RIADEP

Réseau Interuniversitaire Africain pour le Développement et les Etudes de Population

QUESTIONS DE POPULATION POUR L'AFRIQUE

Fiche pédagogique n° 11

LA LUTTE POUR LA SANTE

3 - LA PANDEMIE DU SIDA

Agnès GUILLAUME
Démographe
ORSTOM, Paris -France

Dossiers Pédagogiques du RIADEP N° 1

Fonds Documentaire ORSTOM
010016599

Fonds Documentaire ORSTOM
Cote : B* 16599 Ex : 1

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES

A la fin de ce cours l'étudiant doit pouvoir :

- définir le concept du SIDA ;
- donner les informations sur les principaux modes de transmission et de prévention ;
- expliquer les principales conséquences économiques et sociales de la maladie.

DOCUMENTS DE REFERENCE

- Barnett, T. ; Blaikie, P. (1992) - *AIDS in Africa. Its present and future impact*, Belhaven Press, London, 193 p.
- Centre International de l'Enfance (1990) - *SIDA, enfant, famille : les implications de l'infection VIH pour l'enfant et la famille*, CIE, Paris, 288 p. - (Les Synthèses Bibliographiques).
- Dozon, J.P. ; Vidal, L. (eds.) (1993) - *Les sciences sociales face au SIDA : cas africain autour de l'exemple ivoirien*, Groupement Interdisciplinaire en Sciences Sociales, Abidjan, ORSTOM, Comité Sciences Sociales et Sida, 391 p. - Atelier de Bingerville (Côte d'Ivoire), 15-17 mars 1993.
- Groupe de la Banque Africaine de Développement (1993) - *Le VIH/ Sida et le développement en Afrique. Symposium des assemblées annuelles*, Abidjan, 11 mai 1993.
- Vallin, J. (ed.) (1994) - *Populations africaines et SIDA*, La Découverte ; CEPED, Paris, 223 p.- (Recherches)

O

Le SIDA[1] ,(Syndrome de l'Immuno-Déficience Acquise) est une maladie qui résulte de l'infection de l'organisme par un virus, le virus de l'immuno-déficience humaine (VIH). Ce virus provoque une ''atteinte du système immunitaire qui empêche la défense de l'être humain contre un certain nombre d'infections et cancers''. Il s'attaque aux lymphocytes T4 (CD4), globules blancs qui contrôlent et coordonnent l'ensemble des défenses immunitaires (Kadio et al., 1992).

---

[1] *Je remercie l'OPALS et plus particulièrement le Dr F. CHIEZE qui a mis à notre disposition une documentation concernant le programme OPALS-BMS pour le personnel parmédical "Le Sida en zone tropical" dont nous nous sommes largement inspiré pour ce travail.*

Deux types de virus VIH ont été identifiés (dans les années 1983 et 1985) : le VIH1 et le VIH2 qui présentent des caractéristiques semblables, mais le VIH1 est plus répandu que le VIH2 (initialement circonscrit en Afrique de l'Ouest) et les délais d'évolution de la maladie semblent plus longs pour ce dernier.

Cette fiche aborde à tour de rôle, l'état de la question, les modes de transmission, la manifestation, la prévention et les conséquences de la maladie.

I - MODE DE TRANSMISSION ET PREVENTION DU SIDA

I.1 - L'ampleur de l'épidémie

Estimer l'ampleur de l'épidémie n'est pas chose facile, car dans beaucoup de pays, les chiffres publiés ne révèlent qu'un faible reflet de l'épidémie[2]. En effet, les données disponibles ne reposent souvent que sur des études faites sur des populations spécifiques : femmes enceintes, donneurs de sang, personnes hospitalisées ou en consultation dans des centres de santé, prostituées (tableau 11.1). Rares sont les pays qui ont réalisé des enquêtes de séroprévalence sur des échantillons représentatifs de la population générale. Encore plus limités sont ceux où l'on dispose d'informations sur le sida mais aussi sur les caractéristiques socio-démographiques des personnes atteintes. Ce manque de données s'explique par la difficulté pour réaliser de telles études qui nécessitent de disposer de moyens de dépistage dont les coûts sont très élevés et par les problèmes d'ordre éthique et méthodologique que posent de telles études.

