent ; dans bien des cas, il s'agit moins d'une politique volontairement et clairement nataliste que de l'application de principes « moraux » traditionnels.

La politique nataliste s'exprime à travers l'éducation ; dans la majorité des pays africains, surtout francophones, l'« éducation sexuelle » n'existe pas ou très peu ; l'information sur les moyens contraceptifs et (ou) sur les protections contre les maladies sexuellement transmissibles est encore souvent limitée, après avoir été longtemps interdite.

Les informations sur la prévention des maladies sexuellement transmissibles et du sida sont le plus souvent associées à celles sur la planification familiale ; les organismes en charge de cette dernière ont été très souvent les premiers et les seuls à apporter une information sur la prévention des maladies sexuellement transmissibles et du sida ; cependant, il est sans doute souhaitable qu'ils n'en gardent pas le monopole.

Pour lutter contre le sida, la modification des règlements très restrictifs sur la vente des préservatifs et donc des moyens contraceptifs a parfois été laborieuse. Certains pays ont tendance, encore, à limiter la vente des préservatifs aux pharmacies sous divers prétextes : altérations possibles par la chaleur, incitation à la débauche, contrôle de leur bonne utilisation, etc.

La presse et la radio diffusent dans le grand public des informations qui insistent – avec complaisance – sur les risques, les dangers, les inconvénients et les « accidents » dus aux préservatifs. Lors de la conférence internationale de Kinshasa sur le sida, en 1990, il est fait mention à plusieurs reprises des risques pour la population et l'environnement de préservatifs usagés retrouvés « dans les tas d'ordures, donc dans la nature (sic) ».

Malgré la menace du sida, des responsables de ministères de la Santé, par ailleurs ardents défenseurs des méthodes naturelles et traditionnelles, refusent encore que les services de santé publique promeuvent des préservatifs ou servent d'intermédiaires dans leur distribution pour ne pas encourager la contraception.

Au cours des trois dernières décennies, tous les grands programmes de santé (vaccinations, diarrhées, paludisme) ont privilégié la santé et la survie de l'enfant, parfois aux dépens de celle des adultes ; il est maintenant admis que les récents programmes de vaccinations ont demandé d'importants efforts matériels aux pays et que d'autres services de santé en ont parfois souffert. Ces choix démontrent la priorité accordée à une reproduction forte (beaucoup d'enfants vivants) ; ils font suspecter une certaine démagogie des donateurs car, peut-on envisager des enfants en bonne santé quand les adultes ne le sont pas et qu'ils n'ont pas de quoi nourrir leur famille ?

CONCLUSION

Éducation et formation

Une véritable éducation sexuelle doit être instituée pour atteindre aussi bien les enfants que les adultes, par l'intermédiaire des jeunes. Cet enseignement doit prendre place dans le cursus scolaire, dès l'école primaire, ses modalités doivent être étudiées :

- dans leur contenu ; il n'est pas question de privilégier la contraception ou de se limiter à cette seule question ;
- dans la forme, on voit encore circuler des écrits qui font référence aux « fleurs et aux petites graines » ;

– dans leur contenant (les supports écrits ou visuels ont fait la preuve de leur peu d'efficacité).

Information et sensibilisation du grand public

La position des autorités politiques doit être plus claire et plus ouverte ; en tout état de cause, ces problèmes ne doivent pas rester du seul ressort du corps médical, ni sous la seule autorité du ministère de la Santé qui ne réunit pas toutes les compétences nécessaires. La lutte contre le sida a démontré que des actions efficaces ne peuvent être conçues et réalisées par le seul corps médical.

Beaucoup d'actions pertinentes, d'autres moins, sont actuellement réalisées pour informer les populations des risques liés au sida ; une réflexion plus globale devrait être menée pour aborder les questions posées sans les limiter au sida, avec des supports de communication réellement efficaces et adaptés au public visé.

Il existe actuellement un consensus entre les organisations internationales (Unesco, Unicef) pour estimer que les enfants scolarisés sont un bon moyen d'atteindre les adultes ; le rôle de l'école est donc particulièrement important.

Au total, il est souhaitable que cette réflexion provoque des questions et des interrogations ; il n'y a là, en effet, aucune solution miracle proposable, mais la démonstration qu'une meilleure confrontation interdisciplinaire est nécessaire.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- DOGORE (E.), TROLET (C.), DOGORE (R.), REY (J.-L.) et SORO (B.), 1990. – « Les MST au service de santé scolaire de Man en Côte-d'Ivoire », *Public. Medic. Africaines*, n° 111 : 31-35.
- KOSIA (W.), 1990. – « Epidémiologie du sida en Sierra-Leone », *Conf. internat. sida en Afrique*, (TOB58), Kinshasa.
- MAKUWA (M.), MIEHAKANDA (J.), NSIMBA (B.) et BAKOUELELA (J.), 1991. – « Analyse des couples hétérosexuels d'Afrique centrale ayant eu des enfants extra-conjugaux et risque d'infection VIH », *Méd. d'Afrique Noire*, 38 : 180-182.
- PIOT (P.), KAPITA (B. M.), WERE (J. B. O.), LAGA (M.) et COLEBUNDERS (R. L.), 1991. – « Aids in Africa, the first decade and challenges for the 1990s », *Aids*, numéro spécial « Aids in Africa ».
- RETEL-LAURENTIN (A.), 1974. – *Infécondité en Afrique Noire*, Paris, Masson.
- RETEL-LAURENTIN (A.), 1979. – *Causes de l'infécondité en Volta Noire*, Cahiers de l'INED, n° 87, Paris, PUF.
- SORO (B.), GERSHY-DAMET (G. M.), COULIBALY (A.) et REY (J.-L.), 1991. – « Séropositivité VIH et religion en Côte-d'Ivoire », *Journées scientifiques Epiter*, 4-5 oct. 1991, Veyrier du lac (à paraître dans *Cahiers Santé*).