La conduite des enquêtes ne doit pas reposer sur un dépistage à l'insu des populations à enquêter. Un dépistage ne peut être acceptable que s'il repose sur le consentement éclairé des personnes, c'est-à-dire qu'elles soient en mesure d'en comprendre la portée réelle. Ceci suppose préalablement de dispenser des informations suffisantes sur la maladie, ses modes de transmission, les implications des tests et la prévention. Mais la réalisation de ce dépistage nécessite aussi l'annonce de la séropositivité : cette annonce suppose de prendre des mesures pour garantir la confidentialité des résultats et assurer une prise en charge des personnes atteintes et de leur entourage. L'étude des conséquences du sida est encore plus délicate à mener puisqu'elle suppose de mettre en relation des données épidémiologiques sur le statut sérologique des individus et des informations de nature économique, démographique et sociale. Il faut non seulement respecter les règles du dépistage mais garantir la confidentialité de l'anonymat lors des enquêtes à caractère socio-démographique et économique. Seul le principe d'une enquête basée sur l'adhésion volontaire des personnes par le biais des institutions de santé, permet le recueil de ces informations en facilitant le respect de ces règles d'éthique.

---

(2) *En fait, l'ampleur du phénomène est tel que l'on a tendance à parler de pandémie du Sida.*

I.2 - Les modes de transmission du SIDA

Le virus du sida ne se transmet pas par des contacts de la vie courante (poignées de main), ni par les aliments, ni par les insectes tels les moustiques (le virus VIH n'a jamais pu être isolé vivant dans des insectes, que ce soient des insectes vecteurs du paludisme ou d'autres infections parasitaires).

Trois modes de transmission du virus du sida existent : la transmission par voie sexuelle, par voie sanguine et la transmission materno-foetale.

I.2.1 - La transmission par voie sexuelle

Cette transmission se produit lors d'un rapport sexuel, avec une personne infectée par le virus du sida, malade ou asymptomatique (cf. I.3.1) : au cours de rapports homosexuels d'un homme infecté à un autre homme ou de rapports hétérosexuels, d'une femme infectée à un homme ou d'un homme infecté à une femme.

La présence d'une maladie sexuellement transmissible (MST), les lésions et ulcérations génitales qu'elles produisent, constituent un cofacteur favorisant la pénétration du virus chez l'homme ou chez la femme.

I.2.2 - La transmission par voie sanguine

Cette transmission s'effectue par transfusion de produits sanguins ou dérivés du sang contaminés. En Afrique, "près de 20 pour cent des cas adultes de sida et jusqu'à 25 pour cent des cas de sida pédiatriques sont d'origine transfusionnelle" (Kadio et al., 1992).

L'usage de matériel médical non stérilisé et souillé par du sang contaminé est responsable de nombreux cas de contamination, ce qui explique d'ailleurs l'importance de la contamination chez les toxicomanes qui utilisent des drogues injectables.

I.2.3 - La transmission verticale

La transmission verticale ou transmission materno-foetale explique le nombre important de jeunes enfants contaminés par leur mère infectée par le VIH : le taux de transmission en Afrique se situe entre 25 pour cent et 40 pour cent d'enfants infectés (Kadio et al., 1992). Le mécanisme de ce type de transmission n'est pas encore très précisément connu. La transmission mère-enfant peut se faire pendant la grossesse ou lors de l'accouchement.

Certaines enquêtes ont montré le risque accru de transmission entre mère et nouveau-né par le biais de l'allaitement maternel.

I.3 - Les différents stades de l'infection et les traitements

I.3.1 - Les différents stades de l'infection

Le premier contact avec le virus est généralement asymptomatique (c'est-à-dire qu'il ne s'accompagne pas de signes cliniques), mais le virus peut être transmis. Il faut attendre de 8 à 12 semaines (période de séroconservation) pour que la présence du virus soit détectable par des tests sanguins (les tests généralement utilisés pour dépister le virus sont les tests Elisa ou Western Blot) : à ce stade l'individu est dit séropositif et il le restera tout le temps. Le patient infecté par le virus peut rester asymptomatique pendant de nombreuses années, mais pendant toute cette période il peut transmettre le virus selon les différents modes de transmission identifiés.

Au fur et à mesure de l'évolution de la maladie, les défenses immunitaires du malade s'affaiblissent et différentes infections opportunistes apparaissent avec des manifestations pulmonaires (tuberculose), digestives, cutanées, oculaires.

I.3.2 - Les traitements et vaccins

A l'heure actuelle, il n'existe pas de traitement curatif pour l'infection à VIH. Cependant, il existe des traitements curatifs pour certaines infections opportunistes, par exemple la tuberculose. Le problème est que les coûts de certains traitements sont beaucoup trop élevés pour pouvoir être supportés par les budgets de santé ou les populations, notamment les antiviraux tel l'AZT ou la ddI.

Les recherches sur les vaccins progressent et certains sont actuellement à l'étude dans les pays industrialisés, mais aucun vaccin n'est actuellement disponible sur le marché. Des obstacles rendent difficile leur réalisation : la grande variabilité du virus, les problèmes de tests de ces vaccins et des difficultés pour savoir si un vaccin efficace pour un type de virus le sera pour tous les autres types de virus (Kadio et al., 1992).

Ces limites dans les possibilités de traitement et de vaccination nous amènent à aborder le problème de la prévention, seul moyen actuel de limiter la propagation du virus.

I.4 - La prévention du SIDA

Les problèmes liés à la prévention résident dans les difficultés d'une part pour informer la population et d'autre part pour rendre accessibles les moyens préventifs.

La prévention de la transmission par voie sanguine suppose d'une part de limiter les risques de contamination par les transfusions sanguines, d'autre part de ne pas réutiliser du matériel médical souillé par du sang contaminé.

Il faut réduire les transfusions sanguines au strict nécessaire (ceci en sensibilisant le personnel médical), améliorer la qualité des banques de sang, mais ceci suppose de disposer de moyens matériel et en personnel, généralement peu accessibles pour les centres de santé des pays en développement. Ces équipements restent souvent concentrés dans les centres

hospitaliers des principales villes. Une sélection rigoureuse des donneurs de sang permet également de limiter les risques de contamination.

La prévention de la transmission par voie sexuelle suppose l'utilisation de préservatif à chaque rapport sexuel du début à la fin. Il importe également de traiter toutes les autres maladies sexuellement transmissibles car une "infection génitale chronique accroît le risque de contamination sexuelle par le VIH". Cette utilisation des préservatifs n'est pas suffisamment répandue ; de nombreuses résistances à leur utilisation apparaissent. Ces méthodes ne sont pas toujours facilement accessibles, mais il faut noter les opérations de marketing social qui ont contribué à leur promotion et à diminuer les coûts.

Les préservatifs présentent l'avantage d'être faciles à utiliser, de protéger contre le sida et les MST ainsi que d'être un moyen contraceptif, bien que dans les pays où le planning familial est développé cette méthode soit peu utilisée : les méthodes modernes telles la pilule, les injections et le DIU (cf. fiches 14 et 15) étant généralement les méthodes préconisées. Il convient donc, dans le cadre de la prévention, de développer des actions concertées entre les campagnes de lutte contre le sida avec celles de planification familiale. Le problème est que cette méthode de prévention est essentiellement masculine et accroît la dépendance des femmes vis à vis de leur partenaire sexuel. La distribution sur le marché des préservatifs féminins permettra peut-être de dégager les femmes de ces contraintes mais cette méthode n'est pas encore disponible, reste d'un coût très élevé et d'une utilisation délicate.

II - LES CONSEQUENCES DEMOGRAPHIQUES, ECONOMIQUES ET SOCIALES DU SIDA

L'épidémie du sida a de multiples conséquences : elle affecte bien évidemment le secteur de la santé, mais également tout le potentiel économique et démographique des pays puisque les populations touchées sont celles en âge de procréer et toute la population active (Dozon et Guillaume, 1994). Ces conséquences du sida sont largement décrites dans la littérature mais restent centrées sur des thèmes précis et des pays de forte prévalence : les orphelins du sida, l'impact socio-économique du sida en Ouganda, Tanzanie, au Zaïre.

II.1 - Les conséquences démographiques

Les conséquences démographiques sont le plus souvent étudiées à travers de modèles de projections sophistiqués qui nécessitent un ensemble de données sur la prévalence de la maladie, les comportements sexuels... rarement disponibles et très difficiles à obtenir. Ces différents modèles fournissent des résultats des plus variables sur l'état de la croissance démographique ; seules des prévisions sur le court terme sont réalistes. Selon la moyenne des projections dites "intermédiaires" faites à l'horizon 2010 à partir de huit modèles différents, la population totale dans les cinq régions les plus touchées d'Afrique serait multipliée par 1,9 au lieu de 2,2 en l'absence d'épidémie. Les conséquences de l'épidémie sur le niveau de la mortalité dépendent des niveaux de prévalence selon l'âge et pour la mortalité infanto-juvénile essentiellement de ceux des mères infectées. D'après une analyse réalisée par Brouard (1994) en supposant une prévalence de l'épidémie de 15 pour cent pour la population de plus de 15 ans, la perte de l'espérance de vie serait supérieure à 14 ans, le taux net de reproduction

féminine atteindrait 1,9 au lieu de 2,44 en l'absence d'épidémie, la croissance à long terme de la population totale ne serait ralentie que de 0,89 pour cent passant de 3,4 à 2,51 pour cent.

II.2 - Les conséquences sociales et familiales

L'apparition du sida dans une famille est source de troubles au niveau des relations entre individus mais également dans les activités domestiques et économiques. En effet, l'annonce de la séropositivité ou de la maladie risque de susciter chez la personne atteinte mais également dans son entourage, des réactions de crainte, de rejet et de marginalisation. Ces réactions sont dues le plus souvent à une méconnaissance de la maladie, en particulier de ses modes de transmission.

Le sida est lourd de conséquences pour les familles car il affecte les statuts et rôles que chacun y exerce, en particulier quand il survient dans des familles proches du modèle nucléaire et que la personne atteinte exerce une activité productive ou domestique. Ainsi, va se poser la répartition des rôles entre actifs et inactifs notamment au niveau de la prise en charge des enfants (en particulier le problème des orphelins). Dans les familles, les femmes sont particulièrement affectées par le sida à la fois pour des raisons d'ordre biologique mais aussi à cause de divers rôles qu'elles exercent (mères, épouses et acteurs économiques, etc.).

Les femmes sont davantage sujettes à la contamination hétérosexuelle car la probabilité de transmission d'un homme infecté à une femme est plus élevée que l'inverse. D'autre part, les maladies sexuellement transmissibles, qui provoquent des lésions génitales et qui passent chez elles souvent inaperçues, favorisent la pénétration du virus. Les femmes sont également plus exposées à la contamination par voie sanguine dans la mesure où elles reçoivent plus fréquemment des transfusions nécessitées par des anémies ou complications liées à la grossesse et à l'accouchement.

Elles participent également à la transmission du virus par la voie materno-foetale, ce qui remet en cause leur rôle de procréatrice. A ce propos, se pose pour elles le problème de l'adoption de mesures préventives qui vont à l'encontre des idéaux de forte fécondité encore très prégnants : des femmes voient à travers la maternité la possibilité de valoriser leur statut social. La contrainte maritale et familiale joue aussi dans ce sens. De plus, le besoin d'enfants répond souvent à des contraintes d'ordre économique : un besoin d'une main-d'oeuvre pour participer aux activités domestiques ou productives, mais aussi celui d'avoir une descendance nombreuse pour bénéficier en retour de leur aide durant la vieillesse.

La condition des femmes est assez variable en Afrique, mais les systèmes familiaux et sociaux les placent généralement dans des situations de dépendance. Cette condition s'est améliorée mais la scolarisation des femmes reste très inférieure à celle des hommes et leurs possibilités d'insertion sur le marché du travail limitées. Avec la crise économique, les difficultés d'emploi, l'instabilité matrimoniale... les femmes - qui doivent assurer l'élevage des enfants et bien souvent subvenir aux besoins des parents - se trouvent parfois engagées dans des stratégies de survie parmi lesquelles on peut citer la prostitution. Qu'elle soit occasionnelle ou régulière, la prostitution les expose particulièrement à la maladie. Leur pouvoir de négociation dans leurs relations sexuelles reste limité, et rend problématique

l'utilisation des méthodes préventives. Ce problème d'utilisation de méthodes préventives peut se poser aussi avec leur conjoint.

Les conséquences du sida sont importantes pour les femmes étant donné les multiples activités qu'elles exercent. C'est à elles que vont incomber les soins aux malades. Leur activité domestique et productive va augmenter si elles doivent assumer les tâches assurées par leur conjoint malade. Va aussi se poser le problème d'autosuffisance alimentaire si, du fait de leur maladie, ou si, à cause de celle de leur conjoint, elles ne peuvent plus assurer la production vivrière ou ne peuvent plus s'y consacrer à plein temps. Le problème d'accès aux moyens de production se pose également pour elles dans la mesure où elles sont privées de l'héritage foncier.

Un des problèmes cruciaux pour elles est celui de l'élevage des enfants, pour lesquels l'aide des parents, en particulier l'aide des grand-parents devra être sollicitée.

Le problème des "orphelins du sida" fait partie des conséquences sociales les plus largement décrites dans la littérature, avec tout un cortège d'interrogations sur les stratégies à mettre en oeuvre pour le résoudre (orphelinats, associations d'entraide...). Il convient avant tout de s'interroger sur cette notion d'orphelin du sida. En effet, les définitions adoptées par les auteurs sont très variables : quant à l'âge considéré (enfants âgés de moins de 15 ans, 18 ans...), aux statuts de ces enfants, on considère tantôt ceux qui ont perdu seulement leur mère, ou l'un des deux parents, ou les deux. Il est vrai que lorsque l'un des parents est décédé du sida, la probabilité que l'autre en décède est élevée. Il faut également remarquer qu'étant donnée la faible espérance de vie des populations africaines, et l'important écart d'âge entre parents, nombreux sont les enfants qui ont subi le décès de leurs parents dans d'autres circonstances que le sida. Bien d'autres phénomènes (guerres, famines, sécheresse, migration...) sont également à l'origine des nombreux enfants orphelins.

Il convient cependant de noter que beaucoup de ces enfants "orphelins" ne restent pas livrés à eux-mêmes : nombre d'enfants, en effet, ne sont pas élevés par leurs parents biologiques. Obéissant à des stratégies économiques, scolaires, familiales ou sociales, le placement des enfants est en Afrique une pratique ancienne et largement institutionnalisée. Il est vrai qu'avec la crise économique qui sévit, cette pratique des enfants confiés risque de s'éroder. On peut également craindre des réactions de refus ou de rejet des enfants dont les parents sont décédés du sida ou qui sont eux-mêmes atteints, ne serait-ce qu'à cause de la charge économique que représenterait l'accueil d'un enfant malade. Ces problèmes de prise en charge se sont déjà posés dans des institutions tels les orphelinats en Ouganda.

II.3 - Les conséquences économiques du sida

La mesure des coûts du sida ne doit pas se limiter au seul secteur de la santé mais plus globalement à toutes les conséquences sur le développement économique puisque la maladie affecte tout le potentiel productif et reproductif. Les coûts sont étudiés sous deux aspects : les coûts directs qui représentent tous ceux liés au traitement, à la prise en charge des malades, au dépistage, à la formation et à l'information. Par contre, à travers les coûts indirects qui sont très difficiles à mesurer, sont analysées toutes les conséquences mesurables d'une maladie ou d'un décès prématuré sur la famille, les proches et la société, en particulier la perte de productivité ou de temps de travail due à la maladie.

II.3.1 - Les coûts directs du sida

La difficulté de la mesure de ces coûts réside dans le fait que, les données relatives aux dépenses sanitaires restent limitées (elles ne concernent souvent que les grands centres hospitaliers) et qu'une part importante des coûts est prise en charge par des bailleurs de fonds étrangers ou des organisations caritatives, en particulier ceux concernant la prévention. Cette épidémie survient dans un contexte de restriction des dépenses de santé par les Etats. La prise en charge du sida entraîne un recentrage des dépenses de santé aux dépens des autres pathologies, mais aussi un recentrage de ces dépenses envers les centres hospitaliers aux dépens des structures périphériques qui pourtant ont des coûts de fonctionnement moindres. Elle entraîne d'importantes charges de travail supplémentaire (en terme de traitement et dépistage) : l'amélioration de la prise en charge des malades supposerait un recrutement de personnel (aussi bien médical que psychosocial), impossible dans les conditions de restrictions budgétaires imposées aux Etats. Ce type de dépenses ne peut être pris en charge par la coopération internationale.

II.3.2 - Les coûts indirects du sida

Les conséquences du sida sur le développement économique sont importantes puisque cette maladie affecte essentiellement les classes d'âge actives. Les effets au niveau macroéconomique sont parfois difficilement mesurables étant donné les taux de chômage et de sous-emploi qui prévalent dans les économies africaines.

Au niveau micro-économique, les ressources des familles sont considérablement affectées par les coûts directs générés par la maladie mais également la baisse des revenus du malade et de ceux qui lui prodiguent des soins. En affectant le potentiel actif des ménages, leur performance économique est directement touchée et leur indépendance financière remise en question, d'autant plus qu'avec la situation économique actuelle de certains pays et secteurs spécifiques, ces revenus ont déjà subi une érosion considérable.

Le sida représente une charge financière très lourde pour les budgets familiaux en l'absence de tout système d'assurance de couverture sociale ou prise en charge mutualiste. Les coûts des soins et médicaments sont très onéreux pour les familles, car l'Etat n'assume plus certaines dépenses qui devraient lui incomber (petit matériel nécessaire aux soins, médicaments...). On peut mesurer l'ampleur des conséquences pour les familles quand les personnes atteintes sont celles sur lesquelles repose l'autonomie financière des ménages. A ces coûts directs relatifs au traitement s'ajoutent des frais indirects, notamment les frais de déplacement (du malade et bien souvent d'une ou plusieurs personnes de son entourage) pour accéder aux centres de soins, parfois très éloignés vu la faible densité médicale dans certains pays. Parmi les frais générés par l'épidémie du sida, ceux liés aux funérailles constituent également un poste de dépenses conséquent pour les budgets des familles et de la communauté. Toutes ces dépenses liées à la maladie, conjuguées à la baisse des revenus grèvent considérablement les budgets des ménages qui sont obligés de restreindre leur épargne et de compresser d'autres dépenses telles celles relatives à l'alimentation, à l'éducation et à l'habillement.

Déjà affecté par la crise liée à la chute des cours des cultures d'exportation, le secteur agricole est touché dans la mesure où va se poser le problème de recrutement de main-

d'oeuvre aussi bien au niveau des unités domestiques que pour les complexes agro-industriels. Les restrictions budgétaires subies par la famille à cause de la maladie vont limiter les possibilités de recours aux intrants (fertilisants, pesticides) mais aussi de recrutement d'une main-d'oeuvre qualifiée réduisant ainsi la productivité. Cette diminution des capacités productives du secteur agricole risque également d'être préjudiciable à la sécurité alimentaire dans certaines régions à cause de l'insuffisance de production ou de commercialisation de produits vivriers.

Ces problèmes de productivité et de disponibilité de la main-d'oeuvre se posent également dans le secteur industriel, avec l'absentéisme des malades, la réduction de leur temps de travail mais également le décès des personnels qualifiés. Le remplacement de ce personnel déjà formé et qualifié constitue une charge importante pour ces entreprises qui doivent ainsi procéder à de nouveaux recrutement et formation.

Le secteur tertiaire - part importante des économies africaines où l'Etat est le principal employeur - est également fortement touché. Contrairement à bien d'autres pathologies, les classes les plus touchées par le sida ne sont pas les plus défavorisées et les moins instruites, bien au contraire : la maladie est souvent qualifiée de "maladie des élites".

Le décès d'individus ayant reçu une qualification professionnelle ou scolaire élevée constitue un investissement en pure perte pour les familles, les entreprises et les Etats qui ont contribué à cette formation et remet ainsi en cause le système éducatif. Le fonctionnement de ce dernier peut se trouver d'ailleurs altéré par la maladie ou le décès des étudiants et professeurs. Une autre conséquence du sida sur le système éducatif est d'aggraver le mouvement de déscolarisation provoqué par la crise économique, les familles affectées par la maladie ne pouvant assumer les coûts de scolarisation et ayant plus fréquemment recours à la main-d'oeuvre enfantine.

Cette épidémie de sida est lourde de conséquences pour les pays africains puisqu'elle n'affecte pas uniquement le secteur de la santé, mais tout le potentiel du développement économique. Cependant, il est important de constater que les Etats se mobilisent de plus en plus pour lutter contre cette maladie. Les campagnes d'information se développent et les actions de prévention entreprises sont de plus en plus nombreuses dans certains pays. Certaines de ces actions commencent à porter leur fruit puisque l'utilisation des méthodes préventives s'intensifie. Il importe que ces actions entreprises se poursuivent et qu'elles touchent un public le plus large possible.

TABLEAU 11.1

Niveau estimé de séroprévalence (HIV1, HIV2) pour différents pays africains selon le type de population considérée *

Pays	Aire géographique	Année	Population concernée	Sexe	Taux de prévalence	Taille population	Type
Bénin	Porto Novo	1991	Femmes enceintes	F.	0.6	543	HIV1,2
	Prov. Atlantique	1990	Prostituées	F.	25.3a,b	75	HIV1
	Prov. Atlantique	1990	Prostituées	F.	13.3	75	HIV2
	Dangbo	1991	Femmes enceintes	F.	0.4	626	HIV1,2
Botswana	7 zones	1993	Femmes enceintes	F.	22.5c	2712	HIV
Burkina Faso	Bobo Dioulasso	1990-91	Femmes enceintes	F.	8.8a	125	HIV1
	Bobo Dioulasso	1990-91	Femmes enceintes	F.	5.6a	125	HIV2
	Bobo Dioulasso	1990-91	Patients avec MST	M.	17.2a	192	HIV1
	Bobo Dioulasso	1990-91	Patients avec MST	M.	3.6a	192	HIV2
	Zone rurale	1989?	Prostituées	F.	44.7a,b	38	HIV1
	Zone rurale	1989?	Prostituées	F..	23.7a,b	38	HIV2
Burundi	Bujumbura	1992	Femmes enceintes	F.	19.9	1098	HIV
	Zone rurale	1992	Femmes enceintes	F.	1.6	1090	HIV
Côte-d'Ivoire	Abidjan	1992	Femmes enceintes	F.	14.8a	547	HIV1
	Abidjan	1992	Femmes enceintes	F.	2.6a	547	HIV2
	Abidjan	1992-93	Prostituées	F.	86.0a	465	HIV1
	Abidjan	1992-93	Prostituées	F.	38.0a	465	HIV2
	Zone rurale	1989	Adultes	Ens.	3.3a	3199	HIV1
	Zone rurale	1989	Adultes	Ens.	2.1a	3199	HIV2
Mali	Bamako	1991-92	Mères	F.	3.7	325	HIV
	Bamako	1987	Femmes enceintes	F.	1.4	573	HIV2
Niger	Niamey	1990	Donneurs de sang	Ens.	.7a	2051	HIV1
	Niamey	1990	Donneurs de sang	Ens.	.4a	2051	HIV2
	Niamey	1987-88	Prostituées	F.	5.9a	610	HIV1
	Niamey	1987-88	Prostituées	F.	2.6a	610	HIV2
Nigéria	7 états	1991-92	Femmes enceintes	F.	1.2c	6334	HIV

Pays	Aire géographique	Année	Population concernée	Sexe	Taux de prévalence	Taille population	Type
Ouganda	Kampala	1992	Femmes enceintes	F.	29.5	285	HIV
Sénégal	Dakar	1991-92	Femmes enceintes	F.	0.3a	8384	HIV1
	Dakar	1991-92	Femmes enceintes	F.	0.5a	8384	HIV2
	Dakar	1992?	Prostituées - reg.	F.	3.9a	463	HIV1
	Dakar	1992?	Prostituées - reg.	F.	9.0a	463	HIV2
Tchad	Sarh	1992	Femmes enceintes	F.	4.1	435	HIV1,2
Zaire	Kinshasa / 3 sites	1992	Femmes enceintes	F.	5.0c	1298	HIV1

Source : Extrait du tableau 3 (p. 23-27) in "Recent HIV seroprevalence levels by country : December 1993". Health Studies Branch, Center for International Research. US Bureau of The Census. Research note, n°11. December 1993.

a : les chiffres présentés incluent la co-infection des virus HIV1 et HIV2 et par conséquent ne peuvent être combinés avec d'autres chiffres

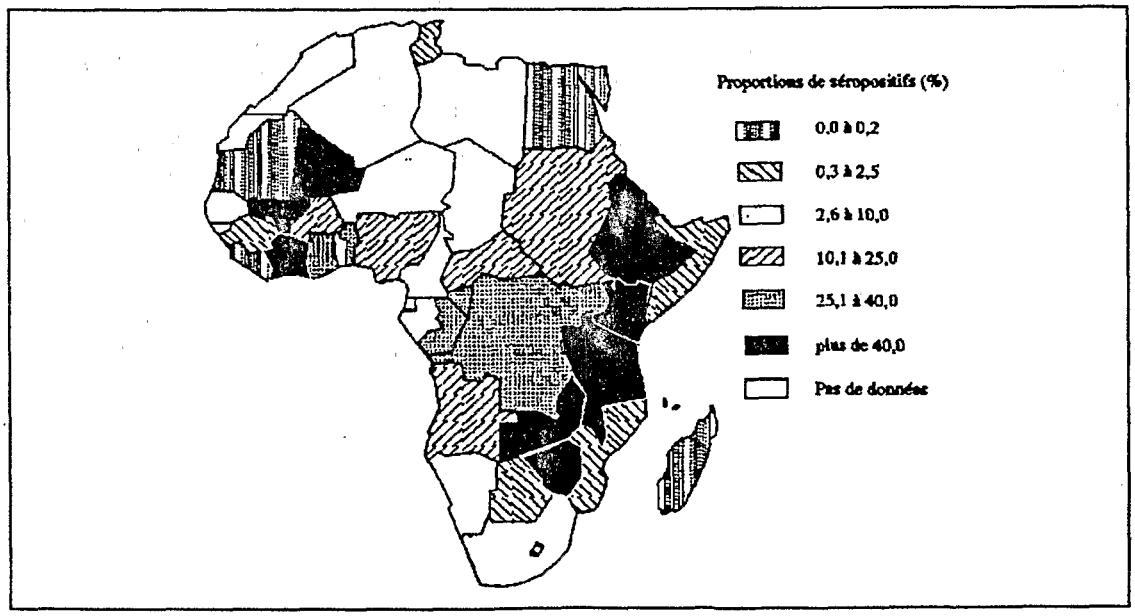
b : les données présentées sont de bonne qualité mais pas forcément fiables vue la faible taille de l'échantillon (<100)

c : données combinées

* sans distinction d'âge

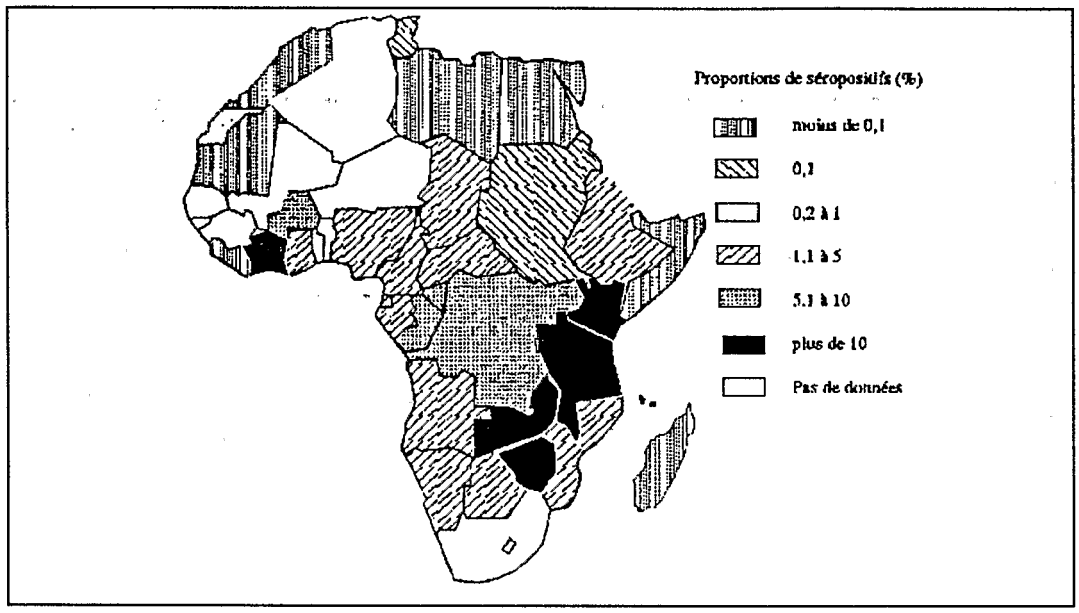
HIV : type de virus HIV1 et/ou HIV2 non précisé.

FIGURE 11.1 : **Séroprévalence de l'infection à VIH-1 estimée dans des populations à haut risque (prostituées, consultants des centres anti-vénériens ...)**



Source : (Vallin, 1994)

FIGURE 11.2 : **Séroprévalence de l'infection à VIH-1 estimée dans des populations à risque "ordinaire" (adultes, femmes enceintes, donneurs de sang ...)**



Source : (Vallin, 1994)

BIBLIOGRAPHIE

Barnett, T. ; Blaikie, P. (1992) - *AIDS in Africa : its present and future impact*, Belhaven Press, London, 193 p.

Brouard, N. (1994) - "Aspects démographiques et conséquences de l'épidémie de Sida en Afrique". In : Vallin, J. (ed.) - *Populations africaines et Sida*, Paris, La Découverte, CEPED, p. 119-174.

Centre International de l'Enfance (1990) - *SIDA, enfant, famille : les implications de l'infection VIH pour l'enfant et la famille*, CIE, Paris, 288 p. - (Les Synthèses Bibliographiques).

Dozon, J. P. ; Vidal, L. (eds.) (1993) - *Les sciences sociales face au SIDA : cas africain autour de l'exemple ivoirien*, Groupement Interdisciplinaire en Sciences Sociales, Abidjan, ORSTOM, Comité Sciences Sociales et Sida, 391 p. - Atelier de Bingerville (Côte d'Ivoire), 15-17 mars 1993.

Dozon, J. P. ; Guillaume, A. (1994) - "Contextes, conséquences socio-économique et coûts du sida". In : Vallin, J. (ed.) - *Populations africaines et Sida*, Paris, La Découverte, CEPED, p. 179-217.

Groupement de la Banque Africaine de Développement (1993) - *Le VIH/Sida et le développement en Afrique. Symposium des assemblées annuelles*, Abidjan, 11 mai 1993.

Kadio, A. et al. (1992) - *Le Sida en zone tropicale. Programme OPALS - BMS pour le personnel paramédical.* Cours préparé sous la direction du Pr. M. Gentilini, 44 p.

Organisation Mondiale de la Santé (1990) - *Prévention du sida : guide à l'usage des responsables de programmes de santé maternelle et infantile/planification familiale, II. Le sida et la santé maternelle et infantile*, OMS, Genève, 90 p.

US Bureau of the Census, Center for International Research (1993) - *Recent HIV seroprevalence levels by country*, Center for International Research, Health Studies Branch, Washington, p. 23-27. - (Research note n°11).

Vallin, J. (ed.) (1994) - *Populations africaines et Sida*, La Découverte ; CEPED, Paris, 223 p - (Recherches)

CONTROLE DE CONNAISSANCES ET EVALUATION

I. Après avoir défini le concept de sida, décrire les principaux modes de transmission et de prévention.

II. Commenter le passage suivant :

Il arrive que des patients atteints d'une MST, en particulier dans les pays en développement, restent sans traitement pendant une longue période ou reçoivent un traitement inefficace, causant des complications qui peuvent déboucher sur une stérilité, une maladie ou même la mort. Les MST chez les femmes enceintes peuvent infecter leur bébé *in utero* ou au moment de l'accouchement et causer de graves malformations, un handicap mental ou la mort. Enfin, il est de plus en plus évident que les personnes ayant contracté certaines MST ont plus de chance d'être infectées par le VIH et peut-être de le transmettre.

III. Les modes de prévention du sida ont des effets sur les comportements reproducteurs. Quelles sont à votre avis les conséquences que vont avoir les campagnes de lutte contre le sida sur les programmes de santé et de planification familiale ? Quel mode de fonctionnement suggérez-vous pour ces différents programmes ?